



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

NECESSIDADES ESPIRITUAIS DA MULHER GRÁVIDA DURANTE
O TRABALHO DE PARTO

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas
na área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Olga Manuela de Freitas Brandão Coelho

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

**NECESSIDADES ESPIRITUAIS DA MULHER GRÁVIDA
DURANTE O TRABALHO DE PARTO**

SPIRITUAL NEEDS OF PREGNANT WOMEN IN LABOR

**Relatório de estágio de natureza profissional
orientado pela Professora Doutora
Alexandrina Cardoso**

Olga Manuela de Freitas Brandão Coelho

Porto, 2025

Cuidar é mais do que fazer, é ser com, sentir com,
e compreender a totalidade do ser humano.

Jean Watson (2008)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Mariana, à Sofia e ao Miguel, os meus filhos, que cunharam o meu coração de mulher em mãe e me guiaram para o propósito da minha vida.

À Mariana, a minha musa inspiradora, agradeço por ter acendido em mim a chama do amor pela Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Foi contigo, na profundidade da maternidade e dos seus desafios, que descobri a paixão por cuidar da vida que nasce e se desenvolve.

À Sofia, pela magia de me ensinar a amar incondicionalmente a cada sopro da minha existência, revelando-me novas formas de comunicação e presença no mundo, foi contigo que vi a vida de múltiplas cores.

E ao Miguel, a minha eterna estrela-guia, que mesmo não tendo permanecido fisicamente, neste plano, me impulsionou a ver para além do corpo e da vida como a conheço, ensinando-me sobre a resiliência e o papel do luto e a força de um amor que transcende a existência

Aos três, agradeço por me terem escolhido e sou eternamente grata por fazerem de mim uma mulher, mãe, com a convicção inabalável de que *“Acreditar torna o sonho possível”*

MENÇÃO HONROSA

Minha querida avó Ana, a ti expresso todo o amor que existe no meu coração. Representas cuidar, amar, sonhar, proteger e pilar de força e resiliência. Representas todas as vozes das mulheres da nossa família e que tão mágico legado deixaste em todas nós. Sinto-te comigo todos os dias e agradeço-te por isso. Obrigada por me teres recebido como tua neta nesta vida. Até sempre.

AGRADECIMENTO

Terminada esta etapa que contribuiu para o meu crescimento e desenvolvimento profissional e pessoal gostaria de expressar a minha profunda gratidão a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste caminho durante o percurso neste Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

A todas as (os) professoras (es) que cruzaram o meu caminho, em especial à Professora Doutora Alexandrina Cardoso, pela sua orientação excecional, valiosos ensinamentos e apoio incansável em momentos delicados. A sua presença foi fundamental para o meu caminho. O caminho da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em Portugal está muito bem liderado por si. Gratidão lhe expresso.

À equipa do Hospital de Famalicão da ULS Médio Ave (meus tutores e restantes enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e administrativos dos Serviços de Obstetrícia e Ginecologia pela calorosa receção, partilha de experiências e a oportunidade de aprendizagem. O vosso profissionalismo, humanismo e resiliência são uma verdadeira inspiração para mim. Em cada um de vos aprendi algo que levo comigo para a vida.

À equipa da UCC de Santo Tirso pelo auxílio nesta jornada, carinho e incentivo.

Ao Tiago, meu marido, amor e companheiro de vida, por ser o meu porto seguro, o chão que me sustenta e por alinhar em todos os meus sonhos.

Aos meus pais Abílio e Madalena, pelo apoio incondicional, compreensão e força em todos os momentos. As palavras acabam por ficar pequenas para vos agradecer a vida que me deram, o amor, os ensinamentos e a base de mim.

Às minhas almas gémeas, Susana e Paula, por estarem presentes em todos os momentos da minha jornada de vida, e por serem as minhas eternas companheiras de aventura.

Às minhas colegas do MESMO 23/25, pela bondade, amizade e suporte em todo o processo. Foi uma enorme honra cada momento, cada riso, cada choro, que partilhamos juntas.

À Luciana Moreira meu anjo da guarda que me mostrou a grandeza do coração humano com a magia das suas palavras e o cuidado afetuoso para comigo.

À Joana Pereira por ser um ponto divino de luz no mundo e que me amparou vezes sem conta com a sua melodia na voz de cuidado.

À Isabel Silva pela sua sabedoria infinita e inspiração de alma, mostrando que tudo é absolutamente possível de acontecer.

À Magda pelo sorriso doce, pelo olhar puro e pela sua visão tão bela e cristalina do mundo.

À Barbara pela inspiração de ser humano que é e pelo futuro promissor na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Por fim, a cada mulher e suas famílias, pela confiança que fortaleceu a minha paixão, amor e compromisso com esta missão/profissão de ser Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

ENTRE O VÍSIVEL E O INVÍSIVEL

Na interceção da luz e da sombra mostraste-me a verdadeira chama da minha essência. Desde então o nascer e pôr-do-sol ganharam outro significado. A vida continua escrita no silêncio e falada na presença subtil e mágica do caminho que se faz infinito.

RESUMO

Este relatório descreve o desenvolvimento de competências específicas e comuns que desenvolvi em contexto do estágio de natureza profissional no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, realizado em contexto clínico na região do Norte de Portugal, no período compreendido entre setembro de 2024 e maio de 2025, informado por evidências e numa visão crítica-reflexiva da aprendizagem e do desenvolvimento profissional.

A aprendizagem e a prática foram pautadas pela vivência de experiências através da participação ativa e observação clínica, complementadas pela mobilização de conhecimentos alinhados com a melhor evidência científica, descritas neste relatório. Este processo visou o desenvolvimento de competências no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados, à mulher, ao recém-nascido e sua família, nas diversas fases do ciclo grávido-puerperal, tais como promoção da adaptação à gravidez, adaptação à parentalidade, trabalho de parto e pós-parto, gravidez com complicações, diagnóstico pré-natal, perda gestacional e a interrupção voluntária e médica da gravidez, formando e consolidando a atuação autónoma como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A ilustração do percurso de desenvolvimento de competências foi feita através de quatro casos clínicos, escolhidos de cada contexto.

O primeiro caso abordou o parto em gravidez de risco por diabetes gestacional e ausência de pessoa significativa, destacando a importância da comunicação, do cuidado transpessoal e dos métodos não farmacológicos para lidar com a dor do trabalho de parto; o segundo caso abordou parto eutócico fisiológico, em modelo *hands-off*, valorizando as necessidades espirituais, o plano de parto e o consentimento informado; o terceiro caso abordou o apoio no pós-parto tardio, com enfoque na promoção da amamentação, bem-estar emocional e rede de suporte; o quarto caso abordou o acompanhamento de gravidez de risco, reforçando o cuidado multidimensional e o empoderamento da mulher através da resinificação das experiências prévias.

A importância do cuidado espiritual no contexto da enfermagem, particularmente no atendimento às necessidades espirituais da parturiente é fundamental para uma experiência de parto positiva e para a promoção da saúde integral da mulher. Para explorar esta temática foi desenvolvida uma revisão narrativa da literatura tendo em vista a identificação dessas necessidades, neste período de profunda transformação e intensidade emocional.

A revisão narrativa demonstrou que a espiritualidade é um componente fundamental no cuidado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, favorecendo o bem-estar, a resiliência e o significado da experiência de parto. A evidência analisada revelou que a dimensão espiritual integra o cuidado, trazendo conforto e sentido, que as necessidades espirituais são universais, ainda que variáveis, e que a espiritualidade é vivida como experiência existencial e relacional, valorizando a presença sensível do profissional. Persistem, contudo, lacunas conceituais e dificuldades na sua integração prática, concluindo-se que a sua incorporação exige formação específica, maior clareza conceptual e políticas institucionais que reconheçam o parto como uma experiência de corpo e alma. A investigação futura deve clarificar conceitos e explorar como práticas e ambientes humanizados podem potenciar esta vivência e criar um modelo integrativo de cuidado obstétrico.

Palavras-Chave: Necessidades espirituais; Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ABSTRACT

This report describes the development of specific and common competencies acquired during the professional internship of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, carried out in settings in Northern Portugal, between September 2024 and May 2025. Learning and practice were guided by active participation and clinical observation, complemented by the mobilisation of knowledge aligned with the best scientific evidence, within a critical-reflective perspective. This process aimed at developing competencies in specialised nursing care for women, newborns, and their families across the different stages of the childbearing cycle, including adaptation to pregnancy and parenthood, labour and postpartum, complicated pregnancies, prenatal diagnosis, pregnancy loss, and voluntary or medical termination of pregnancy, consolidating autonomous practice as a midwife. The development of competencies was illustrated through four clinical cases selected from different contexts.

The first case addressed labour in a high-risk pregnancy due to gestational diabetes and absence of a significant companion, highlighting the importance of communication, transpersonal care, and non-pharmacological methods of pain relief. The second case referred to physiological labour, in a hands-off model, emphasising spiritual needs, the birth plan, and informed consent. The third case involved late postpartum support, focused on breastfeeding promotion, emotional well-being, and support networks. The fourth case concerned the follow-up of a high-risk pregnancy, reinforcing multidimensional care and women's empowerment through the re-signification of previous experiences.

The importance of spiritual care in nursing, particularly in addressing women's spiritual needs during childbirth, is fundamental to ensuring a positive birth experience and promoting women's integral health. To explore this topic, a narrative literature review was conducted, aiming to identify these needs during this period of profound transformation and emotional intensity. The

review demonstrated that spirituality is a fundamental component of Maternal and Obstetric Health Nursing care, fostering well-being, resilience, and meaning in childbirth. The analysed evidence revealed that spirituality integrates care by providing comfort and meaning; that spiritual needs are universal, although variable; and that spirituality is experienced as an existential and relational dimension, valuing the sensitive presence of the professional. Nonetheless, conceptual gaps and difficulties in practical integration remain. It is concluded that incorporating spirituality requires specific training, greater conceptual clarity, and institutional policies that recognise childbirth as an experience of both body and soul. Future research should clarify concepts and explore how humanised practices and environments can enhance this experience and contribute to the creation of an integrative model of obstetric care.

Keywords: Spiritual needs; Maternal and Obstetric Health Nursing

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ABM - Academy of Breastfeeding Medicine

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

Bpm - Batimentos por minuto

CE - Consulta Externa

CTG - CardiotocógrafiaCardiotocografia

DGS - Direção-Geral da Saúde

EE-ESIP - Enfermeira(o) Especialista em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica

EE-ESMO - Enfermeira(o) Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FC - Frequência cardíaca

FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics

FIL-Factor inibitório da Lactação

FR - Frequência respiratória

ICM-International Confederation of Midwives

IM-Intramuscular

IV -Intravenoso

MCEESMO - Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia Enfermagem

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

OASIS - Obstetric Anal Sphingter Injuries

OE - Ordem dos Enfermeiros

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

RGOG - Royal College of Obstetrician and Gynecologists

RNL - Revisão narrativa da literatura

RPM - Rotura prematura de membranas

SatO₂ - Saturação de oxigénio

SGB - Streptococcus do grupo B

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPNQ- Spiritual Needs Questionnaire

TA - Tensão arterial

ULS - Unidade Local de Saúde

UNICEF- United Nations International Children's Emergency Fund

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	24
1.1. Bloco de partos e Urgência de Obstetrícia e Ginecologia	26
1.2. Internamento de Obstetrícia e Ginecologia e Grávidas de risco	31
1.3. Consulta Externa de Obstetrícia e Ginecologia	355
1.4. Outros contextos clínicos	37
2. CONCEÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	39
2.1. Desenvolvimento de competências especializadas para cuidar a mulher em trabalho de parto	42
2.1.1. Caso clínico: “Um segundo parto, uma nova narrativa: da intervenção à humanização”	46
2.1.2. Caso clínico: “Experiência de Parto Humanizada: Entre a presença subtil e a autonomia da Mulher”	65
2.1.3. Análise global das competências desenvolvidas em contexto do bloco de partos	87
2.2. Desenvolvimento de competências especializadas para cuidar a mulher no período pós-parto	91
2.2.1. Caso clínico “Muito além dos 42 dias: quando o pós-parto pede, presença, ciência e coração”	97
2.2.2. Análise global das competências desenvolvidas em contexto de período de pós-parto	110
2.3. Desenvolvimento de competências especializadas para cuidar a mulher com complicações na gravidez	113
2.3.1. Caso clínico “Quando o corpo diz: para, valida e escuta-te”	115

2.3.2. Análise global das competências desenvolvidas em contexto de cuidar a mulher com gravidez com complicações.	125
3. NECESSIDADES ESPIRITUAIS DAS MULHERES EM TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA	127
3.1. Enquadramento	123
3.2. Metodologia	129
3.3. Resultados	133
3.4. Discussão dos resultados	137
3.5. Conclusões	142
4. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS	145
CONCLUSÃO	152
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15555
ANEXO	176

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Avaliação do trabalho do parto _____	47
Quadro 2- Avaliação comparativa do trabalho de parto_____	50
Quadro 3- Registo Global de Experiências Clínicas_____	150

INTRODUÇÃO

A realização deste relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório, inserido no plano de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) do curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), referente ao ano letivo de 2024/2025, com intuito de ser apresentado e discutido em provas públicas para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO).

O estágio decorreu num hospital de apoio perinatal da zona norte de Portugal, entre 17 de setembro de 2024 e 30 de maio de 2025 com carga horária total de 800 horas e 30 horas de orientação tutorial, subdivididas em três áreas específicas distintas:

- Cuidar a mulher em trabalho de parto, num total de 500 horas, decorridas no Bloco de Partos e serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia;
- Cuidar a mulher no período de pós-parto, num total de 100 horas, decorridas no internamento de obstetrícia e ginecologia;
- Cuidar a mulher com gravidez com complicações, num total de 200 horas, decorridas no internamento de obstetrícia e ginecologia e grávidas de risco e no serviço de consulta externa de grávidas de risco;

Os objetivos delineados para esta unidade curricular foram, a promoção da responsabilização pessoal na construção dos respetivos itinerários e projetos de vida profissional numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida e da promoção de um espírito empreendedor; identificação de diagnósticos e implementação de intervenções de enfermagem especializada centrados nas necessidades em cuidados à mulher com afeções ginecológicas; cuidados à mulher/família na gravidez normal e com complicações; cuidados no trabalho de parto, no pós-parto e ao recém-nascido saudável e de risco; consolidação da capacidade para a resolução de problemas em contexto multidisciplinar; mobilização da evidência científica para a tomada de decisão de cuidados de especializados na área da ESMO; promoção de uma consciência profissional

sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO) e elaboração e discussão do presente relatório de estágio, colocando em evidência a relevância das competências adquiridas e as experiências clínicas que contribuíram para o desenvolvimento das competências (ESEP, 2024).

Com este relatório, pretendo ilustrar o processo de desenvolvimento de competências necessárias para me tornar EE-ESMO, e tal como afirma Cardoso (2011), *”Ter um filho muda tudo: um dia, na vida de um homem e de uma mulher, nasce um filho, e nada mais será como antes”* (p21), o que me leva a agradecer o privilégio profissional e pessoal de poder acompanhar uma mulher, uma família no seu processo de vida e projeto de saúde, estando ao seu lado como facilitadora e promotora da consciencialização da sua importância multidimensional no alcance do seu bem-estar integral. Este relatório reflete o percurso de aquisição de competências para o exercício profissional como EE-ESMO, integrando tanto as competências comuns aos enfermeiros especialistas, definidas pelo Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a), publicado em Diário da República, como as competências específicas de EE-ESMO, estabelecidas pelo Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio (OE, 2019b), igualmente publicado em Diário da República.

Atualmente, tendo em conta a evolução da sociedade no contexto social, cultural económico e demográfico, religioso e espiritual o cuidar em saúde, exige uma atualização constante de conhecimentos técnicos e científicos cada vez mais avançados e especializados, nomeadamente para exercer enquanto enfermeira(o). Desta forma, e numa perspetiva específica, traduzida em qualidade no cuidar, e como veiculado acima, a (o) EE-ESMO deve deter um conjunto de competências comuns e competências específicas na área da ESMO. As competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, espelhadas no Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República (OE, 2019a), competências essas que envolvem as competências: responsabilidade profissional, ética e legal; a

melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. As competências específicas são aquelas que aferem que a(o) EE-ESMO deve cuidar da mulher inserida na família e na comunidade em várias fases da sua vida: no planeamento familiar e no período pré-concepcional; no período pré-natal; no trabalho de parto; no período pós-natal; no período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, além de cuidar do grupo-alvo inseridas na comunidade espelhadas no regulamento n.º 391/2019 do Diário da República (OE, 2019b). Para além disso estas competências traduzem a premissa fundamental desta especialidade como sendo a Mulher, a soberana beneficiária de cuidados de enfermagem prestados pela(o) EE-ESMO, cuidados esses concebidos numa perspetiva individual da pessoa única com as suas múltiplas dimensões: físicas, políticas, económicas, culturais, organizacionais, religiosas e espirituais (OE, 2019b).

Na redação deste relatório assentam conceitos importantes para mim como enfermeira e como futura EE-ESMO.

O primeiro, presta-se pelo cuidado único e individualizado à pessoa, neste caso a mulher no seu ciclo de vida fértil, e não fértil, sendo esta reconhecida pela(o) EE-ESMO como elemento central do seu projeto de saúde e validando a sua unicidade através dos seus superpoderes, preponderantes para a elaboração dos cuidados de enfermagem. A ESMO assenta num modelo de cuidado que reconhece a mulher como a protagonista do seu próprio processo de saúde. A prática concentra-se num cuidado único e individualizado, que se estende por todo o ciclo de vida da mulher. Neste contexto, a(o) EE-ESMO valida a unicidade de cada mulher, reconhecendo-a como o elemento central do seu plano de cuidados e valorizando as suas capacidades, poder de decisão onde a prioridade é a capacitação e o empoderamento da mulher, assegurando que o plano de cuidados reflète as suas necessidades, desejos e valorização dos seus superpoderes, para que o percurso de saúde escolhido seja vivenciado de forma autónoma e positiva (Cardoso et al., 2023- Guia de Preparação para o Parto)

O segundo conceito é a prática baseada na (melhor) evidência científica sendo que desde a sua introdução no final da década de 1990, este o conceito tornou-se um pilar central nos cuidados de saúde modernos. Lanssens et al. (2022) definiram a prática baseada na evidência científica como a *utilização criteriosa e consciente da melhor evidência atual na tomada de decisões sobre os cuidados prestados ao doente individual*. Esta prática deve integrar a melhor e mais atual evidência científica disponível, a experiência e o julgamento clínico do profissional, bem como as preferências da pessoa cuidada. Pensar e fazer bem é o desafio que se coloca a cada EE-ESMO e abraçar este desafio impele cada profissional a procurar formas de se aperfeiçoar e continuar a adquirir os conhecimentos e a melhorar a sua perícia técnica (Cardoso et al., 2023- Guia de Preparação para o Parto)

O terceiro conceito assenta no reconhecimento que os profissionais devem conhecer e utilizar teorias de enfermagem para apoiar a prática, permitindo a consolidação da fundamentação teórica e, deste modo, uma prática sistematizada e sustentada cientificamente (Ribeiro et al., 2018). Neste contexto serão utilizadas as teorias de Jean Watson, a Teoria do Cuidado Humano ou Teoria do Cuidado Transpessoal; e, a teoria de Afaf Meleis, a Teoria das Transições para orientar a conceção dos cuidados.

A Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, também conhecida como Teoria do Cuidado Transpessoal, surgiu entre 1975 e 1979 na Universidade do Colorado e assenta na premissa de que o cuidado em enfermagem é, antes de tudo, um ideal moral e filosófico. Mais do que um conjunto de tarefas e procedimentos técnicos, o cuidado deve centrar-se na relação transpessoal entre enfermeiro e utente, promovendo empatia, compaixão e uma visão integral da saúde e do bem-estar (Watson, 2008). Nesta perspetiva, a enfermagem é entendida como profissão, e o cuidado como vocação, sustentado por um compromisso ético com a humanidade. O cuidado exige, assim, uma conexão profunda entre enfermeira(o) e utente, capaz de fortalecer a prática clínica, a liderança profissional e a consciência intersubjetiva que emerge da partilha de histórias de vida no momento do cuidar (Evangelista et al., 2020).

Os principais conceitos da teoria incluem: os Processos Caritas, dez princípios orientadores que promovem a bondade: a presença autêntica, a esperança, a aceitação do mundo subjetivo, a relação de confiança, a expressão genuína de sentimentos, a criatividade no processo de cuidar, a experiência de ensino-aprendizagem, a criação de ambientes de cura e a abertura ao campo espiritual (Nelson et al., 2011); o Cuidado Transpessoal é entendido como um momento de conexão profunda que transcende o físico e o tangível, permitindo à (ao) enfermeira (o) ajudar o utente a encontrar significado na experiência de saúde, doença ou sofrimento, integrando passado, presente e futuro (Evangelista et al., 2020); e a visão da pessoa de uma forma holística, entendendo-a como um ser integral, composto por corpo, mente e espírito, traduzindo o cuidado como um fenómeno ativo onde todas essas dimensões são integradas, promovendo a harmonia interna e a autocura. A pessoa é compreendida como um ser, espiritual, magnífico, parte da natureza, não sendo apenas matéria, composta por multidimensões sendo influenciadas pelo “eu”. A pessoa e o “eu” são congruentes quando a pessoa é equivalente ao *self* verdadeiro, o que ocorre diante da harmonia entre as dimensões humanas (Watson, 2012).

A Teoria das Transições de Afaf Meleis, desenvolvida desde a década de 1960 a partir da sua prática clínica e investigação, é uma teoria de médio alcance que descreve, compreende e explica os fenómenos que constituem o foco do cuidado de enfermagem. Tem como objetivo apoiar pessoas e famílias nas mudanças que enfrentam ao longo do tempo, ajudando-as a emergir das transições com maior capacidade de funcionamento (Meleis, 2015). Segundo a autora, a transição é uma passagem de um estado estável para outro, desencadeada por uma mudança, e caracteriza-se por estágios dinâmicos, pontos de viragem e marcos que podem ser definidos por processos e resultados (Meleis, 2010).

As transições podem ser de natureza desenvolvimental, saúde/doença, situacional ou organizacional, apresentando propriedades comuns: decorrem em períodos variáveis, envolvem descontinuidades, exigem novas competências e podem gerar perda de familiaridade e de apoio. Os padrões de resposta

incluem envolvimento, procura de suporte, confiança adquirida e resultados como mestria, identidade fluida e bem-estar. O papel das terapêuticas de enfermagem é facilitar transições saudáveis, fornecendo conhecimentos, competências e recursos que ajudem a pessoa a lidar com a experiência (Meleis, 2010).

Assim, todos estes conceitos descritos convergem para uma visão integrativa do cuidar em ESMO, em que a mulher é reconhecida como protagonista do seu percurso de saúde e apoiada através de intervenções fundamentadas na melhor evidência científica, sustentadas em teorias de enfermagem e orientadas por uma compreensão global do ser humano. Neste contexto, a dimensão espiritual assume um lugar central, pois é através dela que se promovem significado, resiliência e bem-estar em momentos de profunda transformação como a gravidez, o parto e o pós-parto. A estrutura deste relatório foi desenhada precisamente para acentuar esta relevância, articulando a prática clínica, a reflexão crítica e a revisão narrativa da literatura (RNL) de modo a evidenciar que o cuidado espiritual, quando integrado à ciência e à técnica, confere à prática em ESMO um carácter não apenas eficaz, mas também profundamente humano e transformador.

A estrutura deste relatório foi organizada em cinco partes distintas. Após a Introdução, apresenta-se a caracterização dos contextos clínicos. Segue-se a conceção e implementação de cuidados de enfermagem, ilustrada por quatro casos clínicos apresentados pela seguinte ordem: dois relativos ao cuidado da mulher em trabalho de parto, um referente ao período pós-parto e um sobre a gravidez com complicações. Posteriormente, é apresentada uma revisão narrativa da literatura (RNL), orientada pela pergunta: *'Quais as necessidades espirituais da mulher grávida durante o trabalho de parto?'*. Esta temática foi escolhida por constituir uma área de interesse, integrada na minha perspetiva de cuidado em enfermagem, nomeadamente em ESMO, permitindo uma reflexão atual sobre a dimensão espiritual no cuidar em saúde, tão relevante e pertinente nos nossos tempos. O cuidado espiritual é entendido como essencial para o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa, consiste na prestação de

cuidados clínicos que proporcionem sentido, valor e conexão interior e exterior. Para a sua concretização, a(o) enfermeira(o) deve adotar uma abordagem ativa e não julgadora, recorrendo à escuta ativa e reconhecendo a experiência humana da pessoa e a sua própria experiência (McDonald, 2024). Na quarta parte, é apresentada uma reflexão crítica sobre o desenvolvimento e aquisição de competências clínicas, à luz dos Regulamentos n.º 140/2019 (OE, 2019a) e n.º 391/2019 (OE, 2019b), bem como da experiência e aprendizagem clínicas. Por fim, a conclusão integra todo o percurso realizado, enquanto ser único e multidimensional que sou: mulher, mãe, filha, esposa, enfermeira, ser físico, emocional, espiritual e comunitário.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

O estágio de natureza profissional, efetuado no período de 17 de setembro de 2024 a 30 de maio de 2025, foi realizado num hospital de uma Unidade Local de Saúde (ULS) na região norte do país pertencente ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). A missão da instituição passa pela promoção da saúde da população e a prestação de cuidados de saúde de qualidade, centrados na pessoa e na comunidade, através de um modelo integrado e sustentável, respeitando a individualidade e dignidade do cidadão, conciliado com uma cultura de captação, desenvolvimento e valorização dos seus profissionais e que dá resposta efetiva a vários municípios, abrangendo uma população superior a 240.000 habitantes como descrito no Regulamento Interno da ULS (2024).

As 800 horas de estágio foram realizadas no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, que é constituído por uma equipa multidisciplinar composta EE-ESMO (a equipa de EE-ESMO é constituída por profissionais com ligação contratual à ULS e intervêm nas várias valências do SOG, e EE-ESMO tarefeiros vindos de outras instituições que trabalham apenas na valência do serviço de urgência de Obstetrícia e Ginecologia e Bloco de partos), enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EE-ESIP), enfermeiros generalistas, médicos obstetras e ginecologistas, médicos pediatras, anestesistas, assistentes sociais, psicólogas, nutricionistas, assistentes técnicos e assistentes operacionais, que são promotores de um ambiente de respeito, segurança e facilitador da boa relação profissional de saúde/utente e cumpridores dos princípios éticos e legais, cujo objetivo é a satisfação das necessidades das mulheres e dos profissionais. A missão do serviço é oferecer uma assistência personalizada, diferenciada e de qualidade às mulheres em todas as fases da sua vida fértil e não fértil baseando-se nos valores da humanização, responsabilidade para com as mulheres, competência, respeito pela dignidade individual, a ética profissional, espírito de equipa, a valorização pessoal e profissional.

O Serviço de Obstetrícia e Ginecologia é constituído por várias valências contemplando serviço de urgência Obstetrícia e Ginecologia e Bloco de Partos; Consulta Externa, centro de diagnóstico pré-natal inserido na clínica da mulher e da criança; internamento de Obstetrícia e Ginecologia e grávidas de risco; bloco cirúrgico central e bloco cirúrgico de ambulatório. O Serviço de Obstetrícia e Ginecologia está preparado para dar resposta a problemas de saúde de mulheres com patologia de baixa complexidade tendo como apoio o um serviço de pediatria com capacidade de prestar cuidados neonatais a recém-nascidos com idade gestacional superior a 34 semanas. Segundo o SNS (s.d.), registaram-se 1315 partos em 2024 e, no período de estágio (setembro de 2024 a fevereiro de 2025), 649 partos.

O estágio foi desenvolvido na valência de urgência de Obstetrícia e Ginecologia e Bloco de Partos; internamento de Obstetrícia e Ginecologia e grávidas de risco; Consulta externa por esta ordem apresentada tendo sido tutorada por EE-ESMO no sentido de alcançar com as experiências clínicas as competências comuns de enfermeiro especialista definidas pelo Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019a), competências específicas da (o) EE-ESMO definidas no Regulamento n.º 391/2019 (OE,2019b).

1.1. Bloco de partos e Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

O estágio realizado no bloco de partos, realizado entre 17 de setembro de 2024 e 8 de março de 2025, decorreu num contexto clínico especializado, sob a supervisão de EE-ESMO, na valência de urgência de obstetrícia e bloco de partos de um hospital perinatal de nível 1¹. Esta experiência proporcionou contacto direto com situações variadas, incluindo partos espontâneos, induzidos, cesarianas eletivas e procedimentos de versão cefálica externa (VCE)², representando uma oportunidade singular de aplicar e aprofundar conhecimentos clínicos à luz das boas práticas. A realização de VCE, sob critérios rigorosos e com equipa multidisciplinar, alinha-se com as orientações internacionais, reduzindo o número de cesarianas desnecessárias, como refere Shanahan et al. (2023).

O ambiente descrito, desde a triagem inicial³ (mulheres encaminhadas da urgência geral, situada no piso 0) até à admissão e condução do trabalho de parto, reflete uma organização centrada na mulher, respeitando os princípios da humanização do parto promovidos pela World Health Organization (WHO, 2018a). A existência de painéis visuais motivacionais (visualização de painéis de flores no teto do corredor central e frases motivacionais nas paredes) e

¹ De acordo com o Ministério da Saúde, através da Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril, os estabelecimentos hospitalares integram uma rede articulada, devendo assegurar respostas proporcionais à sua capacidade instalada e ao nível de complexidade clínica que lhes compete. Esta portaria estabelece ainda princípios de diferenciação funcional, referenciação e articulação interinstitucional, orientando a distribuição geográfica dos serviços e promovendo uma utilização racional dos recursos, garantindo equidade no acesso e qualidade. Assim, os hospitais de nível I prestam cuidados diferenciados de menor complexidade e asseguram as especialidades básicas (Medicina Interna, Cirurgia Geral, Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia), enquanto os níveis II e III dispõem de maior capacidade tecnológica e recursos especializados, permitindo a gestão de situações clínicas de elevada complexidade.

² Este é um procedimento que visa converter uma apresentação não cefálica (pélvica, transversal ou oblíqua) em cefálica, através do abdómen materno, através de palpação manual, realizada a partir das 36 semanas em nulíparas, e das 37 semanas em multiparas, permitindo a redução do número de cesarianas neste tipo apresentações fetais. O procedimento deve ser realizado em equipa multidisciplinar, médico obstetra e EE-ESMO em mulheres grávidas criteriosamente selecionadas, sem contraindicações absolutas para parto vaginal, como placenta prévia, vasa prévia, e onde o estado fetal seja tranquilizador (Shanahan et al., 2023).

³ O Sistema de Triagem de Manchester que é um sistema padronizado usado nos serviços de urgência para priorizar o atendimento dos utentes com base na gravidade clínica e no risco, e não por ordem de chegada, atribuindo rapidamente um score/cor de triagem definindo a prioridade do atendimento. O score/cor é atribuído com base na gravidade da sintomatologia e visa identificar o risco de desfechos negativos e garantir tratamento adequado e no tempo certo (Bienzeisler et al., 2024).

espaços equipados com recursos sensoriais (como a sala *snoezelen*) está em consonância com o que Bellini et al. (2023) defendem quanto ao impacto positivo do ambiente sensorial na libertação de ocitocina endógena e na evolução fisiológica do parto.

A monitorização fetal através de cardiotocografia (CTG) telemétrico evidencia uma abordagem baseada na evidência que promove a mobilidade da mulher, reduzindo a duração do trabalho de parto e a necessidade de intervenções instrumentadas (Tekeli Taşkömür, A.2025).

Do ponto de vista normativo e ético, a estrutura física e organizacional do serviço cumpre com os direitos da parturiente, nomeadamente o direito a acompanhante durante todo o processo de parto, conforme estipulado pela Lei n.º 15/2014 (Assembleia da República, 2014). A integração do plano de parto no processo clínico, conforme preconizado pelo Guia Orientador de Boas Práticas: Preparação para o parto da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) (Cardoso et al., 2023), promove a autonomia da mulher e reforça a centralidade da sua experiência como um evento fisiológico e pessoal. A sala *snoezelen* do serviço, em particular, configura-se como uma inovação relevante em Portugal, respondendo à recomendação da WHO (2018a) sobre a criação de ambientes acolhedores e respeitadores da fisiologia do trabalho de parto. Esta sala contribui diretamente para a implementação dos planos de parto desenvolvidos em parceria com a mulher e a sua pessoa significativa.

A sala *snoezelen* encontra-se equipada com uma variedade de elementos sensoriais cuidadosamente selecionados para estimular os cinco sentidos, promovendo um ambiente favorável ao relaxamento e à vivência positiva do trabalho de parto. A componente olfativa é potenciada através de difusores de aromaterapia com óleos essenciais e cremes aromáticos utilizados em massagens. O estímulo auditivo é assegurado por rádios, colunas de som e dispositivos que emitem sons em frequências específicas, favorecendo a serenidade. No plano visual, destacam-se colunas de água, projetores de luz, iluminação ambiente regulável, espelhos e tapetes com cores suaves. A

dimensão tátil é promovida através de fibras óticas utilizadas para massagem, cama com colchão de água aquecida e sacos com sementes aquecidas. Por fim, o estímulo vibratório é proporcionado por massajadores e por um baloioço, que permite à mulher encontrar conforto e ritmos próprios durante o trabalho de parto.

Todos os profissionais envolvidos, EE-ESMO, médicos obstetras e assistentes operacionais, receberam formação técnica especializada para a utilização adequada deste espaço. Esta capacitação reflete a adoção de práticas contemporâneas de assistência ao parto, nas quais o respeito pela fisiologia, pela autonomia da mulher e pelo plano de parto assumem centralidade. Trata-se de uma resposta concreta às diretrizes da OE (Cardoso et al., 2023) e da WHO (2018a), que defendem uma assistência centrada na mulher e na sua experiência, devolvendo-lhe o protagonismo no processo de parto e promovendo um ambiente seguro, confortável e respeitador.

As salas de parto do serviço onde decorreu o estágio estão equipadas com dispositivos e mobiliário que refletem uma filosofia de cuidado centrado na mulher e no respeito pela fisiologia do parto. Cada sala dispõe de uma cama de parto ajustável e ergonómica, um cadeirão destinado à pessoa significativa, um banco de rodar e um armário devidamente equipado com material de apoio aos cuidados. Adicionalmente, encontram-se instalados elementos facilitadores do conforto e da mobilidade da mulher, como um espaldar fixo à parede, tapete antiderrapante, panos coloridos suspensos no teto e uma coluna de som com ligação por *bluetooth*. A sala de partos número dois distingue-se por integrar um sistema de luzes *snoezelen*, permitindo a escolha entre diferentes tonalidades - branca, azul, vermelha e verde - o que potencia um ambiente sensorialmente adaptado às preferências da parturiente.

No que respeita aos cuidados ao recém-nascido, cada sala está equipada com um berço de reanimação neonatal com fonte de calor radiante, *Neopuff* (sistema de ventilação com pressão positiva contínua controlada e segura, recomendado pelo *European Resuscitation Council* (2021), bem como fonte de oxigénio, ar comprimido, balança incorporada, aspirador de secreções,

oxímetro de pulso, relógio contador de minutos e uma superfície de trabalho com colchão adequado ao recém-nascido.

A presença de uma casa de banho em cada sala, equipada com chuveiro, permite a utilização da água como método de relaxamento durante o trabalho de parto. A existência de janelas amplas com entrada de luz natural reforça a criação de um ambiente acolhedor, favorecendo os processos hormonais fisiológicos, como a libertação de ocitocina endógena (Bellini et al., 2023).

Importa destacar também a existência de uma quinta sala dedicada a situações de perda gestacional, um gesto de sensibilidade institucional para com as mulheres e famílias que enfrentam estas vivências. Apesar de ainda não estar insonorizada, encontra-se em curso um projeto de melhoria, o que demonstra preocupação pela privacidade e respeito pelo luto. Esta sala contém cama, casa de banho privativa, armário de apoio e equipamento para parto, como banqueta de parto e banco insuflável, elementos que também permitem acolher experiências de parto em diferentes contextos emocionais.

A dotação de EE-ESMO por turnos na valência de urgência de obstetrícia e bloco de partos garante uma cobertura contínua dos cuidados especializados 24 horas por dia, com três EE-ESMO por turno face a aproximadamente 1400 partos/ano. Esta distribuição, dois EE-ESMO para as salas de parto e um para a urgência obstétrica, permite uma resposta às diferentes necessidades das mulheres que recorrem ao serviço, assegurando a vigilância, acompanhamento e intervenção clínica qualificada, em linha com as competências definidas no Regulamento n.º 391/2019 da OE e com o Regulamento n.º 743/2019⁴, de 25 de setembro relativo à Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2019c)

O serviço de bloco de partos pauta-se por uma filosofia de cuidado alinhada com as recomendações da WHO (2018a), valorizando a humanização do parto e

⁴ De acordo com o Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro (OE, 2019), as dotações seguras devem considerar a complexidade dos cuidados, o grau de dependência e o tempo de cuidados necessários, garantindo segurança e qualidade assistencial.

a mulher no centro dos cuidados. A equipa multidisciplinar reconhece e atribui ao EE-ESMO as competências específicas que lhe cabem, nomeadamente no acompanhamento autónomo das situações de baixo risco, conforme definido no Regulamento n.º 391/2019 da OE e na Orientação n.º 2/2023 Direção Geral de Saúde (DGS) (DGS, 2023b). Contudo, a rotatividade de profissionais e a presença de tarefeiros introduzem heterogeneidade na prática clínica, refletindo-se sobretudo na interpretação dos planos de parto onde as declarações antecipadas de vontade por parte da mulher que não se coadunam com as práticas dos profissionais suscitam algum desconforto. A utilização da sala *snoezelen* e dos métodos não farmacológicos para lidar com dor permanece pouco explorada, traduzindo a dificuldade em integrar plenamente estas abordagens na rotina diária dos cuidados podendo traduzir a necessidade de atualização dos conhecimentos por parte dos profissionais, mas também o receio e stresse crescente sentido por estes face ao debate social sobre violência obstétrica influenciando a adoção de práticas mais uniformes e consistentes. De salientar que o hospital é amplamente procurado por mulheres grávidas de todo o país, de várias culturas e nacionalidades, constituindo-se como uma referência na área perinatal, pelo que essa procura se traduz em contacto com múltiplas realidades em relação a expectativas de parto e declarações antecipadas de vontade da mulher. Neste sentido torna-se amplamente positivo para o desenvolvimento da filosofia do serviço pela necessidade de atualização constante na agregação e integração do conhecimento científico, assumindo o papel mediador entre as expectativas da mulher, muitas vezes construídas a partir de informação incompleta ou não validada e o conhecimento científico disponível, promovendo escolhas esclarecidas, seguras e fundamentadas em evidência. Desta forma, contribui-se para uma prática clínica mais consciente, respeitadora e centrada na mulher.

1.2. Internamento de Obstetrícia e Ginecologia e Grávidas de Risco

O estágio de assistência à mulher no período de pós-parto e à mulher com gravidez com complicações decorreu no período de tempo compreendido entre o dia 9 de março de 2025 e o dia 6 de abril de 2025, com supervisão de EE-ESMO, na valência de internamento de Obstetrícia e Ginecologia e grávidas de risco, no piso três do hospital, onde são admitidas mãe e recém-nascido como já referido, duas horas após parto eutócico ou distócico por ventosa/fórceps e no caso de parto por cesariana, que decorre no bloco operatório central no piso um, depois de realizar uma hora de recobro (neste caso o EE-ESMO, ou o enfermeiro generalista com o assistente operacional deslocam-se ao recobro para transferir mãe e recém-nascido). Após chegarem ao serviço, mãe, recém-nascido, pai ou pessoa significativa são dirigidos para a unidade, onde é feita uma observação/avaliação geral e física da mãe e recém-nascido sendo ativada a pulseira eletrónica de segurança neonatal, ficando em alojamento em conjunto⁵.

É permitido a presença do pai ou pessoa significativa durante todo o período de internamento para participar ativamente nos cuidados diários ao recém-nascido. Caso o recém-nascido apresente cuidados especiais de saúde será transferido para o serviço de neonatologia que fica no mesmo piso, contudo maioritariamente situações que requeiram administração de antibiótico intravenoso (IV), o recém-nascido desloca-se na companhia da mãe ao serviço de neonatologia, onde é administrado a toma e volta para junto da mãe.

O tempo de internamento pode variar de acordo com as necessidades individuais da mãe e recém-nascido, contudo maioritariamente são 48 horas,

⁵ O alojamento conjunto é necessário para permitir que as mães pratiquem uma amamentação responsiva, uma vez que não é possível aprender a reconhecer e a responder aos sinais de fome do bebé quando mãe e filho estão separados. Quando a mãe e recém-nascido permanecem juntos durante o dia e noite, torna-se mais fácil para a mãe identificar os sinais de fome e responder sendo que esta proximidade contínua facilita o estabelecimento da amamentação (& United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2024; WHO, 2022).

independentemente do tipo de parto sendo dada a alta clínica à mãe pela(o) obstetra e ao recém-nascido pela(o) pediatra.

Fazem parte dos cuidados, a não ser que a mãe manifeste o seu não consentimento, o rastreio auditivo neonatal⁶; a administração da vacina sazonal para o Vírus Sincial Respiratório⁷, a vacina da hepatite B⁸ o rastreio das cardiopatias congénitas⁹, das cardiopatias congénitas, cuidados de higiene após vinte e quatro horas após nascimento¹⁰.

No momento da alta hospitalar, é promovida a continuidade de cuidados para os cuidados de saúde primários (Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [PQCEESMO], 2021), nomeadamente acerca da marcação da primeira consulta de vigilância de saúde do recém-nascido que deve ser realizada até ao 15.º dia de vida, do agendamento o rastreio neonatal entre o terceiro e o sexto dia de vida, da marcação da consulta de revisão do puerpério cerca de um mês após o parto. São fornecidas orientações à mãe, pai ou pessoa significativa sobre aos cuidados necessários a terem em casa e sinais a ter em conta, sendo disponibilizado um contacto telefónico ou de correio eletrónico para esclarecimento de questões. Antes de saírem do hospital é verificado em conjunto com a mãe, pai ou pessoa significativa as medidas de segurança do recém-nascido na cadeira de transporte.

⁶ Procedimento realizado nos primeiros dias após nascimento ou até o primeiro mês de vida c que visa detetar precocemente perdas auditivas congénitas em recém-nascido, através da realização de testes simples, indolores e rápidos, logo após o nascimento (Norma n.º 018/2015 da DGS, 2015).

⁷ Vacina Nirsevimab que é anticorpo monoclonal previne a infeção por Vírus Sincial Respiratório em idade pediátrica que é muito comum e que deve ser administrada ao nascimento, preferencialmente nas primeiras 24 a 48 horas, se nascido entre 1 de outubro de 2024 e 31 de março de 2025 (norma n.º 005/2024 da DGS, 2024).

⁸ O Plano Nacional de Vacinação recomendada universalmente a todos os recém-nascidos independente do estado serológico materno sendo administrada a primeira dose nas primeiras vinte e quatro horas de vida (DGS, 2020).

⁹ Rastreio realizado por oxímetro de pulso entre as 24-48 de vida do recém-nascido, para detetar eventuais problemas cardíacos e reduzir a mortalidade neonatal (Mahle et al., 2012);

¹⁰ Procedimento que previne a hipotermia, preserva o vernix caseoso e promove o aleitamento materno precoce e a estabilidade glicémica (WHO, 2022).

Nesta valência do serviço de Obstetrícia e Ginecologia, são, também, internadas mulheres com complicações na gravidez de nível diferenciado periférico, sendo as situações de maior complexidade referenciadas para hospitais centrais; mulheres para interrupção médica da gravidez na sequência de diagnóstico de morte fetal intrauterina; mulheres com patologia ginecológica e para intervenção cirúrgica ginecológica, sendo estas últimas preparadas no serviço antes de ir para o bloco cirúrgico central.

O espaço físico desta valência possui uma lotação de dezassete camas distribuídas por seis quartos. Os primeiros quatro quartos são compostos por três camas cada, destinadas ao alojamento de mães, recém-nascidos, pais ou pessoas significativas, estando equipados com cadeirão, berço e separados entre si por cortinas. Os quartos cinco e seis dispõem igualmente de três camas, com cadeirão e separação por cortinas, destinados ao alojamento de grávidas com complicações e de mulheres com patologia ginecológica. O sétimo quarto é constituído por duas camas, com cadeirão e separação por cortina, sendo utilizado para o internamento de grávidas para interrupção médica da gravidez, na sequência de diagnóstico de morte fetal intrauterina, bem como das suas pessoas significativas. Cada quarto dispõe casa de banho própria. Todo o espaço é climatizado, beneficia de luz natural proveniente de amplas janelas e possui música ambiente.

Durante o internamento, a prestação de cuidados e a vigilância são asseguradas por uma equipa de enfermagem composta por EE-ESMO, EE-ESIP e enfermeiros generalistas, que promovem o autocuidado da mãe e colaboram nos cuidados ao recém-nascido. A continuidade de cuidados é garantida nos turnos da manhã com quatro enfermeiros e nos turnos da tarde e noite com dois enfermeiros, estando presente, em todos os turnos, pelo menos um(a) EE-ESMO.

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, relativo à *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem* (OE, 2019c), esta dotação revela-se globalmente adequada à lotação do serviço e ao perfil das utentes, assegurando a presença contínua de enfermeiros com

competências específicas e a vigilância especializada à mulher e ao recém-nascido. Todavia, em períodos de maior ocupação ou de aumento da complexidade dos cuidados, poderá justificar-se o reforço temporário da equipa para garantir a manutenção dos padrões de segurança e qualidade assistencial.

A restante equipa multidisciplinar desta valência é composta por médicos obstetras e ginecologistas, pediatras, assistentes operacionais, técnicos superiores de saúde, assistentes técnicos e tem apoio de outras valências como anestesiologia, psicologia, medicina interna e cirurgia.

Como reflexão, importa destacar que as práticas relacionadas com a amamentação e o aleitamento materno se revelam heterogéneas entre profissionais, o que pode indicar a necessidade de atualização de conhecimentos e permite a reflexão que apesar do avanço da investigação científica, a ciência da lactação continua muitas vezes a ser trabalhada com base em conhecimento prévio e experiência empírica, sendo essencial investir em currículos mais atuais e em estratégias de sensibilização para a padronização de práticas fundamentadas na melhor evidência entre os profissionais. Paralelamente, o internamento de mulheres em situação de interrupção médica da gravidez num espaço que acolhe recém-nascidos configura um desafio acrescido em termos de gestão emocional, exigindo maior atenção organizacional para garantir um cuidado sensível e respeitador destas vivências.

1.3. Consulta Externa de Obstetrícia e Ginecologia

Tendo em conta o reduzido número de internamentos em mulheres com complicações na gravidez, na valência de Internamento de Obstetrícia e Ginecologia e internamento de grávidas de risco, o estágio foi alargado à valência de consulta externa. Este decorreu entre 7 de abril e 20 de maio de 2025, sob supervisão de EE-ESMO. Esta valência integra a clínica da mulher e da criança do hospital, situada no piso zero.

São referenciadas para esta valência de consulta grávidas provenientes dos cuidados de saúde primários, do serviço de urgência, do internamento e das consultas de outras especialidades, nomeadamente grávidas com idade gestacional igual ou superior a 35 semanas para a consulta de termo e para as consultas gravidez de risco são encaminhadas e acompanhadas grávidas com patologias como hipertensão, diabetes gestacional, antecedentes de maus desfechos obstétricos, endocrinopatias, colestase intra-hepática da gravidez, gravidez após cirurgia bariátrica, fetos com restrição de crescimento, com patologia malformativa, gestações gemelares, entre outras.

Desta forma existe uma estrutura criada de consultas de EE-ESMO, e consultas de médicos obstetras e ginecologistas nas áreas de gravidez de termo, obstetrícia geral e gravidez de risco, ginecologia geral, planeamento familiar, e uro-ginecologia, cirurgia reconstrutiva pélvica, oncologia ginecológica, patologia cervical, rastreio do cancro do colo do útero, apoio à fertilidade, plano de parto e interrupção voluntária da gravidez.

Nesta valência também existe o centro de diagnóstico pré-natal onde se realiza o rastreio combinado do primeiro trimestre da gravidez com o objetivo de avaliar o risco de cromossomopatias¹¹

¹¹ O rastreio pré-natal combina idade materna, com os dados obtidos na ecografia do primeiro trimestre realizada entre 11+0 e 13+6 semanas de gestação, e com o rastreio bioquímico realizado entre 9 e 13+6 semanas de gestação, sendo

A valência de Consulta externa de Obstetrícia e Ginecologia partilha o espaço físico com a Consulta externa de saúde infantil e pediátrica, na clínica da saúde e da mulher e dispõe de três gabinetes para consulta de enfermagem, quatro gabinetes para consulta médica de Obstetrícia e Ginecologia equipados com ecógrafo, gabinete de realização de ecografias onde se realiza também os procedimentos de amniocentese e biópsia de vilosidades e a equipa multidisciplinar é composta por EE-ESMO, médicos especialistas em Obstetrícia e Ginecologia, assistentes operacionais e assistentes técnicos. O horário de funcionamento é das 8:00-20:00 horas, nos dias úteis. O ambiente é climatizado, mas com escassa luz natural.

Destaco o excelente funcionamento do centro de diagnóstico pré-natal, cuja organização e capacidade de resposta garantem rastreios e procedimentos de elevada qualidade, em consonância com as recomendações nacionais e internacionais, assumindo-se como um pilar essencial no acompanhamento clínico das grávidas desta instituição.

A articulação da equipa multidisciplinar é eficaz, Contudo, importa refletir sobre a necessidade de ampliar a intervenção da(o) EE-ESMO nas consultas nas várias valências do ciclo fértil e não fértil da mulher, uma vez que a prática se encontra ainda muito conexas com a consulta médica, o que pode limitar a plena valorização das competências autónomas e intervenção da(o) EE-ESMO. Esta realidade constitui um desafio e, simultaneamente, uma oportunidade para reforçar a complementaridade de saberes, promovendo maior integração do olhar de enfermagem especializada na vigilância da gravidez.

que várias entidades internacionais e nacionais aconselham a realização do rastreio combinado do primeiro trimestre a todas as grávidas, independentemente da sua idade (Teixeira, 2023).

1.4. Outros contextos clínicos

É procedimento do serviço a realização de visita guiada por EE-ESMO à valência de urgência de Obstetrícia e Ginecologia e Bloco de Partos e à valência de internamento de Obstetrícia e Ginecologia e grávidas de risco, para mulheres grávidas e suas pessoas significativas, provenientes através de encaminhamento dos cuidados de saúde primários, e a mulheres grávidas vindas por vontade própria de outras localidades do país, com intuito de apresentar a filosofia do serviço de Obstetrícia e Ginecologia, circuitos e normas de funcionamento, sendo uma mais-valia no processo de elaboração do plano de parto pela mulher.

Estas visitas revelam-se momentos agregadores e de promoção de vínculo, contudo, na experiência clínica, observa-se heterogeneidade na preparação para o parto. Tal constatação reforça a necessidade de adotar de forma mais efetiva as orientações do Guia orientador de Boas práticas: Preparação para o Parto (Cardoso et al., 2023), em particular no que respeita ao plano de parto, enquanto ferramenta recomendada para promover a autonomia da mulher e a qualidade da prática assistencial, uniformizando conceitos, filosofias e padrões de qualidade.

Existe um grupo multidisciplinar de apoio ao luto perinatal¹² na ULS chamado “Amor de Borboleta” que tem como objetivo prestar apoio a famílias que perderam bebés, em qualquer fase da gravidez até aos 28 dias após o nascimento, ou mesmo em processos mais tardios

¹² O luto perinatal, decorrente do óbito fetal ou neonatal apresenta desafios no processo de elaboração, principalmente por conta da visão social do mesmo, como uma perda menos importante que deveria ser superada rapidamente. Segundo o estudo qualitativo desenvolvido por Moreno e Bleicher (2022), os grupos de apoio ao luto perinatal desempenham um papel essencial no processo, facilitando o entendimento, a aceitação e a consciencialização da perda pelos pais.

O “Amor de Borboleta” foi criado para proporcionar acolhimento e apoio emocional, ajudando as famílias a enfrentar a dor da perda gestacional e a encontrarem conforto durante este momento tão difícil.

A participação nestas atividades permitiu-me reconhecer a relevância do grupo de apoio no luto perinatal “Amor de Borboleta” como estrutura de suporte essencial, sendo desejável a sua ampliação às restantes unidades de saúde que compõem a ULS, de modo a uniformizar a resposta e aumentar a proximidade no apoio às famílias

2. CONCEÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Segundo Watson (2008), a conceção de cuidados de enfermagem assenta na premissa que o cuidar constitui o núcleo ético-moral da prática e é vivido numa relação transpessoal que reconhece a unidade corpo-mente-espírito da pessoa. O planeamento do cuidado organiza-se em torno de momentos de cuidado e é orientado por atitudes como presença autêntica e esperança, sensibilidade a si e ao outro, relação de ajuda-confiança, acolhimento das emoções, uso criativo de si e de múltiplas formas de saber, ensino-aprendizagem conscientes, criação de ambiente de cura, atenção às necessidades humanas básicas com intencionalidade de cuidado e abertura para a espiritualidade. Nesta perspetiva, a definição de objetivos, intervenções e critérios de avaliação procura não só resultados clínicos, mas também dignidade, sentido e bem-estar na experiência da pessoa.

Na perspetiva da Teoria das Transições (Meleis, 2010) a conceção de cuidados corresponde ao delineamento intencional de um plano terapêutico orientado para facilitar transições saudáveis e o sucesso da conceção de cuidados mede-se pela progressão para padrões de transição saudáveis e pelo alcance de mestria e bem-estar no novo papel.

O cuidado da(o) enfermeira(o) consiste na avaliação diagnóstica e prognóstica, na prescrição, na execução e avaliação dos resultados das intervenções, técnicas e terapêuticas de enfermagem, relativas à prevenção, promoção, manutenção, reabilitação, palição e recuperação das pessoas, grupos ou comunidades, no respeito pelos valores éticos e deontológicos da profissão (OE, 2019a). Compreende ainda, toda a atividade técnico-científica inerente à gestão, investigação, docência, formação e assessoria, enquadrados no âmbito do seu exercício e quando praticados por enfermeira(o). As intervenções da(o) enfermeira(o) são autónomas ou interdependentes (OE, 2022).

Segundo os PQCEESMO (2021), a(o) EE-ESMO evidencia elevado julgamento clínico e tomada de decisão, assumindo o diagnóstico diferencial e a implementação de intervenções sendo responsável pelas decisões e ações que toma e pelas que não toma ou não implementa. Constitui elemento-chave na equipa multiprofissional e assegura a deteção precoce de complicações (gravidez, trabalho de parto, pós-parto, feto/recém-nascido e ginecologia), com referenciação atempada ao profissional competente, incluindo a execução de intervenções resultantes de prescrição.

A prestação de cuidados contínuos, respeitosos, baseados na evidência, a promoção da autonomia da mulher, a comunicação eficaz e a colaboração interprofissional constituem competências essenciais da(o) EE-ESMO. A sua integração na conceção dos cuidados permite estruturar intervenções que respondem às necessidades biopsicossociais da mulher e da família, do pré-natal ao pós-parto, reforçando a segurança e a humanização (International Confederation of Midwives [ICM], 2024; WHO, 2018a).

Conceber cuidados é caminhar ao lado da mulher, unindo a mestria e singularidade da(o) enfermeira(o) com os recursos e desejos de quem cuidamos, transformando dados, diagnósticos, objetivos e terapêuticas em ganhos reais e sentido para ambos.

Na minha visão, a conceção de cuidados em enfermagem, nomeadamente em ESMO é a expressão máxima do processo integrativo do cuidar. É um lugar onde a(o) enfermeira(o), com mestria, individualidade e unicidade, encontra a mulher na sua individualidade e unicidade e, a partir da manifestação por parte da mulher do seu projeto de saúde, traçam um caminho que ambos vão percorrer lado a lado. Esse caminho é uma simbiose traduzida numa parceria terapêutica onde a mulher, explicita valores, preferências, experiências prévias, crenças e com elas mobiliza recursos e forças internas individuais, enquanto a(o) EE-ESMO apoiado na prática baseada em evidência científica, e na sua visão integrativa torna-se um facilitador da experiência da mulher. A mulher tem um papel ativo nesta dinâmica, mas o pai ou pessoa significativa

também é integrado no processo de cuidados caso seja essa a vontade da mulher.

Desta forma em seguida será explanada a conceção de cuidados de enfermagem, processo deliberado, sistemático e ético, através da descrição e análise reflexiva de casos clínicos, domínios identificados dados recolhidos, diagnósticos identificados e da implementação dos cuidados, através da descrição das principais intervenções e das atividades que as concretizam, baseadas na evidência. Para esse fim descrevo quatro casos clínicos, dois relacionados com as experiências clínicas relativas ao cuidar da parturiente, um relacionado com as experiências clínicas ao cuidar a mulher no período de pós-parto e um outro relacionado com as experiências clínicas relativas à mulher com complicações. A estrutura dos casos assenta na descrição do caso, no motivo pelo qual o escolhi, no enquadramento teórico que achei relevante, na conceção de cuidados e na reflexão crítica sobre o desenvolvimento e aquisição das competências clínicas de uma forma global no contexto de estágio, procurando fazer uma análise crítica-reflexiva da prática clínica, realçando o que correu bem, o que faria diferente e como a prática baseada em evidência científica.

Os casos clínicos apresentados cumprem o disposto nos valores e princípios ético-deontológicos, que prevê o dever de manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso seja utilizado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade dos cuidados segundo o Regulamento n.º 338/2017, artigo 3.º, alínea d) (OE,2017), sendo que será atribuído um nome fictício a cada interveniente.

2.1. Desenvolvimento de competências especializadas para cuidar a mulher em trabalho de parto

O trabalho de parto é considerado um processo fisiológico durante o qual o feto, as membranas, o cordão umbilical e placenta saem do útero. O início de trabalho de parto de termo ocorre entre 37 e as 42 semanas de gestação. O trabalho de parto é dividido em fases, o primeiro estágio do trabalho de parto subdivide-se também ele em duas fases: a fase latente, caracterizada por contrações uterinas não rítmicas dolorosas e acompanhadas de alterações variáveis do colo, incluindo algum grau de apagamento e dilatação lenta até 5 cm tanto no primeiro parto como nos subsequentes; e a fase ativa, caracterizada por contrações dolorosas regulares, apagamento substancial do colo e dilatação mais rápida, desde os 5 cm até à dilatação completa (10 cm). A duração da fase ativa geralmente não excede 12 horas em primíparas e 10 horas em múltiparas, enquanto a fase latente não possui duração padronizada em mulheres primíparas a duração média situa-se em torno das 8 horas, podendo estender-se até 20 horas, enquanto em múltiparas tende a ser mais curta, com uma média aproximada de 5 horas e raramente ultrapassando 12 a 14 horas. A evidência mais recente enfatiza que a fase latente não deve ser rigidamente delimitada por critérios temporais, sendo mais pertinente avaliar a evolução clínica, o bem-estar materno-fetal e a resposta da mulher às medidas de conforto (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2023; WHO, 2018a).

O segundo estágio de trabalho de parto é o período entre a dilatação cervical completa e o nascimento do recém-nascido, caracterizado por contrações uterinas expulsivas acompanhadas de um impulso involuntário por parte da mulher em fazer força. A duração deste estágio é variável, mas geralmente não ultrapassa 3 horas em primíparas e 2 horas em múltiparas (WHO, 2018a). O segundo estágio do trabalho de parto, segundo Sandström et al. (2017) é contempla duas fases, uma fase passiva, caracterizada pela descida passiva da

cabeça fetal, sem participação ativa da mulher, e uma fase ativa, também designada como expulsivo. A fase ativa inicia-se quando as contrações adquirem carácter expulsivo involuntário relacionada com o reflexo de Ferguson. Dahan & Odent (2023) referem que o parto envolve dois reflexos neuroendócrinos distintos: 1) o reflexo de Ferguson, que é um reflexo neuroendócrino que é ativado pela pressão no colo uterino e paredes da vagina ativando recetores que promovem libertação de ocitocina pela hipófise anterior e levam ao esforço expulsivo voluntário, reduzindo a mulher em trabalho de parto a um corpo biomecânico, ignorando os seus estados de consciência e a influência de fatores psicológicos e sociais; 2) já o reflexo de ejeção fetal, menos aceite, com níveis elevados de ocitocina e baixos níveis de adrenalina, que reconhece a complexidade do nascimento, relacionando-se com o conceito de consciência do parto através de um estado alterado de consciência da mulher e ligando-a à sua multidimensão constituída por fatores mentais, sociais e ambientais e espirituais no processo fisiológico, que contribuem para contrações involuntárias, sem necessidade de esforço expulsivo pela mulher.

O terceiro estágio do trabalho de parto inicia-se após o nascimento e culmina com a expulsão da placenta. O útero contrai-se, promovendo a separação e o nascimento da placenta. A placenta normalmente nasce após 2 a 3 contrações uterinas, com uma duração mediana de cerca de 6 minutos (intervalo interquartil 4-10 minutos) após o nascimento, aumentando o risco de complicações quando o terceiro estágio se prolonga além dos 30 minutos (Hersh et al., 2023).

Estas contrações apresentam maior intensidade miometrial em relação às fases anteriores, auxiliando o destacamento da placenta da parede uterina, reduzindo o leito placentário e estrangendo o fluxo sanguíneo. Os sinais clássicos de separação placentária incluem contração e alteração do formato do fundo uterino (formação do globo de segurança de *Pinard*), exteriorização de sangue pela vagina e aumento do comprimento do cordão umbilical (Hersh et al., 2023). Nesta fase é preconizado mais consensualmente a gestão ativa do trabalho de parto com objetivo de prevenir a hemorragia pós-parto. O uso de

uterotónicos, sendo a ocitocina (10 UI, IV) o fármaco de primeira escolha. O clampeamento do cordão umbilical realizado não antes de um minuto após o nascimento e a tração controlada do cordão reduz perda sanguínea e da duração do terceiro estágio do trabalho de parto. A avaliação sistemática do tônus uterino no período pós-parto imediato são essenciais de forma a permitir a identificação precoce de situações de atonia uterina (WHO, 2018b).

Para além de um processo físico inevitável e singular, o trabalho de parto constitui um rito de passagem durante o qual se expressam valores, crenças e identidades culturais, aliado às experiências emocionais, espirituais, culturais e aos planos de vida da mulher onde esta é o centro do processo através do seu empoderamento.

No ocidente, o trabalho de parto tende a ser medicalizado, enquanto em várias culturas orientais predomina uma visão comunitária, espiritual e integradora. O parto é muito mais que um processo mecânico, mas como um processo psiconeuroendócrino, fisiológico e psicológico, espiritual no qual hormonas como a ocitocina reduzem dor e stresse, promovem o vínculo e o bem-estar materno e neonatal. A (O) EE-ESMO é reconhecido como a(o) profissional mais adequada(o) para o acompanhamento de partos de baixo risco, com melhores resultados e promovendo uma experiência positiva saudável e satisfatória para mulheres, bebés, famílias e os próprios profissionais (Olza et al., 2020).

O internamento e assistência da mulher em trabalho de parto de baixo risco podem ser realizados por EE-ESMO, que possuem autonomia nas suas intervenções e competência para identificar sinais de alerta e comunicar ao médico sendo reclassificado o trabalho de parto como de vigilância acrescida, se clinicamente indicado (DGS, 2023b).

Assim, como a todas as mulheres a quem tive o privilegio de cuidar, nos casos clínicos seguintes evidencio as competências comuns dos enfermeiros especialistas referidas no Regulamento n.º 140/2019 (OE,2019a) no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal melhoria contínua da qualidade dos cuidados gestão dos cuidados desenvolvimento das aprendizagens profissionais

e as competências específicas do EE-ESMO consideradas no Regulamento n.º 391/2019 (OE,2019b) no âmbito do cuidar a mulher durante o trabalho de parto, promovendo o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da mulher e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.

2.1.1. Caso clínico: “Um segundo parto, uma nova narrativa: da intervenção à humanização”

Da sombra que ficou na memória do silêncio, na segunda viagem, a escuta abriu janelas, acolheu no olhar e no toque contido e presente ela renasceu no próprio nascer, transformando a dor antiga em confiança, luz e sentido.

Laura (nome fictício), 32 anos, nacionalidade portuguesa, residente numa cidade a 10km da periferia do hospital, florista de profissão com negócio próprio, em união de facto com Hélder (nome fictício), camionista de profissão estando este ausente várias vezes do país. Encontra-se internada na sala de partos sem acompanhante, em fase ativa de trabalho de parto com estratégia farmacológica para alívio da dor por analgesia epidural e toca na campainha para comunicar que sentiu um “líquido estranho” (sic), a sair pela vagina.

Como história obstétrica Laura está grávida de 38 semanas e 2 dias, sendo esta a sua segunda gravidez, com história anterior de parto distócico por ventosa em 2019 de uma menina a Flôr (nome fictício) e encontra-se apreensiva com o desfecho do parto referindo “*não percebi o que aconteceu da outra vez... só vi gente há minha volta*” (sic). Laura foi acompanhada ao longo da gravidez em consultas na sua Unidade de Saúde Familiar com o seu médico de família, em consulta privada com médica obstétrica, e em consulta de gravidez de risco no hospital onde nos encontramos por diagnóstico de diabetes gestacional. Optou por não realizar preparação para o parto e parentalidade nesta gravidez. Vai ter uma menina chamada Cristina (nome fictício).

Laura é uma mulher saudável sem antecedentes clínicos de relevo, sem alergias medicamentosas ou outras, não teve internamentos hospitalares nos últimos 6 meses, não fuma, não ingere bebidas alcoólicas, nem usa drogas. Foi diagnosticada com diabetes gestacional nesta gravidez pelas 26 semanas, tendo sido controlada com regime alimentar instituído e acompanhada em consulta de nutrição no hospital associando prática de exercício físico fazendo caminhadas duas a três vezes por semana. Faz medicação Gestacare (suplemento vitamínico da gravidez) um comprimido dia de manhã. O seu grupo

sanguíneo (sistema ABO e fator RhD) é ABRh positivo e rastreio de *Streptococcus* do grupo B (SGB) negativo. Laura tem um sorriso leve no rosto, mas demonstra preocupação contida. A sua filha Flôr está com a sua mãe e Hélder em trabalho na Suíça.

A escolha deste caso clínico deveu-se pelo meu interesse pessoal devido a ser um trabalho de parto onde a mulher estava sem a sua pessoa significativa dado o contexto familiar. A escolha recaiu também neste caso pelo facto de ser uma mulher em trabalho de parto com patologia associada, neste caso a diabetes gestacional que proporcionou o aprofundar desta temática, bem como trabalhar e aprofundar o processo de lidar/aliviar a dor de trabalho de parto, uma vez que era uma mulher que já estava com estratégia farmacológica de alívio de dor de trabalho de parto instituída, mas que apresentava *nuances* de não conforto, sendo que me foi permitido explorar outras estratégias não farmacológicas para lidar com a dor, e outros processos inerentes do trabalho de parto, nomeadamente dimensão emocional e espiritual, fazendo assim ponte para a temática aprofundada na RNL neste relatório.

Através dos cuidados prestados, foi possível desenvolver e adquirir competências comuns dos enfermeiros especialista, explanadas no Regulamento n.º 140/2019 (OE,2019a), nomeadamente atuar com segurança, de forma ética conforme normas e princípios deontológicos, capacitar clientes promovendo a saúde e tomada de decisões informadas, conceber, gerir e supervisionar cuidados de alta qualidade, interpretar gerar e aplicar evidência científica para enriquecer a prática e inovar continuamente, promover ambientes seguros, respeitosos e colaborar eficazmente com a equipa multidisciplinar e ajustar recursos conforme as necessidades do utente e dos cuidados; e, desenvolver e adquirir competências específicas do EE-EESMO regulamentadas pela OE, Regulamento n.º 391/2019 (OE,2019b), no cuidar a mulher durante o trabalho de parto, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado, conceber planear implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher, promover a ligação mãe/recém-nascido, diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da

mulher e do recém-nascido, identificar e monitorizar trabalho de parto, conceber planejar implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizar as condições de saúde da mãe e do feto, aplicar as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica, assegurar a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina, providenciar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto, conceber planejar implementar e avaliar medidas de suporte emocional e psicológico à mulher em trabalho de parto e avaliar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas de reparação se necessário.

Com este caso clínico foi possível aprofundar conhecimento através de pesquisa científica de algumas temáticas, nomeadamente: diabetes gestacional, estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto, técnica de parto, analgesia epidural e significado dificultador: experiência de parto negativa.

Cuidei da Laura durante um turno de noite (21:00-8:30h) em novembro de 2024. Foi-me atribuída pelo meu tutor EE-ESMO a vigilância e a prestação de cuidados de uma mulher em fase ativa de trabalho de parto, chamada Laura, que se encontrava sozinha. O diagnóstico é Trabalho de parto: fase ativa. E as intervenções implementadas tiveram como objetivo facilitar o trabalho de parto com premissa de detetar precocemente sinais e sintomas de complicações se existirem, potenciar em Laura os sinais de saúde e superpoderes, e promover o lidar/aliviar a dor de trabalho de parto através de estratégias não farmacológicas e farmacológicas que sejam escolhidas e adaptadas a si.

Faço previamente consulta do processo clínico nomeadamente o partograma e em registo clínico da avaliação inicial da mulher está descrito como motivo de admissão trabalho de parto em grávida com diabetes gestacional com índice Obstétrico: 2G/1P (ventosa)¹³, e dados apresentados no Quadro 1.

¹³O índice obstétrico constitui uma forma padronizada de registo da história reprodutiva da mulher. Em Portugal, na prática clínica corrente o registo é feito sob forma Gesta/Para (número de gestações e partos de filhos vivos). A ACOG

Quadro 1. Evolução do trabalho de parto

Evolução de TP	Avaliação Clínica Inicial Hora: 0.43h	Avaliação por EE-EESMO Hora: 3.00h
Tensão Arterial	114/77mmhg	124/73mmhg
Frequência cardíaca Materna	98 bat/min	94 bat/min
Temperatura auricular		36,5 C
CTG	Frequencia Cardíaca fetal :139 bat/min Variabilidade normal Com acelerações Sem desacelarações Movimento fetal percebido Contração 2/3 em 10 min	Frequencia Cardíaca fetal :141 bat/min Variabilidade normal Com acelerações Sem desacelarações Movimento fetal percebido Contração 2 em 10 min
Exame vaginal	Colo Centrado e amolecido Dilatação cervical: 3cm Extinção 50% Apresentação cefálica	Colo Centrado e amolecido Dilatação cervical :7 cm Extinção 80 % Apresentação cefálica Variedade Occipital anterior esquerda
Dor (escala numérica)	7	7
Índice de Bishop	7	
Plano de Hodge	1o plano de Hodge	2º plano de Hodge
Membranas Amnióticas	Integras	Integras
Medicação	Paracetamol 1000mg IV	Ropivacaina 0,1mg- 7ml por cateter epidural

Fonte: autora

Segundo os PQCEESMO da OE, (2021) cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica reforçam a necessidade de uma monitorização sistemática e de registos completos do trabalho de parto, garantindo segurança clínica e comunicação interdisciplinar. Neste âmbito, em Portugal o partograma continua a constituir uma ferramenta válida de apoio ao registo da evolução do trabalho de parto, sendo que o partograma digital está em início de implementação onde se cruzam as vertentes do “partograma clássico” com as orientações do *Labor Care Guide* (WHO, 2020b). Neste documento consta a proposta de uma evolução do partograma clássico, que mantém a monitorização clínica essencial, mas amplia o foco para práticas que promovem uma

e a WHO recomendam o uso do acrónimo GTPAL (número de gestações, partos de termo, partos pré-termo, abortos e crianças vivas) (Vera, 2023; Lecturio, 2024).

experiência positiva de parto, e integra a filosofia do cuidado centrado na mulher, procurando equilibrar segurança clínica com a intervenção excessiva durante o trabalho de parto. É composto por sete seções de registo tais como: identificação e características do trabalho de parto na admissão, cuidados de apoio, cuidados ao recém-nascido, cuidados à mulher, progressão do trabalho de parto, medicação e tomada de decisão partilhada (WHO, 2020b).

Todos os dados presentes no Quadro 1 são válidos para avaliar a evolução do trabalho de parto e estão presentes no partograma. Os principais parâmetros incluem a evolução da dilatação cervical, descida da apresentação fetal, características das contrações uterinas, estado materno (pulso, tensão arterial, temperatura) e fetal (frequência cardíaca fetal), bem como as intervenções realizadas. O plano de Hodge é um sistema de referência obstétrica utilizado para descrever a descida da apresentação fetal, através da pelve materna durante o trabalho de parto. São descritos quatro planos de Hodge, o primeiro plano é delimitado pela borda superior do promontório correspondendo à entrada na pelve, o segundo plano refere-se da borda inferior da púbis ao meio da segunda vertebra do sacro, o terceiro plano delimita-se nas espinhas isquiáticas, e o quarto plano é traçado pela ponta do cóccix (Cardoso, 2023).

A primeira interação com a Laura: dirigi-me à sala de partos, onde me apresentei pelo nome e como estudante da especialidade em ESMO, e questiono Laura como se sente, ao que ela me responde dizendo que está assustada e ansiosa. Devolvo a comunicação perguntando-lhe como acha que lhe posso ser útil e ela refere que sentiu a saída de um líquido pela vagina e que ninguém lhe explica o que está a acontecer tal e qual como aconteceu no primeiro parto, no qual ninguém o fez e gostava de saber o que se passa para não acontecer o mesmo. Questiono ainda como se sente em relação ao alívio/gestão da dor e ela refere que não sente dor no momento. Explico a importância da avaliação do estado clínico, referindo a eventual necessidade de realizar um toque vaginal para avaliar a evolução do trabalho de parto para podermos conversar como estão a evoluir as coisas, ao que Laura, concede o seu consentimento para a avaliação.

O consentimento informado em saúde é um princípio ético, legal e clínico que garante que qualquer intervenção em saúde só pode ser realizada depois da pessoa ser devidamente informada e dar o seu acordo livre e esclarecido verbalmente por escrito ou tácito. É o processo através do qual a pessoa recebe informação clara, suficiente e adequada sobre o seu estado de saúde, o procedimento ou tratamento proposto, os benefícios esperados, os riscos e efeitos secundários possíveis, as alternativas existentes (incluindo a de não realizar intervenção). Após compreender estas informações, a pessoa decide aceitar ou recusar a intervenção. Como competência comum a todos os enfermeiros especialistas, o EE-ESMO deve assegurar práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e a responsabilidade profissional, assegurando o respeito pela mulher no direito de acesso à informação e fomentando o respeito da mulher à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados de saúde (OE, 2019a).

A avaliação da progressão do trabalho de parto através do exame vaginal continua a ser prática comum, embora a evidência atual não demonstre benefícios claros da sua realização rotineira. A revisão Cochrane mais recente (Moncrieff et al., 2022) conclui que não existe evidência robusta de que o exame vaginal regular contribua para melhorar os resultados maternos ou neonatais, salientando, pelo contrário, que podem estar associados a maior desconforto e aumento de intervenções desnecessárias. WHO (2018a) recomenda que, em partos de baixo risco, o exame vaginal seja realizado a cada 4 horas durante a fase ativa do primeiro estágio, não estabelecendo uma frequência fixa para a fase latente, em que a avaliação deve ser orientada por critérios clínicos e pelo bem-estar materno-fetal. As orientações da NICE(2023) reforça que, na fase latente, não se justifica a realização rotineira de exames vaginais, devendo estes ocorrer apenas perante necessidade clínica ou a pedido da mulher. Na fase ativa do primeiro estágio, recomenda igualmente a realização de exame vaginal a cada 4 horas, enquanto na segunda fase do trabalho de parto preconiza a sua realização a cada hora, ou sempre que clinicamente indicado, de modo a monitorizar a progressão da descida fetal e garantir a segurança materno-fetal. NICE e WHO sublinham que a execução dos

exames vaginais deve ser criteriosa e respeitar o consentimento informado, valorizando o conforto da mulher grávida e promovendo uma experiência positiva de parto, em conformidade com os princípios de humanização dos cuidados.

Realizei do exame vaginal, mas previamente avalei o abdómem de Laura pelas manobras de Leopold e outros dados cujos dados apresento no Quadro 2.

Quadro 2. Avaliação comparativa de trabalho de parto

Evolução de TP	Avaliação AE-EESMO Hora: 4.15
Tensão Arterial	109/69mmhg
Frequência cardíaca Materna	92 bat/min
Temperatura auricular	36,2 C
CTG	Frequencia Cardíaca fetal :146 bat/min Variabilidade normal Com acelerações Sem desacelerações Movimento fetal percebido Contração 1 em 10 min
Exame vaginal	Colo Centrado e amolecido Dilatação cervical: 8 cm Extinção 100% Apresentação cefálica bem apoiada Variedade: Não consegui avaliar Líquido amniótico normal
Dor (escala numérica)	2
Plano de Hodge	2º plano
Membranas Amnióticas	Rutura Espontânea (Líquido claro, sem odor)
Glicemia Capilar	88 mg/dl
Medicação	Soro polielectrolítico com glicose IV 125ml Hora

Fonte: autora

Comuniquei a Laura os achados clínicos, dizendo que a evolução do trabalho de parto era a expectável para a fase que se encontrava indicando sinais de saúde positivos dela e do feto, utilizando linguagem clara e acessível, de forma a promover a sua compreensão sobre o processo em curso, valorizando a sua autonomia e participação ativa nas decisões sobre o seu parto. Observei que muitas vezes desviou o olhar e dizia que queria que lhe dissesse tudo mesmo não sendo bom para não ser “*apanhada de surpresa*” (sic).

Estes dados apontam para o diagnóstico Ansiedade, já que Laura demonstra preocupação relativamente ao desconhecido da evolução do trabalho de parto,

tendo em conta a experiência prévia do último parto e refere não querer estar sozinha. A manifestação da ansiedade é verbal e física com tensão muscular e dificuldade em relaxar mesmo com a dor controlada. Face a esta necessidade em cuidados, defini como critérios de resultado: Que Laura demonstre redução dos sinais de ansiedade e sinta segurança, confiança e acompanhamento durante o trabalho de parto favorecendo a sua progressão.

Para promover a autogestão da ansiedade, estabeleci uma relação terapêutica e comunicação empática com Laura, validando os seus receios, dando tempo aos seus silêncios e incentivando a expressão de emoções e expectativas; proporcionei um espaço para que Laura pudesse expressar os seus receios relativamente à experiência anterior, reforçando a importância da escuta ativa se ela o desejasse; proporcionei informação clara e continua esclarecendo os sinais de progressão de trabalho de parto; elogiei Laura durante todo o processo e reforcei o seu empoderamento como sendo capaz de lidar com todo o processo, trabalhando sempre na criação de um ambiente de confiança e de tranquilidade.

Laura não tinha um plano de parto escrito, mas previamente o meu tutor EE-ESMO na altura da admissão já tinha abordado procedimentos que eram adotados no serviço, como liberdade de movimentos, corte do cordão umbilical não imediato, contacto pele com pele. As luzes da sala estavam ligadas e o monitor de televisão também, explorei com Laura se lhe fazia sentido baixar a intensidade luminosa do espaço e colocar uma música que gostasse. Responde-me que quer manter a luz como está por se sentir mais segura e não quer música. Questiona se pode levantar-se da cama porque se sente cansada de estar na mesma posição.

Watson (2008) refere que o Cuidar deve considerar a história de vida da pessoa, as suas crenças, experiências prévias e significados atribuídos à saúde/doença. Segundo Størksen et al. (2013), o impacto subjetivo da experiência anterior de parto é mais determinante para o desenvolvimento do significado atribuído ao parto do que a ocorrência de complicações obstétricas objetivas. O impacto

subjetivo refere-se à forma como a mulher vive e interpreta o parto, e não apenas ao que objetivamente aconteceu do ponto de vista clínico podendo ser uma experiência subjetiva negativa que pode surgir mesmo em partos clinicamente sem intercorrências, caso a mulher tenha sentido pânico, solidão, falta de informação, violentada, perda de controlo ou desrespeito; ou, este impacto pode ser sentido como uma experiência subjetiva positiva mesmo após um parto por cesariana de emergência, laceração grave, mas se a mulher sentiu que foi ouvida, informada, apoiada e respeitada. Esta premissa reforça a necessidade de cuidados centrados na mulher, informação clara e apoio emocional durante o parto, para prevenir consequências psicológicas negativas em gravidezes futuras (PQCEESMO, 2021)¹⁴.

De facto, assegurar um ambiente de confiança e tranquilidade, presença contínua e suporte emocional, garantindo que não se sente só e proporcionar informação clara, adequada e contínua sobre a evolução do trabalho de parto são medidas universais que contribuem para uma experiência de parto positiva.

Laura estava com soroterapia por cateter venoso periférico, instituída devido à diabetes gestacional como protocolo e com monitorização contínua por CTG. WHO (2018a) refere que a administração de fluidos intravenoso não deve ser realizada de forma rotineira durante o trabalho de parto, sublinhando que o acesso venoso periférico deve ser estabelecido apenas quando exista uma indicação clínica clara nomeadamente em situações de risco acrescido como a diabetes gestacional ou a analgesia loco regional sendo uma medida de segurança materna importante, permitindo uma intervenção rápida em caso de complicações metabólicas ou hemodinâmicas, em consonância com as recomendações internacionais de boas práticas. Este é o caso de Laura.

¹⁴ A reformulação de experiências de parto anteriores não deve ocorrer durante o trabalho de parto, dado que este é um período de grande vulnerabilidade física e emocional. Nesse momento, a prioridade é reduzir estímulos e proporcionar um ambiente calmo e seguro. O contexto ideal para trabalhar a resinificação é na fase pré-natal, através da preparação para o parto e de consultas individualizadas, ou na fase pós-parto, prevenindo assim ansiedade e trauma em partos subsequentes (Cardoso et al., 2023).

A Laura desenvolveu diabetes gestacional o que acarretou vigilância acrescida durante o seu trabalho de parto. A diabetes gestacional é fator de risco para diversas complicações maternas nomeadamente, infeções maternas, doenças hipertensivas da gravidez, risco de parto pré-termo, descolamento prematuro da placenta normalmente inserida, hemorragia pós-parto por atonia uterina; e fetais tais como anomalias congénitas, abortamento, hidrâmnios, risco de parto pré-termo, macrosomia fetal, risco acrescido para distocia de ombros, restrição do crescimento fetal, hipoglicemia neonatal, policitemia, hipoglicemia neonatal, hiperbilirrubinemia, síndrome de dificuldade respiratória por Imaturidade pulmonar e hipocalcemia (Teixeira, 2023). Face à sua condição clínica, foi aplicado o protocolo do serviço (ANEXO 1), com perfusão de soro polielectrolítico com glucose a 125 ml, consoante os valores resultantes da pesquisa de glicemia. Para assegurar a adesão, foi explicado o protocolo à Laura.

De acordo com as recomendações *Fetal Monitoring in Labour* (NICE, 2022), o CTG contínuo deve ser estabelecido em trabalho de parto quando existe fatores de risco maternos antenatais, entre os quais se incluem cesariana prévia, patologia hipertensiva, suspeita de corioamnionite e diabetes pré-existente ou gestacional e fatores intraparto, nomeadamente a administração de analgesia loco-regional. No caso da diabetes gestacional a monitorização contínua deve-se sobretudo pelo maior risco de macrosomia fetal, alterações metabólicas fetais (hipoglicemia neonatal, acidose intraparto) e risco de sofrimento fetal intraparto (Teixeira, 2023). No caso da analgesia loco-regional, a justificação prende-se com a possibilidade de hipotensão materna súbita e consequente redução da perfusão uteroplacentária após o bloqueio simpático, podendo repercutir-se no bem-estar fetal (NICE, 2022; WHO, 2018c). O CTG é um exame complementar de diagnóstico não invasivo e tem como objetivo a avaliação do bem-estar fetal. Pode ser CTG contínuo ou auscultação/CTG intermitente e a escolha deve atender ao perfil de risco materno-fetal (Alfirevic et al., 2017). Consiste num registo gráfico da frequência cardíaca fetal, contrações uterinas e movimentos fetais, permitindo avaliar a resposta fetal às contrações uterinas.

Ao longo do trabalho de parto, o traçado cardiotocográfico manteve-se normal de acordo com a classificação da *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO), isto é, a linha basal entre os 110 e os 160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, sem desacelerações repetitivas (Ayres-de-Campos et al., 2015)

Após ter auxiliado Laura a levantar-se, e termos testado a força muscular e postural das pernas, sugeri, caso lhe fizesse sentido, ir à casa de banho para urinar, tendo em conta que podia estar com diminuição da perceção de vontade de urinar pelo efeito da analgesia epidural, ao qual acedeu. Quando regressou, questionou-me se poderia colocar música como eu tinha falado e permanecer algum tempo em pé. Avaliei o seu conforto, nomeadamente o nível de dor e a capacidade para lidar com a dor, tendo esta referido sentir-se bem, embora com uma ligeira “*tensão no fundo das costas*” (sic). Torna-se importante nesta fase trabalhar o diagnóstico de lidar com a dor do trabalho de parto, introduzindo intervenções com objetivo de melhorar a capacidade de Laura em lidar com a dor de trabalho de parto utilizando estratégias não farmacológicas, promovendo a sua confiança, segurança e autonomia de modo que refira redução da perceção de dor associada ao trabalho de parto e participa ativamente nas decisões sobre o seu conforto e posicionamento. Laura escolheu uma *playlist* de música brasileira calma no *Spotify*, que conectei na coluna de som através de *bluetooth*. Deambulou pelo quarto lentamente. De acordo com o que me referiu da tensão/pressão no fundo das costas sugeri que apoiasse as mãos na cama inclinando a zona pélvica para trás, realizando pequenos movimentos de balanço ao som da música, potenciando assim a mobilidade pélvica e favorecendo a descida fetal. Perguntei também se queria associar esse movimento à aplicação de um saco de sementes aquecidas com gotas de lavanda angustifolia. Laura aceitou as propostas, demonstrando envolvimento ativo nas estratégias não farmacológicas para lidar com dor e promoção do bem-estar durante o trabalho de parto. Apenas repetia que não queria ficar sozinha. Perguntei novamente se desejava reduzir a intensidade da luz, mas Laura não quis, e assegurei-lhe presença e suporte contínuo garantindo que não ficava sozinha.

A experiência de dor durante o trabalho de parto tem um significado profundo e distinto de outras formas de dor e para cada mulher esse significado é singular e pode manifestar-se de diferentes formas, quer verbalmente, quer não verbalmente. Esta variabilidade na expressão da dor e de lidar com a dor de trabalho de parto está associada a uma interação entre fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais e crenças individuais e espirituais (Whitburn et al., 2019). A dor de trabalho de parto é definida como uma dor aguda, subjetiva e multidimensional, mas inerente ao processo fisiológico do trabalho de parto, resultante dos estímulos sensoriais gerados, principalmente, pelas contrações uterinas (Cardoso, 2023). Neste processo a mulher vai recorrer aos seus recursos internos como a autoconfiança, a preparação, a autoeficácia, e beneficiar dos seus recursos externos como o apoio contínuo num ambiente favorável. A existência, ou não, destes recursos internos e externos vai traduzir-se numa resposta individual e única da mulher no uso de estratégias farmacológicas para alívio da dor e/ou no uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor. Esta resposta deve ser respeitada, auxiliada e não avaliada numa perspetiva simples de maior ou menor capacidade de lidar com a dor do trabalho de parto.

Analgesia epidural é um método farmacológico de alívio da dor no trabalho de parto e é uma técnica de anestesia regional que consiste na administração de anestésicos locais, isoladamente ou em combinação com opióides, no espaço epidural da coluna vertebral, com o objetivo de bloquear os impulsos nervosos sensoriais e motores das raízes espinhais. Através da colocação de um cateter epidural, é possível ajustar e manter a analgesia de forma contínua ou em bolus conforme as necessidades clínicas. Na obstetrícia, esta técnica é amplamente utilizada durante o trabalho de parto com segurança e proporciona um alívio eficaz da dor, permitindo que a mulher se mantenha consciente e ativa, contudo podem ocorrer efeitos adversos como hipotensão materna, febre intraparto, prolongamento do segundo estágio do trabalho de parto e aumento da necessidade de parto instrumental (Cardoso, 2023.). A analgesia epidural está associada a diminuição da sensação vesical e maior risco de retenção urinária intraparto e no pós-parto imediato pelo bloqueio parcialmente as fibras

sensoriais sacrais (S2-S4) e, por isso, recomenda-se vigilância de retenção urinária de 4/4h (NICE, 2023).

Segundo Kearns et al. (2023), num estudo de coorte realizado na Escócia, que incluiu 567.216 partos, verificou-se que a utilização de analgesia epidural durante o trabalho de parto esteve associada a uma redução de 35% no risco de morbilidade materna grave em todas as mulheres, nomeadamente hemorragia obstétrica grave (com necessidade de transfusão massiva, histerectomia ou embolização), sepsis/septicemia materna, eclâmpsia e pré-eclâmpsia grave, falência ou disfunção orgânica grave (renal, cardíaca, hepática, respiratória) e admissão em cuidados intensivos.

Este efeito foi ainda mais expressivo em grupos de maior vulnerabilidade, observando-se uma redução de 50% do risco em mulheres com fatores de risco pré-definidos como comorbilidades na gravidez e partos pré-termo. Estes resultados sustentam a prática clínica de recomendar a analgesia epidural em mulheres com risco acrescido garantindo uma vigilância adequada da mãe e do feto, equilibrando os benefícios no controlo da dor com os potenciais riscos associados (Kearns et al., 2023).

As estratégias não farmacológicas para lidar com a dor são várias, nomeadamente, respiração, música, *mindfulness*, massagem, toque terapêutico, vocalização, aplicação frio ou calor, imersão em água ou uso de água no chuveiro, uso de bola de pilates, aparelho de estimulação elétrica nervosa (T.E.N.S), acupressão, projeção de realidade virtual, liberdade de movimentos e posições verticalizadas, reforço positivo, acompanhamento contínuo de pessoa significativa e apoio contínuo por EE-ESMO. Estas estratégias são seguras e são não-invasivas, podendo reduzir a necessidade de estratégias farmacológicas. A evidência demonstra que estas estratégias, sendo aplicadas isoladas, têm benefícios limitados. Contudo, quando usadas em conjunto contribuem para maior satisfação materna, sensação de controlo e bem-estar (Jones et al., 2012; Smith et al., 2018).

As diretrizes internacionais reforçam e recomendam a analgesia epidural como opção válida de alívio da dor para mulheres que a solicitem, devendo a decisão respeitar as preferências da mulher e integrar-se numa abordagem multimodal com técnicas não farmacológicas e, quando apropriado, opioides. A escolha destas estratégias deve ser sempre uma decisão partilhada, apoiando a mulher na escolha das intervenções que considera mais adequadas à sua experiência de parto (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2024; NICE, 2023; WHO, 2018a).

A utilização do calor como método não farmacológico para lidar com a dor de trabalho de parto encontra suporte na Teoria do *Gate Control* de Melzack e Wall (1965), que explica que a estimulação de fibras nervosas de maior calibre, desencadeada por estímulos térmicos, inibe a transmissão dos sinais dolorosos pelas fibras de menor calibre, reduzindo a percepção da dor a nível central. Além disso, o calor induz vasodilatação, melhora a perfusão uterina, promove relaxamento e a libertação de endorfinas, reduz adrenalina e favorece a libertação de ocitocina diminuindo a ansiedade materna e favorecendo o progresso do trabalho de parto.

Goswami et al. (2022) demonstraram que a aplicação de calor durante a primeira fase do trabalho de parto reduziu significativamente a intensidade da dor, encurtou em média 50 minutos a sua duração e não apresentou efeitos adversos para a mãe ou para o feto, reforçando a segurança e eficácia desta intervenção.

A aromaterapia é a aplicação de óleos essenciais e podem ser utilizados como massagem da pele da mulher, num banho quente, difundidos no ar por difusor ou colocados na pele. Promove a diminuição de dor e a ansiedade durante o trabalho de parto, através da estimulação do sistema límbico e da libertação de serotonina e endorfinas com diminuição do cortisol (Cardoso, 2023). A aromaterapia com lavanda angustifolia tem sido utilizada estratégia não farmacológica durante trabalho de parto, com evidência de redução da dor e da ansiedade, sobretudo quando administrada por inalação ou massagem com

diluição adequada. Segundo a meta-análise de Kazeminia et al. (2020), que integrou 13 estudos, o uso de lavanda angustifolia durante o trabalho de parto reduz significativamente a dor. A recomendação NICE (2023) não aconselha a oferta proactiva de aromaterapia na fase latente de trabalho de parto, mas apoia o uso quando solicitado pela mulher, no âmbito de cuidados centrados na pessoa. O uso desta estratégia deve ser com prévio conhecimento de atuação pela (o) EE-ESMO.

A música calma e tranquilizadora promove o relaxamento durante as fases iniciais de trabalho de parto. Ela torna-se um foco de atenção muito eficaz, dado que funciona como um meio de distração que não elimina a dor, mas provoca um estímulo agradável, desviando a atenção da parturiente quando sente a dor (Oliveira e Silva et al., 2013). A música, como método não farmacológico, influencia a rede cerebral responsável pela experiência emocional através do sistema límbico, promovendo a libertação de endorfinas e a redução de cortisol, com impacto na pressão arterial e no ritmo respiratório, tendo potencial impacto na perceção da intensidade da dor de trabalho de parto.

A deambulação, a adoção de posições verticais, os movimentos de rotação da pelve e a mudança frequente de posição durante o trabalho de parto constituem recursos amplamente reconhecidos pelo seu impacto positivo na evolução do trabalho de parto. Estes métodos permitem reduzir a dor, favorecer a descida e a rotação fetal devido ao aumento do espaço pélvico, potenciar a eficácia das contrações uterinas e, consequentemente, contribuir para a diminuição da duração do trabalho de parto. A utilização da verticalidade e do movimento aproveita os efeitos da gravidade, promovendo um melhor encaixe da apresentação fetal e aumentando o conforto da parturiente (Oliveira e Silva et al., 2013). Por isso, a Laura foi encorajada a movimentar-se livremente e a adotar posições, preferencialmente verticais, nas quais se sentia mais confortável. A deambulação, a verticalidade e a mudança de posição favorece o conforto, a autonomia e a experiência positiva de parto (WHO, 2018a; NICE, 2023).

A Laura permaneceu 25 minutos em posição vertical, entre deambulação e apoiada na cama e realizando movimentos circulares lentos da pelve ao som da música que escolhera. Laura começou a verbalizar uma nova sensação não identificada por ela como dor, mas sim como uma pressão intensa na região vaginal. A sensação de pressão vaginal é uma percepção subjetiva frequentemente descrita pelas mulheres como peso ou vontade de evacuar, e corresponde a um sinal clínico da transição para o segundo estágio do trabalho de parto. Este fenómeno está associado à descida da apresentação fetal, que comprime o pavimento pélvico, a vagina e o reto, ativando o reflexo de Ferguson, responsável pela libertação pulsátil de ocitocina e pelo desencadear do impulso expulsivo involuntário (Uvnäs-Moberg et al., 2024).

Suspeitei de que o período expulsivo se estava a aproximar. O diagnóstico de enfermagem mantém-se (trabalho de parto), mas a fase do trabalho de parto modifica-se (fase expulsiva) e por isso as intervenções a implementar precisam ser ajustadas e os objetivos também. Agora pretende-se: determinar a evolução do trabalho de parto e o bem-estar fetal, facilitar o trabalho de parto/nascimento, promover o autocontrolo: lidar com o trabalho de parto, prevenir laceração do períneo e promover dequitudura. E se as intervenções a implementar forem efetivas, será possível: detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante trabalho de parto e do bem-estar fetal; que período expulsivo decorra sem intercorrências e Laura não apresente trauma perineal e tenha um parto eutócico sem complicações na terceira fase de trabalho de parto e uma experiência empoderadora e positiva de trabalho de parto

Refere que se quer deitar. Diante desta manifestação, sugeri elevar ligeiramente a cabeceira da cama para maior conforto, ao que ela acedeu de imediato e automaticamente, procurou instintivamente o decúbito lateral esquerdo, posição que lhe pareceu trazer alívio e segurança.

A posição lateral esquerda durante o trabalho de parto apresenta benefícios maternos e fetais, ao melhorar o retorno venoso e a perfusão uteroplacentária, reduzindo o risco de hipotensão e favorecendo a oxigenação fetal. Além disso,

é frequentemente percebida pela mulher como uma posição confortável, que alivia a pressão vaginal e perineal e mantém o cóccix livre, podendo facilitar a descida e rotação da apresentação fetal, favorece o relaxamento dos músculos do pavimento pélvico. É uma posição fisiológica que pode reduzir a necessidade de episiotomia e a ocorrência de lacerações graves, comparada com as posições horizontais (Huang et al., 2025)

Poucos instantes depois, iniciou esforços expulsivos de forma espontânea.

Garanti um ambiente calmo, tranquilo e confortável e assistir no posicionar (garanti segurança e conforto com ajuste da cama e apoio de almofadas). À medida que os esforços expulsivos iam acontecendo, em tom suave, incentivei a Laura a escutar o seu corpo e adotar a posição que se sentisse mais confortável. Continuei a avaliar evolução do trabalho de parto, nomeadamente a avaliar sinais de saúde materno-fetais, como a dor (Laura referia dor controlada, respiração ritmada, mantendo expressão facial tranquila e cooperação durante as contrações), contratilidade uterina (3 a 4 contrações em 10 minutos, com duração de 40 a 60 segundos e intensidade moderada a forte), tecido perineal (apresentava-se íntegro, elástico e bem distensível, sem sinais de edema ou resistência à progressão cefálica), e estado fetal pela avaliação de de traçado cardiotocográfico tranquilizador.

Quando iniciou o coroamento, implementei a intervenção “Executar técnica de parto”, implementando medidas de proteção do períneo¹⁵, verificando a existência de circular cervical do cordão umbilical, facilitar a saída dos ombros, o anterior auxiliado por tração suave no sentido descendente, e o posterior por movimento ascendente, e a expulsão completa do corpo. O processo evoluiu naturalmente e a Cristina nasceu às 6:01h, num momento marcado pela

¹⁵ As medidas ativas de proteção do períneo, como o suporte manual, massagem perineal e a aplicação de compressas mornas, visam controlar a saída da apresentação fetal e reduzir o risco de lacerações graves. A manobra de Ritgen modificada, que consiste em aplicar contrapressão no períneo com a mão dominante enquanto se exerce pressão ascendente sobre o queixo fetal através do períneo posterior, e sustentar o occipito do feto com a mão não dominante, permite controlar a deflexão da cabeça, favorecendo um nascimento mais lento e dirigido. Apesar de amplamente utilizada, a evidência recente recomenda que estas intervenções sejam adaptadas à situação clínica e às preferências da mulher, dado que a liberdade de posição e a técnica *hands-off* também apresentam benefícios (Cardoso et al., 2023; WHO, 2018a).

tranquilidade e protagonismo da Laura. Iniciou contacto pele com pele de imediato¹⁶, após secar com lençóis aquecidos, de forma a prevenir as perdas de calor e remover as secreções da boca e nariz com compressa.

A Cristina apresentou Apgar 9/9/10, refletindo uma ótima adaptação à vida extrauterina e pesava 2,950 kg. Cristina ficou em contacto pele com pele com Laura. Laura atribuiu-me o privilégio do corte do cordão umbilical passados 2 minutos e 30 segundos, quando deixou de pulsar¹⁷.

A adaptação à vida extrauterina resulta da integração de múltiplos estímulos fisiológicos e ambientais que desencadeiam uma cascata de respostas coordenadas. O clampeamento do cordão e a consequente queda da PO₂, associados ao aumento de CO₂ e à descarga de catecolaminas, funcionam como gatilhos centrais para o início da respiração espontânea. A expansão alveolar com absorção do fluido pulmonar e a produção adequada de surfactante permitem a manutenção da capacidade residual funcional, enquanto a redistribuição hemodinâmica leva ao fecho funcional das circulações fetais e à perfusão pulmonar eficaz. Em paralelo, a ativação metabólica pela mobilização de glicogénio e pela termogénese exclusivamente química assegura a homeostase térmica e glicémica (Chakkarapani et al., 2024). A estes mecanismos endógenos somam-se fatores externos, como o contacto pele com pele, o clampeamento do cordão umbilical entre 1 e 3 minutos e o início da amamentação, que potenciam a estabilidade cardiorrespiratória, a imunidade e a ligação mãe-filho, promovendo uma adaptação harmoniosa para a vida extrauterina (WHO, 2017).

A expulsão espontânea da placenta dá-se pelas 6:10h por mecanismo de Duncan. Houve gestão ativa do terceiro estadio do trabalho de parto¹⁸,

¹⁶ A implementação do contacto pele com pele imediato e contínuo entre mãe e recém-nascido na primeira hora após o nascimento, promove a termorregulação, estabilização cardiorrespiratória, início precoce da amamentação e fortalecimento do vínculo mãe-bebé (NICE, 2023; WHO, 2018a).

¹⁷ A clampagem do cordão umbilical entre 1 e 3 minutos após o nascimento, favorece a expansão do volume sanguíneo neonatal, aumentar as reservas de ferro e reduz o risco de anemia infantil, devendo a clampagem imediato ser reservado apenas a situações de necessidade de reanimação neonatal (NICE, 2023; WHO, 2018a).

¹⁸ A gestão ativa do 3.º estágio do parto consiste em intervenções planeadas para facilitar a expulsão da placenta, aumentando as contrações uterinas e para prevenir a hemorragia pós-parto primária ao evitar a atonia uterina. Os

administração de uterotónico. Após a expulsão completa da placenta e membranas procedeu-se à sua inspeção (face materna e face fetal), incluindo o cordão umbilical (artérias e veia), com objetivo de verificar a sua integridade ou anomalias, estando sem alterações.

Foi realizada a inspeção do períneo e do canal vaginal. A zona vaginal após o parto apresenta uma laceração de 1.º grau, sem necessidade de correção cirúrgica, o canal vaginal não apresenta alterações. Realizados cuidados de higiene perineal.

componentes habituais incluem administração de agentes uterotómicos (ocitocina 10 UI IM ou IV), tração controlada do cordão umbilical (Manobra de Brandt-Andrews) após sinais de descolamento da placenta (sinal de Krustner, pressão suave no bordo superior da sínfise púbica se cordão não se mover ou não for tracionada para dentro da vagina a placenta já descolou, acompanhado por perda de sangue pela vagina), e manobra de Dublin (torção suave da placenta até exteriorização completa das membranas) e observação da formação do globo de segurança de Pinard (WHO, 2018b).

2.1.2. Caso clínico: “Experiência de Parto Humanizada: Entre a presença subtil e a autonomia da Mulher”

Com as mãos em respeito e com a escuta dos sentidos, quando as palavras descansaram, a pele e o olhar tornaram-se linguagem. Acompanhámos o que já era dela, um parto sonhado, vivido, cumprido, protegido e um nascimento elevado à dimensão do sagrado.

Anna (nome fictício) 36 anos, nacionalidade ucraniana, residente há três anos numa cidade à beira-mar a 30km do hospital, dirige-se ao serviço de urgência de OG com o seu companheiro Raphael (nome fictício) pelas 2.43m por perda de líquido vaginal claro ocorrido em sua casa pela 1.30m e por contrações uterinas de intensidade crescente. Comunicam em língua inglesa.

Como história obstétrica Anna apresenta atualmente uma gestação de 39 semanas e 6 dias sendo esta a sua terceira gravidez, com história anterior de partos eutócicos em 2019 e 2023, pelo que tem expectativa de ser um parto igualmente eutócico. Anna e Raphael foram acompanhados ao longo da gravidez em dois hospitais privados e no hospital público onde se encontram no momento. Raphael insiste logo no nosso primeiro contato, que o plano de parto que realizaram seja tido em consideração, tendo em conta que não sentiram abertura para ele inclusive no próprio hospital na consulta de plano de parto que já tinham realizado previamente. Durante esta gravidez, decidiram não realizar sessões de preparação para o parto e parentalidade por opção.

Anna é uma mulher saudável sem antecedentes clínicos de relevo, sem alergias medicamentosas ou outras, não teve internamentos hospitalares nos últimos 6 meses. Sem alergias medicamentosas ou outras e faz medicação, Folyoben (ácido fólico, cianocobalamina, iodeto de potássio) um comprimido dia de manhã e Fisiogen (ferro e vitamina C) uma saqueta dia de manhã. O seu grupo sanguíneo (sistema ABO e fator RhD) é Orh positivo e o rastreio do SGB desconhecido, uma vez que não quis fazer na última consulta.

A escolha deste caso clínico deveu-se ao facto de ter sido um acompanhamento integral do trabalho de parto, desde o momento de admissão na valência de urgência do SOG, passando para a sala de no BP e até a transferência para a

valência de internamento de Obstétrica e Ginecologia. Desta forma foi assegurado uma continuidade de cuidados defendida pela WHO (2018a) que refere que todas as mulheres têm direito a assistência contínua durante o trabalho de parto. Através dos cuidados prestados, foi possível desenvolver e adquirir competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, explanadas no Regulamento n.º 140/2019 (OE,2019a), promovendo práticas que respeitem segurança privacidade e dignidade dos utentes, avaliar e melhorar continuamente a qualidade das práticas clínicas, promover ambientes físicos, psicossociais, culturais e espirituais seguros e protetores e otimizar o trabalho em equipa, ajustando recursos às necessidades de cuidados existentes; e desenvolver adquirir competências específicas do EE-ESMO no cuidar a mulher em trabalho de parto relativo a promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto, identificar e monitorizar trabalho de parto, atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado, conceber planejar implementar e avaliar intervenções de promoção proteção e apoio à amamentação, conceber planejar implementar e avaliar medidas de suporte emocional e psicológico à mulher em trabalho de parto incluindo pessoa significativa, otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina e diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido, como reiterado no Regulamento n.º 392/2019 (OE,2019b) e já referido no caso anterior.

Outro motivo de escolha foi por ter sido uma experiência totalmente diferente dentro das minhas experiências no bloco de partos, pela sua expressão fisiológica, intensidade e simplicidade, marcado por práticas pouco intervencionistas, valorizando o protagonismo da mulher, promovendo um ambiente íntimo e seguro como desejado por ela e pelo seu companheiro, onde me senti a ser levada como protetora desse lugar muito pelo silêncio e a minha presença discreta apenas estando, deixando a natureza atuar e intervindo apenas se for necessário. Foi um aprendizado clínico muito integrativo para mim e satisfatório por ter sido uma experiência positiva para esta família.

Com este caso clínico foi possível aprofundar conhecimento através de pesquisa científica de alguns termos como: parto *hands off*, estratégias para lidar com autocontrolo durante o trabalho de parto, plano de parto e o seu verdadeiro significado e multidimensão do parto onde me foi permitido contactar com a dinâmica espiritual do parto podendo inferir alguns conceitos com a RNL proposta neste relatório.

Cuidei de Anna durante um turno de noite (21:00-8:30h) em fevereiro de 2025.

Na chegada o casal é acolhido por mim, identifico-me pelo nome e como sendo estudante de especialidade de ESMO e encaminho-os para a sala de admissão de enfermagem, especificamente para a marquesa com CTG telemétrico junto da janela. Anna revela um ar aparentemente assustado¹⁹ evidenciado pelo rosto fechado e encontra-se apoiada, no companheiro quase como forma de se esconder e de não estar em contacto comigo. Inicio o processo de identificação e a recolha de dados, comunicando com ambos em inglês e Anna continua a não falar comigo. Fala diretamente com Raphael em língua ucraniana e ele transmite-me as suas respostas. Raphael aparenta um ar seguro e sereno.

Para Meleis (2010) a relação terapêutica de enfermagem é a interação intencional e de apoio entre enfermeira(o) e pessoa/família, com o objetivo de facilitar transições saudáveis. A(o) enfermeiro atua como facilitador, ao avaliar os padrões de transição (pessoais, comunitários, sociais), ao identificar vulnerabilidades (medos, falta de informação, riscos), ao promover a consciencialização (ajuda a pessoa a compreender a mudança), e reforça competências e recursos, suportando emocionalmente e acompanhando no processo de adaptação. Esta relação terapêutica fundada na comunicação é uma aliança que ajuda a pessoa/família a integrar mudanças e alcançar bem-estar através de crescimento pessoal e resultados de saúde positivos.

¹⁹ Todas as mulheres têm direito a receber cuidados de ESMO acessíveis, respeitosos, dignos, não discriminatórios independentemente da sua origem e cultura e religião. A mulher tem direito à sua privacidade, liberdade de expressão e escolha informada (FIGO, 2021; WHO 2018a).

Devido ao crescente fluxo de migrações cada vez mais existem situações em que a comunicação terapêutica é dificultada por barreiras linguísticas, culturais ou pelo receio de julgamento. Para isso a(o) enfermeira(o) deve adotar estratégias facilitadoras que promovam confiança, respeito mútuo, centradas na pessoa e com cuidados ajustados às necessidades e preferências da pessoa (Kwame & Petrucka 2021). Estas estratégias devem por parte da(o) enfermeira(o) demonstrar a sua “abertura ao mundo” trazendo que a compreensão da língua e cultura influencia a forma como a pessoa expressa as suas necessidades, emoções, crenças e dor; atuando pela humildade cultural em vez de assumir que já conhecemos, perguntar com respeito *“Como prefere que eu me dirija a si? Há algo que é importante para si neste momento?”*; utilizando o uso de linguagem simples e clara, evitando termos técnicos; promovendo a comunicação não-verbal através do contacto visual (quando culturalmente apropriado), da postura aberta, sorriso empático, toque terapêutico se aceite; demonstrando a ausência de julgamento validando sentimentos *“Entendo que possa sentir-se desconfortável a falar sobre isto. Estou aqui para a ouvir e apoiar, sem julgamentos”* e preservando a confidencialidade e respeito explicando que tudo o que é partilhado é protegido pelo sigilo profissional.

A utilização de intérpretes profissionais qualificados, quando a barreira linguística é significativa, pode reduzir erros clínicos, aumentar a segurança e melhorar os resultados em saúde, não sendo recomendado como regra geral familiares, especialmente crianças menores que 18 anos, pelo risco de enviesamento, omissão de informação, violação da privacidade ou mesmo pressão emocional (Squires (2017).

A WHO (2018a) recomenda a presença de uma pessoa significativa, escolhida pela mulher, durante o trabalho de parto, como elemento essencial para cuidados respeitosos e de qualidade. No contexto do parto, o marido ou companheiro pode, por escolha da mulher, assumir esse papel de acompanhante significativo, sendo a sua presença recomendada e assumindo um valor protetor, emocional e cultural, favorecendo a confiança, diminuindo

a ansiedade e promovendo a experiência positiva do parto. Nestas situações de barreira linguística, a presença do acompanhante pode funcionar como mediador linguístico (não sendo esse o seu papel fulcral) e de conforto. Nestes casos, é possível recorrer ao companheiro para traduzir expressões simples e transmitir necessidades imediatas da mulher, desde que se mantenha o esforço da(o) EE-ESMO em dirigir sempre a comunicação primeiro à mulher, reforçando que o vínculo terapêutico primário é com ela. Estratégias práticas incluem a comunicação não-verbal (expressão facial, contacto visual, gestos, toque terapêutico, se aceite) e a repetição confirmatória onde a(o) EE-ESMO dirige-se à mulher, o acompanhante traduz, mas a resposta é validada diretamente pela(o) EE-ESMO com a parturiente através de acenos. Assim se cumpre os princípios da humanização do parto e da relação terapêutica de enfermagem, valorizando a comunicação centrada na pessoa, mesmo em contextos de diversidade cultural e linguística (Gaspar et al., 2020; Kwame & Petrucka, 2021; Squires, 2017).

Muitas mulheres manifestam querer estar acompanhadas por marido/companheiro, familiares, membros da comunidade ou amigos. Valorizam a presença de alguém significativo ajudando-as a sentirem-se fortes, confiantes e protegidas. O acompanhante de parto pode colmatar lacunas de comunicação durante o parto, como já referido acima, expressar os desejos da mulher junto dos profissionais e agir como defensores em seu nome testemunhando e salvaguardando abusos ou negligência. Podem facilitar estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto, incentivando a mobilidade, oferecendo uma massagem ou simplesmente dar a mão apoiando emocionalmente com uso de palavras encorajadoras e tranquilas, para além da presença física continua.

No artigo *Every woman's right to a companion of choice during childbirth* da WHO (2020a) refere que a presença de acompanhantes durante o trabalho de parto melhora os resultados maternos e perinatais, incluindo a otimização do processo fisiológico do trabalho de parto e benefícios clínicos significativos, como menor duração do trabalho de parto, maior taxa de partos vaginais

espontâneos, redução de cesarianas e do uso de analgesia intraparto, e maior satisfação com a experiência de parto. As mulheres também relataram menos medo e sofrimento durante o trabalho de parto.

Para os bebés, o apoio contínuo do acompanhante associa-se a menor probabilidade de apresentar Apgar baixo aos 5 minutos, e não existe evidência de efeitos adversos associados à presença de acompanhantes exceto a referência destes de alguma pressão, sobrecarga e ansiedade aliada ao processo (WHO,2020b)

Desta forma, cuidei do Raphael, promovendo uma experiência positiva como pessoa significativa/acompanhante durante o trabalho de parto de Anna, com o objetivo de potenciar a sua vivência, fortalecer a sua confiança e competência no apoio a Anna. Pretendia fazê-lo sentir-se como parte do processo integral da experiência de parto, não só como acompanhante, mas como homem e pai que está a presenciar o parto da sua mulher e o nascimento do seu filho. As intervenções desenvolvidas, sendo eficazes, seriam capazes de promover a demonstração de comportamentos de suporte (presença contínua, contacto afetivo e estratégias de conforto) por parte de Raphael em relação a Anna, e a expressão de confiança e satisfação de Raphael em todo o processo.

Neste sentido, as intervenções incidiram em orientar o Raphael sobre a evolução do trabalho de parto e formas de apoiar a Anna. A todo o momento, procurei validar a importância da sua presença proporcionando abertura para a expressão dos seus sentimentos e fomentando dos gestos de apoio para com Ana; reforçar comportamentos positivos de suporte para com Anna (palavra, toque, incentivo); facilitar a comunicação entre equipa multidisciplinar, respeitando aspetos culturais/linguísticos e continuamente elogiar Raphael valorizando o seu papel como recurso terapêutico no parto.

Abordo Anna no sentido de realizar CTG, como é procedimento habitual na admissão, e ela afasta-me com a mão.

A auscultação intermitente da frequência cardíaca fetal é um método de vigilância da vitalidade fetal durante a qual a frequência cardíaca fetal é avaliada em intervalos regulares em vez de monitorização contínua. Pode ser realizada com um estetoscópio de Pinard ou com Doppler portátil.

Em trabalhos de parto de baixo risco, a monitorização intermitente é recomendada por favorecer a mobilidade, as posições fisiológicas e um ambiente menos medicalizado, mantendo vigilância adequada sem aumento de eventos adversos perinatais. Pelo contrário, em situações de maior risco materno fetal, como já referido acima, auxilia a deteção precoce de padrões sugestivos de hipoxia (Alfirevic et al., 2017; NICE, 2022; WHO, 2018a).

No estudo de Alfirevic et al. (2017) é referido que a auscultação da frequência cardíaca fetal intermitente é segura em gestações de baixo risco, não se verificando diferenças significativas na mortalidade perinatal nem na incidência de paralisia cerebral quando comparada com a monitorização contínua. Além disso, está associada a menores taxas de intervenções obstétricas, traduzindo-se numa redução do número de cesarianas e partos instrumentados, bem como numa maior probabilidade de trabalhos de parto fisiológicos e experiências de parto mais positivas.

De acordo com a *Fetal Monitoring in Labour* (NICE, 2022) a auscultação da frequência cardíaca fetal intermitente na primeira fase do trabalho de parto deve ser realizada imediatamente após uma contração durante pelo menos um minuto, repetida pelo menos uma vez a cada quinze minutos, e registada no partograma. Também devem ser registadas acelerações e desacelerações, se forem identificadas, procurando relacionar com a contração palpada. A frequência cardíaca materna deve ser avaliada de hora a hora, ou mais frequentemente se houver preocupações, para garantir a diferenciação entre os batimentos cardíacos maternos e fetais.

Na segunda fase do trabalho de parto, pode realizar-se a auscultação intermitente imediatamente após uma contração durante pelo menos um minuto, repetida pelo menos uma vez a cada cinco minutos, e registar como

uma frequência única no partograma. A avaliação simultânea da frequência cardíaca materna deve ser realizada para diferenciar entre os batimentos cardíacos maternos e fetais. Se houver preocupações quanto à diferenciação entre as duas frequências cardíacas deve ser considerado mudar o método de monitorização da frequência cardíaca fetal.

Se, durante a auscultação intermitente, for identificada uma elevação da frequência cardíaca fetal de 20 batimentos por minuto ou mais desde o início do trabalho de parto como registado no partograma, ou se for ouvida uma desaceleração deve ser realizado auscultação intermitente com maior frequência (por exemplo, após 3 contrações consecutivas) e efetuar uma avaliação clínica completa, tendo em conta o quadro clínico global.

Notoriamente, Anna apresenta dor pela sua expressão corporal nomeadamente localizando a dor na zona abdominal e aquando da contração esta adota uma postura em direção ao chão²⁰, de agachamento, não querendo qualquer tipo de contato físico, ou apoio a não ser de Leo. A sua respiração está ofegante e apresenta sudorese.

O trabalho de parto é uma experiência biopsicossocial e espiritual que envolve uma transição progressiva do predomínio neocortical (racional, vigilante) para um estado mais límbico/instintivo, no qual emoções intensas, medo, recusa de toque, hipersensibilidade a estímulos ou dúvida podem emergir como parte da adaptação neuro-hormonal que facilita o avanço do parto. A inibição relativa do neocórtex favorece a “dança hormonal” do parto (ocitocina, beta-endorfinas, catecolaminas e prolactina), reduzindo défices de progresso e

²⁰ A dor intensa no trabalho de parto pode levar a uma maior tensão muscular, especialmente na região lombar e abdominal, levando muitas mulheres a adotar posturas específicas, como curvar-se para a frente, agachar-se ou apoiar-se em superfícies e pessoas, sendo respostas autonómicas do sistema nervoso simpático e estratégias instintivas de aliviar o desconforto e facilitar o progresso do parto. Estas posturas refletem estratégias espontâneas de autorregulação da dor. Além disso, a dor pode originar alterações no padrão respiratório, com respirações mais rápidas e superficiais, bem como manifestações autonómicas decorrentes da ativação do sistema nervoso simpático, como aumento da frequência cardíaca, elevação da tensão arterial e sudorese. Estes sinais não-verbais constituem indicadores clínicos relevantes que permitem reconhecer e interpretar a experiência dolorosa mesmo na ausência de verbalização explícita da parturiente (Resende, 2013; Whitburn et al., 2019).

promovendo segurança fisiológica e ligação imediata mãe-bebé (Odent, 2019; Buckley, 2009)

Na fase latente do trabalho de parto, a mulher demonstra hipervigilância, associada à atividade neocortical devido à atuação do cortisol e adrenalina, com necessidade de controlo do ambiente. Já na fase ativa de trabalho de parto, muitas mulheres entram num estado de imersão resultando da ativação límbica cerebral, reflexo do aumento da ocitocina, procurando menos contacto verbal e físico e preferem posições espontâneas e mostram respostas emocionais flutuantes dependendo do contexto do ambiente de parto. Na fase final de dilatação a mulher fica física e verbalmente ativa e pode surgir medo intenso, dúvida (“não consigo”), resultado do aumento de catecolaminas nesta fase onde pode existir pedido de analgesia súbito, náuseas e hipersensibilidade ao toque. Esta fase expulsiva convida a mulher a render-se ao processo e confiar no seu corpo. Num ambiente de confiança, protetor e com poucos estímulos promove-se a inibição cortical algumas mulheres apresentam padrões expulsivos reflexo sem comando voluntário num estado de forte concentração interna, como num estado alterado de consciência (Buckley, 2015; Cardoso et al., 2023 Olza et al., 2018; Olza et al., 2020; Walter, Abele & Plappert, 2021).

No trabalho de parto existe uma dança antagónica subtil entre sistemas neuroendócrinos, parassimpático e simpático, as hormonas ocitocina e adrenalina comandam a evolução do trabalho de parto. A ocitocina que é um neuropeptídeo fulcral em diversos comportamentos sociais humanos, incluindo trabalho de parto, parto, pós-parto e amamentação. É produzida no hipotálamo, nos núcleos supraóptico e paraventricular, e é libertada em pulsos na neuro-hipófise, estimula as contrações uterinas, promove a descida fetal e está associada a sensações de confiança, calma e vínculo, atua também no cérebro materno como neuromodulador de prazer, analgesia e segurança. Por sua vez o stresse excessivo, falta de privacidade, falta de segurança, ruído e intervenções, ativam o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, promovendo a resposta “luta ou fuga” produzindo adrenalina e noradrenalina, libertadas em situações de stresse, ameaça, provocando vasoconstrição uterina e

redirecionando o fluxo sanguíneo para músculos e coração, reduzindo a eficácia das contrações e atrasando a progressão do trabalho de parto (Walter et al., 2021)

Falamos sobre o plano de parto que construíram, onde Raphael mantém-se o porta-voz de Anna, lendo um documento feito com frases que estava no seu telemóvel.

O plano de parto na sua essência é um facilitador da experiência de parto é muito mais do que um documento escrito, é uma ferramenta que visa promover o cuidado humanizado e individualizado, alinhando a assistência prestada com a melhor prática baseada em evidência científica traduzindo a expressão da voz, dos sonhos e da identidade da mulher que se prepara para ser mãe, integrando corpo, mente e vínculos afetivos e dimensão espiritual. O plano de parto é um instrumento facilitador do diálogo entre mulher, pessoa significativa e EE-ESMO que honra a autonomia da mulher, os seus valores e o seu direito a viver o momento de parto como experiência única, segura e profundamente humana e integrativa. Muito mais que uma lista de preferências é um guia promotor da consciencialização do processo de parto e de uma transição saudável e positiva para a maternidade onde a análise em conjunto com a EE-ESMO permite abordar expectativas, integrar experiência e promover consciencialização dos processos de saúde.

Segundo Cardoso et, al (2023), no Guia Orientador de Boas Práticas: Preparação para o Parto, o plano de parto é um plano que explicita as preferências da mulher grávida/casal de modo a ser partilhado com os outros. O plano de parto exige que cada decisão seja baseada em informação fidedigna, da análise dos prós e dos contras para uma ponderada análise das consequências. É construído ao longo da gravidez e pode ter várias versões. Pode ser escrito ou não. Pode ter uma estrutura ou ser uma folha em branco onde a verdade imperiosa da vontade informada e construída da mulher é o mote principal.

Raphael refere que tiveram na Consulta de Plano de Parto na Instituição e trazem consigo consentimentos prévios informados e assinados, nomeadamente

autorização de indução de trabalho de parto, se necessário, e assistência ao parto eutócico, cesariana e distócico por ventosa bem como autorização para a necessidade de realização de episiotomia, se necessário. Não autorizam o parto instrumentado com fórceps e autorizam a profilaxia peri-parto para prevenção de infecção neonatal SGB B²¹,²² que é desconhecido.

Em relação à gestão da dor do trabalho de parto, Anna não quer medicação para o efeito nomeadamente analgesia epidural, passando a ser alvo dos meus cuidados trabalhar o processo de Anna em lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas com o objetivo de aumentar o conhecimento e capacidade do seu uso, estimulando a autonomia e participação ativa de Anna no processo de tomada de decisão sobre a gestão da dor de trabalho de parto e fomentando nesta o sentimento de apoio, respeito, confiança no seu corpo e nas suas escolhas e empoderando o autocontrolo do sua dor.

As intervenções implementadas incluíram a avaliação contínua da perceção de dor; a criação de um ambiente tranquilo, seguro e privativo com os toques e desejos pessoais de Anna e Raphael; com iluminação suave; com a participação ativa de Raphael enquanto elemento de suporte emocional; promovendo oportunidade de escolhas para Anna, reforçando positivamente essas escolhas e elogiando o seu autocontrolo de forma constante, reconhecendo a singularidade da sua experiência e valorizando a sua autonomia.

Sendo bem sucedidas estas intervenções demonstrariam crescente capacidade de lidar com a dor do trabalho de parto por parte de Anna, mantendo expressão

²¹ O SGB coloniza assintomaticamente o aparelho genital e gastrointestinal em 10-30% das mulheres grávidas. Este agente é uma causa importante de morbimortalidade perinatal. A transmissão vertical é durante o trabalho de parto e pode originar sepsis, pneumonia ou meningite no recém-nascido, na primeira semana de vida. Os fatores de risco são colonização da vagina e ânus, bacteriúria por SGB na gravidez atual, história anterior de recém-nascido com infecção invasiva por SGB, febre intraparto, RPM, parto pré-termo, e grávidas com idade inferior a 20 anos (Montenegro, Rodrigues, Ramalho, & Ayres de Campos, 2014).

²² De acordo com a Norma DGS n.º 037/2011 (“Exames laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco”), ainda em vigor em Portugal, o rastreio do SGB, deve ser realizado a todas as mulheres grávidas entre as 35 e 37 semanas, através da colheita de uma amostra única externa da vagina e anorretal. Não é necessário rastreio as mulheres grávidas a quem foi isolado SGB na urina durante a gestação em curso, nem naquelas com história anterior de recém-nascido com sepsis neonatal. Estas mulheres grávidas têm indicação para profilaxia intraparto bem como todas a quem for detetado SGB através da colheita.

facial tranquila e controlo respiratório durante as contrações; demonstração de confiança e sensação de apoio ao utilizar eficazmente as estratégias não farmacológicas e participando ativamente nas decisões sobre o seu conforto. A manutenção dos parâmetros materno-fetais (sinais vitais, aparência geral e comportamento, eficácia da contractilidade uterina, integridade do tecido perineal, controlo da dor materna e CTG tranquilizador) mantem-se estáveis, num ambiente que seria facilitador de uma vivência positiva e respeitadora da experiência de trabalho de parto.

A dor é considerada uma experiência subjetiva e pessoal. A sua perceção corresponde a uma experiência multidimensional, diversificando-se na intensidade sensorial, sendo afetada por variáveis afetivas e motivacionais. No entanto a remoção completa da dor não significa necessariamente uma experiência de parto mais satisfatória, pelo que o controlo eficaz da dor necessita ser ajustado de forma individual (Sequeira et al., 2020). O desafio atual acerca da dor de trabalho de parto é mudar de paradigma. Ajudar a mulher a reformular o significado atribuído à dor de trabalho de parto, já que esta é produtiva e tem um propósito e que guia o corpo no fazer nascer o seu filho, em vez de a interpretar a dor como algo ameaçador à sua integridade. Esta compreensão reduz a necessidade de intervenções para o alívio da dor (Cardoso et al., 2023)

Anna quer liberdade de movimentos e posições, contacto pele com pele e fazer amamentação na primeira hora de vida.

As posições durante o trabalho de parto podem ser influenciadas por muitos fatores, incluindo o contexto e ambiente, a escolha da mulher e “muitas vezes” preferência dos profissionais ou a necessidade de intervenção médica.

A recomendação atual é que a mulher adote as posições que preferir e que sinta como mais confortável, no primeiro e segundo estágio do trabalho de parto. A promoção da mobilidade e a adoção de posições mais verticalizadas foi sempre um objetivo. Aliado a este objetivo está o evitar decúbito dorsal prolongado, dado o seu potencial de compromisso hemodinâmico e uteroplacentário,

nomeadamente diminuição da pressão arterial por compressão da veia cava e aorta, reduzindo do fluxo sanguíneo placentário (NICE, 2023; WHO, 2018a).

A revisão sistemática Cochrane, desenvolvida por Gupta et al. (2017), veio evidenciar que em mulheres sem epidural, a adoção de posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto associa-se a uma menor duração do período expulsivo, redução de episiotomias e menor necessidade de partos instrumentalizados, quando comparada com posições de decúbito dorsal. O estudo identificou um maior risco de hemorragia pós-parto e aumento das lacerações de 2.º grau, contudo os estudos eram de nível evidência baixo. Muitas mulheres reportaram maior conforto e controlo em posições verticais, o que valida a necessidade de respeitar a sua escolha e autonomia durante o processo de trabalho de parto, e parto.

Trazem consigo vitamina K oral, não autorizando a administração de vitamina K intramuscular²³. Referem também não querer que o seu recém-nascido, Noah (nome fictício) seja vacinado. Segundo registos anteriores em diário de enfermagem, na consulta de plano de parto no hospital onde se encontram está descrito que o plano de parto terá sido “recusado” noutras instituições por informação dos próprios.

Explico que vamos passar para o gabinete médico para avaliação e Anna mantém-se em processo de lidar com a dor do trabalho de parto, ampara-se em mim e diz-me em inglês que só quer estar parada. Acompanho-a durante a avaliação realizada pela médica obstetra de serviço e Anna apresenta resistência em se deitar na marquesa ginecológica por dor devido às contrações uterinas, e pede-me que fique com ela, aceno-lhe com a cabeça positivamente (Rhapael falava com outra médica obstetra de serviço presente na sala sobre

²³ A administração da vitamina K, nomeadamente a fitonadiona, é essencial nos recém-nascidos para prevenir a doença hemorrágica do recém-nascido, uma condição potencialmente grave que pode causar hemorragias internas, incluindo cerebrais. A administração por via intramuscular é sustentada até 12 semanas e evita problemas de absorção intestinal, comuns em bebés e é suficiente em uma dose única ao contrário da via oral que requer várias doses e depende da adesão dos pais, podendo haver esquecimento de doses e a prevenção é menos eficaz na prevenção da forma tardia da Doença Hemorrágica do recém-nascido. A dose recomendada intramuscular é 1mg de Vit K para recém-nascidos com peso» a 1500 g nas primeiras 6 horas de vida, e a dose oral é de 2mg ao nascimento, seguido de 2mg entre os 4 e 7 dias e mais uma toma de 2mg pela quarta semana (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2022).

todo o processo até aqui). Após avaliação cervical, apresentando colo com 3cm de dilatação, com início de extinção 20%, numa posição posterior e amolecido. A apresentação fetal é cefálica, no primeiro plano de Hodge. O índice de Bishop pontuava 5. Após exame vaginal observou-se exteriorização de líquido amniótico claro, sem cheiro sem presença de sangue. . A frequência das contrações uterinas é de três em dez minutos e duração aproximadamente 50 segundos.

A médica obstetra de serviço quis abordar temáticas do plano de parto, nomeadamente a recusa da Vitamina K IM e a administração de vacinas articulação com o Pediatra devido á opção de vitamina K oral e a não administração de vacinas sendo contactado o médico pediatra de serviço.

Anna mantém-se por períodos de silêncio e alerta mostrando sinais de clara conexão com o seu trabalho de parto como se não existisse ninguém ao seu redor e sugiro, tendo em conta que Anna já está confortável com a minha presença, levá-la para a sala de partos, enquanto Raphael fica a terminar os restantes aspetos burocráticos relativamente ao internamento. Anna aceita. Fica admitida por trabalho de parto, fase latente, em mulher com idade avançada^{24, 25}.

Em Portugal, a Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 001/2023 (DGS,2023a) estabelece que todas as mulheres devem ser avaliadas relativamente ao risco gestacional durante todo o processo de gravidez sendo importante para a prevenção e controlo atempado de complicações. A avaliação do risco

²⁴ Segundo o ACOG, a idade materna avançada é definida como mulheres com 35 anos ou mais na data estimada do parto. Esse limite foi estabelecido com base em evidências de declínio da fertilidade e no aumento dos riscos de anomalias genéticas em gestações acima dessa idade. Estudos recentes, como o FASTER (First- and Second-Trimester Evaluation of Risk) e o NBDPS (National Birth Defects Prevention Study), confirmaram uma associação significativa entre anomalias cromossómicas e malformações congénitas em crianças nascidas de mulheres com mais de 35 anos (ACOG, 2022). Além disso, condições médicas crónicas como diabetes, hipertensão e obesidade, mais prevalentes nesta faixa etária, podem exacerbar a morbimortalidade materna e perinatal (ACOG, 2022; Ratiu et al., 2023).

²⁵ No estudo retrospectivo de Ratiu et al. (2023), realizado entre 2014 e 2018, foram analisados 8.523 partos únicos, comparando dois grupos: Grupo 1 - 7.819 mulheres com idade inferior a 40 anos e Grupo 2 - 704 mulheres com idade igual ou superior a 40 anos. No grupo 1 verificou-se maior utilização de analgesia epidural, mais partos espontâneos e maior número de lacerações perineais de segundo grau. No grupo 2 observou-se uma maior taxa de cesarianas, maior incidência de placenta retida e de vasculopatias uteroplacentárias, menor tempo de trabalho de parto, nomeadamente no período expulsivo, e maior número de lacerações vaginais de primeiro grau. Não foram encontradas diferenças entre os grupos relativamente à hemorragia pós-parto, ao descolamento prematuro da placenta nem nos parâmetros neonatais (pH do cordão, excesso de bases e índice de Apgar). Apesar de o número de mulheres com idade materna avançada corresponder apenas a 8,3% da amostra, a dimensão do grupo permitiu comparações estatisticamente válidas.

contempla aspetos demográficos, culturais, socioeconómicos, exames laboratoriais e imagiológicos. A idade materna menor que 17 anos e maior que 40 é considerada fator de risco acrescido (DGS, 2023a).

O diagnóstico de enfermagem é Trabalho de parto: fase latente. As intervenções implementadas tiveram como objetivo facilitar o trabalho de parto de forma fisiológica respeitando as decisões de Anna, e promover o lidar com a dor de trabalho de parto, como já referido anteriormente, potenciando o uso de estratégias não farmacológicas por parte de Anna no sentido de alcançar a experiência de parto por si desejada.

Acompanho Anna à sala de partos. Ela prontamente deita-se na cama em posição fetal. Questiono-lhe se está confortável com a roupa que está, ou se quer trocar e ela não me responde. Entretanto chega Raphael e transmito-lhe que lhe perguntei sobre a roupa. Peço-lhe a primeira roupa para o Noah para colocar a aquecer. Comunicam em língua ucraniana e Anna vai à casa de banho veste uma camisa sua, voltando para a cama ficando mesma posição. Mantém-se pouco comunicativa verbalmente e quando quer dizer-me algo aponta. Tendo em conta o foco de lidar com a dor de trabalho de parto e que no plano de parto não existe referência a estratégias não farmacológicas específicas, opto por sugerir a diminuição da luz branca, de modo a promover um ambiente escurecido e o uso de luz *snozelen* vermelha²⁶, com intenção de favorecer relaxamento e concentração e o saco de sementes aquecidas para colocar na zona lombar para alívio da dor e aumento da sensação de conforto, que a Anna aceitou. Sugiro ainda utilização de bola de pilates que recusou, através de gesto manifestando que quer estar na cama. Fala com Raphael, e Raphael pergunta-me se pode utilizar a coluna de música, afirmo que sim, colocam uma gravação com mantras aparentemente em língua ucraniana e assisto-os na criação do seu

²⁶ A utilização de luzes suaves e cores quentes em salas de parto contribui para criar uma atmosfera de acolhimento, promovendo relaxamento e confiança, elementos essenciais para favorecer a fisiologia do trabalho de parto (Balabanoff, 2023). Pelo contrário, luzes brancas intensas ou azuladas revelam-se desfavoráveis, uma vez que reduzem a produção de melatonina e potenciam estados de vigilância e stress. Esta evidência é reforçada pela revisão sistemática de Siraji et al. (2022) que analisou 59 estudos e concluiu que tanto a exposição a luz branca de elevada intensidade como a luz dominante em comprimentos de onda curtos (azul) induzem alerta e ativação cognitiva. Assim, enquanto a luz branca/azulada favorece estados de alerta, que podem ser úteis noutros contextos, no parto esse efeito é contraproducente, pois pode inibir a ocitocina e dificultar a progressão fisiológica.

ambiente calmo respeitando a sua autonomia mantendo a minha presença discreta e silenciosa.

Apercebo-me que aquando da contração Anna evoca o mantra e utiliza a sua própria técnica de respiração²⁷ mostrando a combinação eficaz para o lidar com a dor do seu trabalho de parto.

O conhecimento e a prática de técnicas respiratórias, em particular a respiração abdominal/ diafragmática (padrão respiratório profundo em que durante a inspiração o abdómen expande-se e sobe, na expiração, o abdómen retrai-se suavemente e desce), podem favorecer o relaxamento autonómico, a modulação da dor e a sensação de controlo a primeira fase de trabalho de parto. Contudo, quando a mulher não aprendeu técnicas formais, a ligação ao seu próprio padrão respiratório espontâneo também é benéfica, e as evidências disponíveis não demonstram superioridade consistente do treino pré-natal de técnicas de respiração sobre o cuidado habitual em desfechos maternos e neonatais (Leutenegger et al., 2022). Em coerência, as diretrizes recomendam apoiar a escolha da mulher e o uso de técnicas de respiração e relaxamento conforme as suas preferências (NICE, 2023; WHO, 2018a), reconhecendo que a respiração, treinada ou intuitiva, pode integrar um conjunto de intervenções não farmacológicas úteis no alívio da dor.

Segundo os PQCEESMO (OE, 2021), manter um ambiente acolhedor no parto é um padrão essencial de qualidade porque contribui para a segurança, humanização e eficácia dos cuidados, reforça a autonomia e dignidade da mulher, melhora os resultados clínicos e promove uma experiência positiva de parto para a mãe, recém-nascido e a família. Proporcionar este espaço de privacidade, intimidade e respeito inclui iluminação, temperatura, sons,

²⁷ Respirar coloca o corpo em harmonia. Por ser algo simples pode ser um pouco desvalorizado, mas a respiração é “um superpoder” da mulher onde cada inspiração liberta endorfinas e bem-estar, e cada expiração solta a tensão e o que já fez sua função. Como refere Cardoso et al. (2023), no guia orientador de boas práticas para a preparação para o parto da OE, as técnicas de respiração fazem parte das estratégias não farmacológicas para a mulher lidar com a dor do trabalho de parto, e têm como objetivo desviar a atenção da dor, bloquear ou diminuir a receção e processamento da informação pela cognição, reduzindo a ansiedade, potenciando o relaxamento, estimulando a libertação de endorfinas como já referido, e por consequente aliviar a dor. Ao utilizar a concentração na respiração são ativados processos mentais que fazem as sensações do parto parecerem menos desagradáveis.

presença de pessoa significativa escolhida pela mulher, promoção de uma relação terapêutica com a(o) EE-ESMO baseada na confiança, onde a mulher se sente escutada e validada e minimizar os estímulos desnecessários e favorecendo o processo fisiológico do parto. Para além disso, facilita a libertação endógena de ocitocina, essencial para a progressão fisiológica do trabalho de parto e para o vínculo mãe-filho.

Questiono a Anna se posso avaliar a tensão arterial e colocar o CTG telemétrico e realizar palpação abdominal (Manobras de Leopold) e se posso proceder à colocação de cateter venoso periférico para administração de antibiótico profilático conforme prescrição (Ampicilina) para profilaxia de infeção neonatal por SGB desconhecido²⁸, acena com a cabeça que sim. Sugiro a Raphael que se acomode junto de Anna oferecendo presença física, toque, palavras de encorajamento promovendo o suporte emocional e reforçando o seu papel ativo de presença no processo, e ele deita-se na cama junto a ela. Informo que estarei entre a sala e a central de enfermagem no sentido de deixar os dois no seu ambiente seguro e acolhedor.

Após o término removo a perfusão de “Ampicilina” e volto a perguntar a Anna como está a lidar com o seu trabalho de parto e ela não me responde verbalmente, mas mantém-se serena e tranquila na mesma posição fetal respirando e invocando os seus mantras. Aproveito e explico a Raphael que tem os panos suspensos que Anna pode usar se quiser. Partilho a informação de que a equipa médica nos comunicou a vontade de fazerem vitamina K oral e colocome á disposição para esclarecimento sobre o efeito oral/intramuscular e ele refere saber. Analisei os sinais de bem-estar fetal com o traçado CTG que apresentava um padrão tranquilizador (FCF: 141 bpm; Variabilidade: entre 5 e

²⁸ A profilaxia para SGB é realizada por via IV, e inicia-se no momento de admissão por trabalho de parto, ou rutura prematura de membranas (RPM) e termina no momento do parto na laqueação do cordão. Existe evidência de proteção após duas horas da primeira administração IV. O esquema terapêutico é Ampicilina 2 gramas IV como dose inicial e 1 grama IV de 4/4 horas até ao parto, ou Penicilina G 5 milhões U IV dose inicial e 2.5 milhões U IV de 4/4 horas até ao parto. Caso exista alergia à penicilina pode ser realizada Cefazolina 2 gramas IV dose inicial e 1 grama de 8/8 horas até ao parto (Montenegro et al., 2014).

25 bpm, acelerações: presentes, desacelerações: ausentes o Contrações: 2 em 10 minutos; Movimentos fetais: presentes).

Continuei numa postura pouco interventiva e silenciosa transmitindo segurança e suporte implícito e promovendo um ambiente terapêutico privado, calmo, sem ruído de acordo com as preferências de Anna, segura de que todos os dados colhidos eram tranquilizadores e indicadores de uma evolução favorável de trabalho de parto e tendo por base que a relação terapêutica e atitude da EE-ESMO é parte integrante dos cuidados.

Anna refere necessidade de ir ao quarto de banho indo na companhia de Raphael. No regresso manifesta uma pressão a nível perineal e vem diretamente para o leito. Sou chamada por Raphael pergunto a Anna se me permite que a auxilie a posicionar-se para ficar confortável e ela valida que sim. Visivelmente, o feto estava a coroar. Mantendo o diagnóstico de enfermagem: Trabalho de parto, agora já na fase ativa no período expulsivo. O foco dos meus cuidados centra-se em garantir a progressão fisiológica e segura do período expulsivo, promovendo o conforto, a confiança e o autocontrolo de Anna, assegurando simultaneamente a vigilância da vitalidade materno-fetal e a integridade do períneo. As intervenções implementadas incidiram na orientação de Anna para seguir o seu reflexo expulsivo espontâneo, evitando esforços dirigidos e respeitando o ritmo natural do seu corpo; o incentivo à manutenção da posição fisiológica, que favoreceu o encaixe fetal e o conforto; e a proteção perineal suave, de modo a prevenir lacerações.

Fica semissentada em lateral esquerdo usando auxílio dos panos suspensos²⁹. Entra neste momento a minha tutora EE-ESMO mantendo-se um ambiente calmo e tranquilo reforçando o sentimento de segurança e promovendo e a libertação endógena de ocitocina, essencial à progressão fisiológica do parto.

²⁹ O uso de panos suspensos como apoio ergonómico auxilia a manter uma posição vertical/semi-vertical (pendente, agachada ou semissentada), favorecendo o alinhamento pélvico, o aproveitamento da gravidade e a autonomia da mulher (Cardoso,2023)

Assisto no parto de Anna, sendo esta uma intervenção especializada e uma prática de elevada competência no âmbito da ESMO, caracterizada pela abordagem “*hands off*” ou “*hands poised*” que implica uma presença clínica ativa, mas não intrusiva, onde o toque ou a manipulação direta da mulher em período expulsivo é evitado sempre que não seja clinicamente necessário. A (o) EE-ESMO não coloca as mãos no períneo nem na cabeça no bebé durante a coroação e a saída, limitando-se a observar, orientar a respiração e estar pronta/o para intervir se necessário. Distingue-se do *hands-on*, em que uma mão sustém a cabeça fetal para controlar a velocidade da saída e a outra dá suporte manual ao períneo reduzindo trauma perineal. Inclui também o uso compressas mornas, massagem perineal^{30, 31}.

A WHO (2018a) refere-se à atitude “*hands off*” durante o parto, cujo objetivo é respeitar ao máximo a fisiologia do parto, mantendo o ambiente seguro e controlado, permitindo que o processo aconteça de forma espontânea com mínimo de intervenção vaginal/perineal. Esta atitude tem por base a confiança na mulher, no seu corpo, no seu instinto e no seu espírito que quando respeitada e validada consegue conduzir o parto sem intervenções externas nomeadamente proteção ativa do períneo, sem comandos sobre esforços expulsivos, escolhendo a posição que se sente capaz. A presença contínua de sermos expetadores do milagre da vida não significa ausência de assistência, mas respeito pela fisiologia.

Noah nasce pelas 4.13h numa madrugada serena de fevereiro, um menino de 4kg com índice de APGAR 10/10/10. Anna apresentou com períneo íntegro após a cuidadosa inspeção do canal vaginal.

³⁰ Em termos de evidência e orientação formal da WHO (2018a) a intervenção *hands-on* ou *hands off/poised* deve ser individualizada tendo em conta o contexto da mulher, o ambiente e a experiência da equipa de cuidados. A comparação direta *hands-on* vs. *hands-off/poised* tem resultados incertos como referido por Aasheim et al. (2017), na atitude *Hands off/poised* existe menos tendência a episiotomia, na *Hands-on* redução dor no pós-parto imediato, não evidência clara de superioridade de *hands-on* ou *hands-off/poised* para prevenir laceração perineal de terceiro o quarto grau.

³¹ Dwan et al., (2024) reforça incerteza na comparação direta *hands-on* vs *hands-poised/off* e mantém a indicação que a melhor prática é o uso compressas mornas (e em alguns contextos massagem) na redução de trauma perineal, sobretudo lacerações graves.

Após nascimento o Noah foi colocado em cima do abdómen de Anna ficando em contacto pele com pele contínuo em ambiente térmico controlado e calmo, aguardando o deixar de pulsar do cordão umbilical. O foco da minha atenção passou a ser o terceiro estadió do trabalho de parto adotando uma gestão fisiológica/expectante, onde as minhas intervenções se focaram na conclusão desta fase de forma fisiológica e segura, preservando a experiência positiva de parto com prevenção de hemorragia pós-parto. Desta forma os resultados esperados seriam o controlo de hemorragia, o tónus uterino adequado, sem atonia; a manutenção estável dos sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória) e o controlo de dor.

Foi favorecido que o cordão umbilical deixasse de pulsar (após 4 minutos) tendo sido cortado por Anna. Dois minutos após deu-se dequitação da placenta por mecanismo de Schultz, sendo efetuada a sua inspeção. A perda sanguínea foi moderada sem presença de coágulos. O útero apresentava-se bem contraído, isto é, com formação do globo de Pinard³². Não foi administrado ocitocina após dequitação

Anna colocou Noah na sua mama quando desejou, promovendo-se os benefícios da primeira mamada na primeira hora de vida. Noah inicialmente não evidenciou prontidão para mamar o que preocupou Anna no início. Foi trabalhada com Anna e Raphael (auxiliando-me na tradução) a promoção do conhecimento de Anna sobre o processo de lactação, reforçando a sua autoconfiança, compreensão da fisiologia da amamentação e capacidade para reconhecer comportamentos normais do recém-nascido, prevenindo preocupações desnecessárias e dificuldades iniciais. Procurei, ainda, promover

³² Assistir o 3.º estádio do trabalho de parto por gestão fisiológica/expectante implica privilegiar a dequitação espontânea sem administração rotineira de uterotónico, mantendo contacto pele-a-pele contínuo e clampagem tardia do cordão umbilical (após cessar a pulsação), em ambiente calmo e com privacidade. A intervenção centra-se na vigilância clínica estruturada: avaliação periódica do tónus uterino, quantificação objetiva das perdas, monitorização de sinais vitais, confirmação da integridade placenta-membranas após a dequitação e promoção da primeira mamada para estimular ocitocina endógena. A gestão ativa com uterotónico reduz hemorragia pós-parto face à gestão fisiológica/expectante sendo que a fisiológica pode ser escolhida por preferência informada da mulher em trabalho de parto de baixo risco, com clampagem do cordão umbilical após cessar pulsação, vigilância estruturada e critérios claros de conversão tendo como retaguarda a gestão ativa disponível (NICE, 2023; WHO 2018b). Segundo a norma n.º 002/2023 da DGS, no pós-parto imediato, avaliar tensão arterial a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas, juntamente com perdas, pulso e tónus uterino. Aumentar a frequência se houver sinais de instabilidade.

a autoeficácia de Anna para amamentar promovendo a sua tranquilidade e confiança na adaptação gradual de Noah na amamentação, referindo que a indisponibilidade de Noah para mamar é um fenómeno fisiológico e que não compromete o sucesso da amamentação, validando as emoções da Anna e elogiando e reforçando a sua competência e capacidade.

Como resultado das minhas intervenções era esperado a compreensão sobre a lactação e a demonstração de autoeficácia para amamentar o seu filho, evidenciando aumento da autoconfiança e da competência materna.

Como intervenções, realizei gestão do ambiente físico incentivando contacto pele com pele precoce e prolongado entre Anna e Noah mantendo-o junto do mamilo, favorecendo a estimulação dos reflexos de sucção e para ativação de todos os comportamentos inatos para mamar³³.

Abordei com Anna os sinais de prontidão para a amamentação (ex.: movimentos de busca, sucção, alerta), sinais de extração eficaz de leite materno e sinais de saciedade por parte de Noah³⁴;

Durante este processo Anna, Raphael e Noah ficaram juntos. Raphael mostrava riso contagiante e serenidade nos gestos e nas palavras, quase como contemplação do que tinha presenciado, e apoiava Anna com palavras de encorajamento e cuidados práticos no apoio na amamentação encorajando Anna a confiar no seu corpo e nas suas capacidades para amamentar Noah.

³³ Ao nascer, o recém-nascido enfrenta múltiplos estímulos ambientais como frio, luz intensa, ruído, e necessita de tempo para ajustar os seus sistemas fisiológicos. É, por isso, relativamente comum que não demonstre iniciativa imediata para mamar se o colocarmos logo diretamente na mama. O contacto pele a pele precoce estimula o *breast crawl* que é descrito como a sequência de comportamentos do recém-nascido logo após o nascimento que o levam até ao peito iniciando lambidas, sucções de ensaio e finalmente a pega espontânea (Sequeira et al., 2020). O contacto pele com pele constitui uma estratégia fundamental para ativar os reflexos inatos de busca e sucção, facilitando o início da amamentação e promovendo a autorregulação do bebé (WHO,2022; WHO 2018a).

³⁴ A UNICEF (2024) refere que transferência eficaz de leite evidencia-se por sucções profundas e ritmadas com deglutições visíveis/audíveis (padrão “abrir-pausar-fechar”), as bochechas do bebé ficam arredondadas, existe desaceleração do ritmo para acomodar a deglutição, relaxamento corporal do lactente e sensação amolecimento mamário materno no fim da mamada. Os sinais de saciedade incluem libertação espontânea da mama, relaxamento do recém-nascido no final da mamada.

Anna seguiu o seu “instinto” estimulando Noah a mamar, até que Noah realizou a sua primeira mamada na mama esquerda com duração de 30 minutos e com sinais evidentes de extração eficaz de leite materno.

Como referido nos PQCEESMO (2021), os cuidados especializados em ESMO perspetivam uma resposta profissional às necessidades da mulher e do acompanhante durante o trabalho de parto, nomeadamente a avaliação da evolução e assistência à mulher e acompanhante na obtenção de uma experiência positiva do parto, pelo que cabe ao EE-ESMO a coordenação destes papéis visando atempadamente ansiedade, pressão manifestada pelo acompanhante acautelando a exaustão desse papel e que possa condicionar o ambiente do parto.

Mantive-me por perto em silêncio organizando o espaço no restante tempo.

Após a primeira mamada foi administrado vitamina k oral a Noah, com boa tolerância. Nos cuidados de higiene e conforto após o parto, Anna quis ficar com a mesma roupa, permitindo a colocação de uma fralda e penso de proteção após lhe terem sido prestados os cuidados de higiene e conforto.

2.1.3. Análise global das competências desenvolvidas em contexto do bloco de partos

A experiência em contexto de sala de partos constituiu um espaço privilegiado para o desenvolvimento e consolidação de competências especializadas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, conforme definidas no Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros, que estabelece as competências específicas do enfermeiro especialista nesta área. De facto, o estágio na sala de partos constituiu uma oportunidade para consolidar competências nucleares do EEESMO, em conformidade com o Regulamento n.º 391/2019 da OE. Destaco a integração entre saber técnico-científico e cuidado humanizado, que se traduziu na promoção da autonomia da mulher, no respeito pelo plano de parto e na garantia de segurança clínica para mãe e recém-nascido.

Foram adquiridas e aplicadas competências na monitorização da evolução do trabalho de parto (utilização do partograma, interpretação de cardiocotografia telemétrica), no acompanhamento da fisiologia do parto e na implementação de medidas farmacológicas de alívio da dor e não farmacológicas para facilitar a autogestão da dor, de acordo com as preferências da mulher. Este domínio concretiza uma das competências especializadas do EE-ESMO.

O envolvimento ativo da mulher e da sua pessoa significativa foi valorizado em todas as fases, assegurando o direito à informação, à escolha e ao consentimento informado. Esta prática está em linha com os *Guias Orientadores de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros*, que reforça o papel do plano de parto como instrumento de empoderamento da mulher no seu trabalho de parto.

Foram desenvolvidas competências na resposta rápida a situações críticas (sofrimento fetal, hemorragias, perdas gestacionais), em estreita articulação com a equipa multidisciplinar. Esta dimensão evidencia a capacidade do EE-

ESMO para intervir com segurança, competência técnica e rigor científico em contextos de risco.

Destaca-se a realização de cuidados imediatos ao recém-nascido junto da mãe e do pai, incluindo contacto pele com pele precoce, promoção da amamentação e cumprimento de normas de segurança neonatal.

Todas as experiências de aprendizagem neste contexto permitiram desenvolver competências de liderança e gestão de emoções, articulando cuidados com obstetras, anestesistas e assistentes operacionais, assegurando continuidade e segurança dos cuidados, conforme estipulado nos Padrões de Qualidade dos cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCESMO, 2021).

O primeiro caso foi o da Laura. Ao cuidar da Laura, senti que consegui transformar a sombra deixada pelo primeiro parto numa experiência de pertença e protagonismo. O que melhor resultou foi a relação terapêutica que construí com ela nomeadamente a escuta ativa, validação da experiência negativa anterior e a presença contínua permitiram reduzir a ansiedade e devolver-lhe sentido de controlo. A comunicação clara, em tempo real, favoreceu um consentimento verdadeiramente informado. Respeitei as suas escolhas, mantendo a luz ligada enquanto lhe fez sentido, usando música apenas quando pediu, facilitando a adoção de posições de conforto e acompanhando o reflexo expulsivo espontâneo (Reflexo de Ferguson), evitando puxos dirigidos. Consegui integrar analgesia epidural com estratégias não farmacológicas (mobilidade adaptada, calor local, respiração/relaxamento), o que se traduziu num processo positivo de lidar/aliviar a dor de trabalho de parto e maior autoconfiança. Mantive uma vigilância clínica coerente com a situação concreta (diabetes gestacional e métodos farmacológicas de alívio da dor por analgesia epidural), com CTG contínuo, monitorização materna/fetal e comunicação da evolução do trabalho de parto a Laura. No período expulsivo, a proteção perineal foi suave e o resultado obstétrico favorável (parto eutócico, laceração de 1.º grau). No pós-nascimento, promovi contacto pele com pele imediato e prolongado, clampeamento tardio e um início de amamentação

apoiado na autoeficácia; observei uma díade mais tranquila e conectada. Senti também consistência na necessidade de efetuar documentação (partograma e registos evolutivos) rigorosa e na fundamentação das decisões.

Ainda assim, reconheço oportunidades de melhoria. Mesmo sem plano de parto escrito, poderia ter formalizado um plano oral com Laura (posições preferidas, ambiente, gestão da dor de trabalho de parto, contacto pele com pele, clampeamento), registando-o como acordo de cuidados para alinhar a equipa. A ausência do acompanhante desafiou-me a pensar em alternativas de suporte: bastaria estruturar momentos breves de contacto a distância (chamada/vídeo) quando clinicamente viável e clarificar quem, na equipa, seria a “pessoa de referência” para garantir continuidade de presença nos picos de ansiedade, mas não me ocorreu fazer. Em relação ao ambiente sensorial, embora tenha respeitado a preferência de manter a luz, poderia ter explicado, de forma simples, o impacto da luz intensa na fisiologia do parto e proposto um compromisso (luz indireta/local) que preservasse a sensação de segurança da Laura sem perder o benefício hormonal.

No caso de Anna, senti-me sobretudo guardião do ambiente e da autonomia da Anna. A minha presença foi discreta e intencional: escutei mais do que falei, respeitei silêncios, deixei que o corpo e a ligação de casal guiassem o ritmo. O acolhimento inicial, a identificação das barreiras linguísticas e a decisão de manter a comunicação dirigida à Anna solicitando o apoio a Raphael apenas como mediador quando necessário, ajudaram a construir confiança. A partir daí, alinhei-me com o plano de parto: mobilidade livre quando desejada, luz suavizada, música escolhida por eles, redução de estímulos e espaço para que a Anna gerisse a dor com os seus mantras e o seu padrão respiratório intuitivo.

Do ponto de vista clínico, senti coerência nas decisões: auscultação intermitente da frequência cardíaca fetal/CTG de acordo com o perfil de risco no momento, profilaxia antibiótica por SGB desconhecido, vigilância materno-fetal contínua com registos claros e um foco permanente no bem-estar. No período expulsivo, mantive uma abordagem *hands-off/poised*, pronta para

intervir se necessário, o que se traduziu num períneo íntegro. O terceiro estágio decorreu de forma fisiológica, com contacto pele com pele contínuo e clampeamento tardio, estabilidade hemodinâmica materna e boa adaptação neonatal. No início da amamentação, promovi o conhecimento e a autoeficácia de forma simples e respeitosa; a primeira mamada aconteceu ao ritmo da díade, com o Raphael em verdadeiro papel de suporte. Em síntese, correu bem a aliança terapêutica, a coerência técnica com mínima intervenção e a fidelidade às escolhas da mulher.

Ainda assim, identifico áreas em que posso melhorar. A primeira prende-se com a mediação linguística: embora a presença do companheiro tenha sido útil, teria ganho se tivesse acionado mais cedo um intérprete profissional (quando disponível) e material escrito simplificado na língua da Anna, aplicando *teach-back* para confirmar compreensão (nomeadamente sobre vigilância, vitamina K oral vs IM e sinais de alarme). Ligado a isto, faria um alinhamento do plano de parto na admissão (5-7 minutos): “linhas vermelhas”, preferências prioritárias, limites clínicos e como a equipa atuará se surgirem desvios e registaria no processo como acordo de cuidados.

Em termos de ambiente, pese embora a luz reduzida e a música tenham sido escolhas da mulher, faltou-me explicitar de forma breve o racional fisiológico (luz, ruído, privacidade) e oferecer alternativas graduais (ex.: luz indireta/posicional) para que pudesse decidir informadamente. Na autogestão da dor, respeitei a recusa de analgesia farmacológica e valorizei os mantras; poderia, no entanto, ter proposto de forma mais visual e não intrusiva outras opções não farmacológicas (compressa morna perineal no expulsivo, água/chuveiro, variações de decúbito lateral com bola de amendoim), deixando claro que eram convites e não prescrições.

Levo deste caso a confirmação de que a presença subtil, quando sustentada por avaliação competente e comunicação culturalmente sensível, é profundamente terapêutica.

2.2. Desenvolvimento de competências especializadas para cuidar a mulher no período pós-parto

O pós-parto é uma travessia de *pele, transformação e silêncio*. É um luto suave pelo que era antes e uma estreia luminosa de um novo nome: mãe e pai. Neste período, sem tempo pré-determinado, conhece-se o filho recebido e constrói-se uma casa onde nada é como antes e onde cada madrugada, amanhecer e penumbra fortalecem os alicerces de uma nova versão de uma mulher e um homem, como mãe e pai daquele filho.

Define-se pós-parto, como o período que se inicia imediatamente após a dequitação e dura até pelo menos seis semanas (42 dias) após o parto. Divide-se em três estádios com duração temporal diversa, pós-parto imediato (nas primeiras 24 horas após o parto), pós-parto precoce (entre segundo e sétimo dia após o parto) e pós-parto tardio (entre o oitavo e quadragésimo segundo dia após o parto) (Graça, 2017). Neste período verifica-se uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas decorrentes da gravidez, sendo que essas alterações afetam diversos órgãos e sistemas e se processam de forma contínua requerendo vigilância e cuidados específicos dos profissionais de saúde incluindo a(o) EE-ESMO (Sequeira et al., 2020).

O pós-parto é um período crítico para a mãe e recém-nascido, pai, pessoas significativas, avós, cuidadores e famílias. Os serviços de cuidados pós-parto são um componente fundamental do contínuo de cuidados à mulher e recém-nascido. Estes cuidados devem guiados pelas necessidades específicas de cada mulher, e sua família, fornecendo informação e aconselhamento sobre os cuidados ao recém-nascido e amamentação, apoio na recuperação pós-parto, fomento no autocuidado e na integração das emoções, informação sobre o retorno à atividade sexual, contraceção e nutrição, autovigilância pós-parto, abordagem sobre a licença de maternidade/paternidade e facilitar a integração do recém-nascido na família e comunidade. Desta forma, segundo os PQCEESMO (2021), referem que no período pós-parto, a mesma mulher assume-se como puerpera e como mãe, constituindo duas domínios relevantes de necessidades

de cuidados e neste período também emergem como clientes dos cuidados o recém-nascido e o homem-pai (paternidade) e/ou companheiro (conjugalidade).

O pós-parto como evento multifatorial e prolongado nos domínios biológico, cognitivo, emocional, social e espiritual, que requer continuidade de cuidados, avaliação sistemática e intervenções atempadas. Vogel et al. (2024) referem que muitas mulheres experienciam morbilidade relacionada com o trabalho de parto a médio e longo prazo, ou seja, para além das seis semanas de pós-parto. Condições como dispareunia, dor lombar, incontinência urinária, ansiedade, incontinência anal, depressão, tocofobia, dor perineal e infertilidade secundária poderão ocorrer. O prolapso dos órgãos pélvicos, perturbação de stress pós-traumático, disfunção tiroideia, mastite, seroconversão para VIH, lesão nervosa, psicose, tromboembolismo venoso e cardiomiopatia são condições menos frequentes, mas que tem igualmente impacto grave na saúde e bem-estar da mulher.

De acordo com Orchard et al. (2023), mudanças biológicas, sociais, emocionais e ambientais profundas marcam a transição para a maternidade como um evento de vida maior, refletindo uma importante etapa de desenvolvimento para as novas mães. O cérebro materno sofre neuroplasticidade estrutural e funcional significativa, bem como adaptações cognitivas durante o período gravidez, parto e pós-parto, que são duradouras e persistem ao longo de toda a vida. Os desafios próprios do período pós-parto envolvem responsabilidades acrescidas, resultando num aumento da carga cognitiva e afetiva para as novas mães. A carga cognitiva prolonga-se ao longo da vida e ajusta-se dinamicamente à medida que as necessidades da criança crescem e se modificam. O conceito de matrescência é um período em que o cérebro e o corpo se preparam para a transição para a maternidade conciliando todas as multidimensões da mulher com a experiência adquirida traduzindo-se em trajetórias neurocognitivas maternas distintas tanto na maternidade precoce, como ao longo de toda a vida.

Na Teoria das Transições de Meleis, o pós-parto é entendido como a continuidade da transição de desenvolvimento, em que a mulher continua a enfrentar mudanças significativas na sua identidade, nos papéis sociais e nas suas rotinas de vida. Trata-se de um período em que factores pessoais, familiares e culturais podem facilitar ou dificultar a adaptação. A qualidade desta transição depende da perceção de competência materna, do suporte social e da capacidade de integrar o novo papel de mãe de forma saudável. Neste contexto, o papel da(o) EE-ESMO é central para facilitar a transição, promovendo bem-estar, empoderamento e adaptação positiva ao novo papel (Meleis, 2010).

O caso clínico seguinte será um pretexto para dar a conhecer como as competências comuns dos enfermeiros especialistas, referidas no Regulamento n.º 140/2019 no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal melhoria contínua da qualidade dos cuidados, e as competências específicas da(o) EE-ESMO, conforme o Regulamento n.º 391/2019, foram desenvolvidas. No âmbito do cuidar a mulher durante o período de pós-parto, promovendo a saúde da mulher e recém-nascido, diagnosticando precocemente e prevenindo complicações para a saúde da mulher (puérpera e mãe) e recém-nascido e providenciando cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde.

2.2.1. Caso clínico “Muito além dos 42 dias: quando o pós-parto pede, presença, ciência e coração”

Entre dúvidas, medos e feridas, no seu tempo certo, encontrou o melhor de si com pequenas descobertas, ciência assertiva e crença do que tudo o que precisa está dentro de si.

Sara (nome fictício) 31 anos de idade, nacionalidade portuguesa, natural de uma cidade do interior do país, a residir atualmente numa cidade a 15 km do hospital por ter vindo acompanhar o seu marido Pedro (nome fictício) que está em trabalho temporário na área da arqueologia. Sara é educadora de infância. É mãe de Duarte (nome fictício), que nasceu em janeiro de 2025 de um parto eutócico no hospital da cidade interior onde vivia e este tem dois meses de vida. Está internada na valência de internamento de Obstetrícia e Gravidas de Risco por diagnóstico de abcesso mamário na mama esquerda intervencionado por drenagem cirúrgica.

Sara teve uma gravidez sem intercorrências, seguida em consultas privadas de obstetrícia e em consultas no seu médico de família. O parto de Duarte foi eutócico com laceração de 2.º grau corrigida e por referência de Sara foi uma experiência positiva sendo este o seu primeiro parto. Realizou sessões de preparação para o parto e parentalidade e fez alguns cursos e consulta individualizada sobre amamentação durante a gravidez.

Sara refere “*Sempre quis amamentar quando tivesse filhos, a minha mãe dizia que tinha sido muito doloroso quando foi comigo, mas eu sempre tive esta ideia de amamentar*” (sic), “*Comigo também sempre foi com dor e ainda é*” (sic) e “*Foram muitas mudanças a acontecer e toda a gente tem uma opinião*” (sic). Sara fazia voluntariado com animais onde vivia antes de vir com o marido e tem uma gata chamada Oli que teve de deixar com a sua mãe.

Sara é uma mulher saudável, não fuma, não ingere bebidas alcoólicas, nem usa drogas, não apresenta alergias medicamentosas ou outras. Faz medicação habitual Gestacare Lactação (suplemento nutricional projetado para auxílio nas

necessidades maternas decorrentes da amamentação e na recuperação pós-parto). Apresentou previamente, há três semanas, uma mastite puerperal, tendo cumprido ciclo de antibioterapia de 8 dias com amoxicilina + ácido clavulânico (875mg+125mg, 1 comprimido oral de 8 em 8 horas) e posteriormente cefaclor (500mg, 1 comprimido orl de 8/8 horas). Atualmente está no sexto dia pós-drenagem de abcesso a cumprir sexto dia de antibioterapia IV com piperacilina mais tazobactam (4g+0,5g de 8/8 horas). Sara mantém aleitamento materno exclusivo do recém-nascido, alternando mama com leite materno por biberão. A Sara coloca o Duarte na mama esporadicamente nesta fase e, quando o faz, usa a mama direita pois a mama esquerda sempre foi muito dolorosa a pega. A administração do leite materno por biberão é feito após extração com recurso a bomba de extração mecânica de leite, criteriosamente de 3 em 3 horas. Duarte apresenta bom estado geral com sinais positivos de saúde associados à alimentação, evolução ponderal favorável, atualmente com 5,06 kg e 55 cm (peso de nascimento 3 kg e 48cm), oito ou mais micções dia, três dejeções dia de fezes semilíquidas amarelas cor de mostarda; boa vitalidade, choro vigoroso e sinais de boa hidratação da pele, fontanela anterior aberta e normopulsátil). Duarte não apresenta alterações oro-faciais, nomeadamente ausência de freio lingual e gengival e palato de configuração norma. Encontra-se a fazer Vitamina D, uma gota oral por dia.

No contacto que tive com Sara apresentava cansaço no rosto e nos seus movimentos. Encontrava-se sozinha, mas tinha tido visita do seu marido Pedro. Duarte estava em alojamento conjunto com Sara.

A escolha deste caso clínico deveu-se pela paixão que tenho na área de amamentação e por apresentar várias questões relacionadas com um pós-parto mais tardio que os referidos 42 dias convencionais. Permitiu-me incidir sobre aspetos patológicos (abcesso mamário), fisiológicos, emocionais, crença e cultura ligados ao processo de amamentação.

Através dos cuidados prestados, foi possível desenvolver e adquirir competências comuns a todos os enfermeiros especialista, explanadas no

Regulamento n.º 140/2019 (OE,2019a), nomeadamente atuar com segurança, de forma ética conforme normas e princípios deontológicos, capacitar clientes promovendo a saúde e tomada de decisões informadas, interpretar gerar e aplicar evidência científica para enriquecer a prática e inovar continuamente e colaborar eficazmente com a equipa multidisciplinar. Também foi possível desenvolver e adquirir competências específicas do EE-ESMO no cuidar a mulher durante o período pós-parto ao providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-parto, ao conceber planejar implementar e avaliar medidas de suporte emocional à mulher incluindo as pessoas significativas para si, ao conceber planejar implementar e avaliar e medidas corretivas ao processo de aleitamento materno - amamentação e leite materno por biberão, ao cooperar com a equipa multidisciplinar no tratamento da mulher com patologia associada e/ou concomitante relacionada com o pós-parto, como descrito no Regulamento n.º 391/2019 (OE,2019b).

Cuidei de Sara durante um turno de manhã (8:00-14:30h) em março de 2025 onde os diagnósticos centrais do cuidar foram o conhecimento sobre o amamentação nomeadamente o potencial para a melhoria de conhecimento sobre o amamentação , onde o objetivo era identificar atitudes e crenças, reconhecendo a amamentação como um processo emocional, relacional e não apenas técnico ou biológico e o significado atribuído à amamentação, com o potencial para a melhoria do significado atribuído à amamentação, onde o objetivo era construir um significado atribuído à amamentação positivo e facilitador, valorizando o esforço e o conhecimento de Sara. Estes dois diagnósticos (potencial para melhorar conhecimento sobre a amamentação e potencial para melhorar significado atribuído à amamentação) tinham como objetivo suportar o desenvolvimento de mestria e fortalecer a autoconfiança, contribuindo, assim, para uma amamentação eficaz, segura e satisfatória para si e para o Duarte. O sucesso das intervenções implementadas trariam como resultado a diminuição da sensação de frustração e do medo de falhar, maior autoconfiança em Sara da sua capacidade de nutrir e cuidar de Duarte, através

da identificação os seus superpoderes de resiliência quando confrontada com dificuldades no processo de amamentação.

Após a passagem de turno, dirijo-me ao quarto onde se encontra Sara e onde prontamente me apresento pelo nome e como sendo estudante de especialidade em ESMO, e digo-lhe que serei eu que estarei a prestar cuidados conjuntamente com a minha tutora EE-ESMO, a ela e ao Duarte durante o turno da manhã. Pergunto lhe se posso avaliar os seus sinais vitais, e se há alguma coisa de momento que lhe possa ser útil. Autoriza a avaliação e solicita auxílio para trazer o extrator mecânico bilateral para fazer drenagem de leite, uma vez que Duarte estará a acordar e precisa de mamar. Questiono se quer partilhar comigo o motivo por não estar a amamentar o Duarte, ao que ela refere que desde que teve o episódio de mastite³⁵ foi aconselhada a fazer extração de leite e que se sente com menos dor ao fazer extração do que a amamentar.

A mama lactante é uma glândula dinâmica que responde a estímulos hormonais internos e externos. A disbiose mamária, ou alteração no microbioma do leite, resulta de uma complexa interação de fatores, incluindo genética, condições médicas maternas, exposição a antibióticos, uso de probióticos, uso regular de bombas extratoras, cremes e adjuvantes de amamentação (Mitchell *et al.*, 2022).

Tendo em conta os diagnósticos identificados, implementei intervenções centradas no conhecimento sobre os benefícios da amamentação para ambos, abordando os sinais de fome e saciedade de Duarte e introduzo a ideia que dor³⁶

³⁵ A mastite é atualmente entendida como uma condição inflamatória abrangente, inserida num espectro clínico que inclui o ingurgitamento, o estreitamento ductal, a mastite infecciosa e o abscesso mamário. Segundo o protocolo *The Mastitis Spectrum* da Academy of Breastfeeding Medicine (Mitchell *et al.*, 2022), esta não resulta de práticas de higiene inadequadas nem é contagiosa, estando associada à fisiologia complexa da mama lactante e à microbiota do leite materno. A ABM recomenda abordagens conservadoras, evitando manobras agressivas e mantendo a amamentação, que favorece a resolução do quadro.

³⁶ A dor durante a amamentação deve ser entendida como um sinal de alerta clínico e não como algo normal ou inevitável, ainda que persistam crenças culturais de que “amamentar dói” ou de que o desconforto faz parte do processo de adaptação. A dor durante amamentação traduz frequentemente uma pega inadequada por parte do bebé ou mau posicionamento e outras condições como: trauma mamilar (fissuras, bolhas, pele comprometida), situações dermatológicas (eczema, dermatite de contato, outras dermatoses), infeções (candidíase, mastite, herpes), vasoespasma (síndrome de Raynaud-dor aguda com alterações de cor no mamilo e na exposição ao frio) e ingurgitamento mamário (Reece-Stremtan & Gray, 2016).

pode estar associada à pega, ao posicionamento e ao padrão de sucção do bebé. Peço permissão para observar as suas mamas. Sara apresenta penso limpo e seco exteriormente no quadrante superior externo da mama esquerda, local do abcesso mamário (realizado tratamento à ferida cirúrgica no dia anterior), mamas com tamanho igual sem zonas vermelhas e temperatura normal ao toque, irrigação venosa visível, em ambas areolas apresenta uma lesão circular de tecido vermelho descamativo e em algumas zonas humidade, mamilo sem alterações estruturais e também ele húmido mais na mama esquerda. Prontamente fui buscar o extrator e a Sara efetuou a extração de leite demonstrando já a sua capacidade para o fazer, contudo em alguns momentos sente desconforto e acaba por ajustar o funil. Neste momento, sendo oportuno intervir, reforço a importância de adequar os dispositivos de forma a facilitar a extração. Enquanto está no procedimento de extração de leite materno, mantenho uma presença de suporte e contínua esclarecendo as suas questões e crio espaço promotor de um ambiente de confiança e tranquilidade para Sara se expressar como se sente em relação ao processo de amamentação. Sara retorquiu dizendo que fez muita pesquisa sobre o tema, mas que parece nada funcionar. Sempre teve dor e desde cedo, fissuras nos mamilos, mas manteve o processo.

Um estudo, realizado em Itália por Gianni et al. (2019), investigou as dificuldades de amamentação nos primeiros meses pós-parto e a sua associação com a cessação precoce. Foram incluídas 792 mães, das quais 552 completaram o estudo. Os resultados mostraram que cerca de 70,3% das mulheres experienciaram dificuldades, sobretudo dor, mamilos fissurados, percepção de produção insuficiente de leite e fadiga. Entre os fatores associados a maior risco de não manter amamentação exclusiva aos três meses destacaram-se a percepção de leite insuficiente, falha de crescimento do lactente, mastite e regresso ao trabalho. Por outro lado, o parto vaginal e o apoio profissional após a alta hospitalar estiveram associados a menor risco de interrupção precoce.

Sara refere que procurou auxílio junto da sua unidade de saúde e em consulta diferenciada e que foi utilizando discos de hidrogel, lanolina e óleo de coco para aplicar no mamilo e uso de mamilos de prata, mas o que lhe aliviava o desconforto era as conchas que usava quase sempre. *“Quanto à dor assumi ser normal”* (sic), *“lembro-me de muitas vezes a minha mãe dizer que comigo amamentar foi difícil”*, *“quero muito conseguir dar de mamar, é o melhor que posso dar ao meu bebé, e só gostava de não ter dor e de o colocar à mama. Sinto-me muito cansada e sem perceber o que faz sentido”*.

A decisão de amamentar não é apenas um ato fisiológico, mas também profundamente psicológico e simbólico. Ibone Olza sublinha que a amamentação se insere num contexto de psicologia perinatal, onde a história pessoal e familiar, os vínculos estabelecidos e as condições emocionais da mulher desempenham papel central. As experiências prévias de cada mulher nomeadamente a forma como foi amamentada ou cuidada pela própria mãe influenciam significativamente a sua determinação em amamentar os seus filhos sendo que quando a mulher carrega a memória de uma experiência negativa, de ausência de apoio ou de falha nesse processo, a insistência em amamentar pode emergir como uma tentativa de reparação simbólica e resignificação da própria história materna, transformando a dor herdada em cuidado reparador, sendo associado o amamentar como “Ser uma boa mãe” e o não amamentar “Ser uma má mãe” (Olza et al., 2017) Os efeitos nefastos do discurso normativo e moralizador em torno da amamentação, quando é promovida com pressão social e sem respeito pela individualidade, pode gerar culpa, sofrimento emocional e resistência, por outro lado a falta de apoio do companheiro pode traduzir-se em desmame precoce, maior insegurança materna, sofrimento emocional e impacto negativo no vínculo familiar.

Elogio toda a persistência e perseverança de Sara e tendo por base o significado por ela atribuído à amamentação dificultador, analisamos em conjunto a influência como as mulheres percebem a amamentação através da cultura, das experiências de familiares e dos amigos referindo que as dificuldades podem surgir mas que não representam uma falha, e que cada mulher e cada bebé tem

o seu caminho e significado próprio no processo de amamentação, e que o seu valor não deve ser medido pelas dificuldades com que se tem deparado. Sara respira fundo e diz que quer ser mais tolerante consigo própria. Aproveito e sugiro a procura de grupos de apoio na amamentação na internet, ou mesmo nos cuidados de saúde primários validando os benefícios da partilha com outras mães na mesma situação, normalizando os desafios e reduzindo a sensação de isolamento.

Pergunto a Sara como se tem sentido em relação ao apoio exterior nesta fase pós-parto e tendo em conta todas as mudanças que lhe aconteceram, nomeadamente sair da sua terra natal e de juntos da sua família alargada. Sara fala que não tem tido tempo para processar tudo, com a mudança de casa, o cuidar de um bebé, a mastite, mas sente que apesar de ter apoio de Pedro no cuidado do Duarte e na gestão das atividades da casa, ele não a apoia totalmente na escolha de amamentar por “*dizer que estou a sofrer e é algo desnecessário*” (sic).

Deixo Sara por momentos a terminar a extração.

Volto para junto de Sara e esta já estava com Duarte no colo a dar-lhe o biberão de leite materno extraído (100ml). Questiono a Sara se já ouviu falar no método *Paced Feeding* para dar o biberão ao Duarte e se já tentou alimentar Duarte com outros utensílios (seringa, biberão colher), ao que ela devolve dizendo que o método de biberão é o mais eficaz e simples para ela, mas que nunca tinha ouvido falar no método que lhe falei.

A técnica de *paced bottle feeding* constitui uma abordagem de alimentação no biberão utilizada quando a amamentação direta não é possível ou quando a mãe tomou decisão relativamente à alimentação do lactente, previamente informada. Este método procura reproduzir o padrão fisiológico da amamentação, promovendo pausas frequentes e permitindo que o bebé regule a quantidade de ingestão de leite. Para tal, recomenda-se segurar o lactente em posição semi-ereta, utilizar tetinas de fluxo lento, iniciar a alimentação apenas quando o bebé demonstra sinais de prontidão (acordar

espontaneamente, movimentos de procura. abrir a boca e levar as mãos à boca, movimentos corporais ativos, como agitar braços e pernas, choro suave), e manter o biberão numa posição quase horizontal, ajustando gradualmente a inclinação ao longo da mamada. Durante a sucção, importa observar a coordenação entre sucção, deglutição e respiração, introduzindo pausas regulares de forma a evitar sobrecarga. Esta técnica respeita a autorregulação do bebé, permitindo que seja ele a determinar a quantidade de leite ingerida e o momento de terminar a mamada, aproximando-se assim da duração e do ritmo da “amamentação” eficaz (Toronto Public Health, 2013).

O estudo de Ventura et al. (2025) avaliou o *paced bottle feeding* em comparação com a alimentação típica no biberão e a amamentação, em mães e bebés de termo saudáveis. Os resultados mostraram que o *paced bottle feeding* promoveu mamadas mais longas e a um ritmo mais lento, sem aumentar a quantidade de leite ingerida e esteve associado a maior sensibilidade materna aos sinais do bebé quando estes apresentavam menor clareza de sinais. Estes achados sugerem que o *paced bottle feeding* pode contribuir para práticas de alimentação mais responsivas, reduzindo a sobrealimentação e aproximando-se do padrão da amamentação. Assim, esta técnica revela-se uma potencial estratégia de apoio e proteção da amamentação, sobretudo quando é necessária a utilização temporária de biberão.

Quando a amamentação não é possível, podem ser utilizados métodos alternativos de alimentação que assegurem a nutrição do bebé e, sempre que possível, apoiem a manutenção da lactação. Entre estes destacam-se a alimentação com copo, colher ou seringa, o sistema suplementar de nutrição, a alimentação ao dedo *finger-feeding* e a utilização do biberão, incluindo a técnica de *paced bottle feeding*. A escolha do método deve considerar a condição clínica do bebé, os objetivos da mãe e a possibilidade de facilitar a transição de volta à mama, privilegiando sempre práticas de alimentação responsiva (Toronto Public Health, 2013).

Sugiro tranquilamente a Sara “*que lhe parece colocarmos o Duarte na mama*”, ao que ela refere que tem receio de sentir dor pelas lesões e que agora não deve ser o ideal pois esvaziou a mama e não sabe se ainda terá algum leite. Indago dizendo que se sentir confortável podemos fazer isso mais tarde com auxílio de posicionamento e que Sara terá sempre a decisão de manter ou não o processo caso tenha dor. Refiro também que o facto de Duarte já ter mamado poderá fazer uma sucção mais leve e que a mama não é um “reservatório”, mas sim “uma fábrica”.

Pillay e Davis (2023) referem que nos primeiros dias de pós-parto, a produção de leite é controlada predominantemente por mecanismos endócrinos, dependentes da prolactina e da queda dos níveis de progesterona, desencadeando a Lactogénese II, que ocorre geralmente entre as 30 e 40 horas após o parto, marcando o início da secreção de leite. Após este período, instala-se a Lactogénese III, em que a regulação passa a ser maioritariamente autócrina/exócrina, a síntese láctea depende da remoção eficaz do leite e é modulada localmente pelo FIL (*Feedback Inhibitor of Lactation*), que inibe a produção quando existe acumulação de leite na mama. Assim, a mama não atua como um reservatório estático, mas como uma glândula exócrina ativa, na qual o leite é continuamente produzido e libertado durante a mamada através do reflexo de ejeção (Pillay & Davis, 2023).

Sara solicita, então, ajuda para colocar Duarte na mama direita. Reforço que a qualquer momento podemos interromper a mamada e colocámos Duarte na posição *Laid Back ou nurturing position*³⁷ ensinando sobre esta posição e referindo os sinais de boa pega³⁸

³⁷ A *laid-back* ou *nurturing position* é uma abordagem neurocomportamental de apoio à amamentação, caracterizada pela posição materna reclinada que facilita a autopega do recém-nascido, ou bebé, potenciando os reflexos inatos, promovendo uma pega mais profunda, eficaz, confortável, reduzindo a ocorrência de problemas mamários nas primeiras semanas de lactação. O estudo de Milinco et al. (2020), comprovou que esta abordagem reduziu significativamente a incidência de dor e fissuras mamilares em comparação com as posições tradicionais de amamentação.

³⁸ Conforme descrito pela WHO (2022), os principais sinais de boa pega incluem presença de mais aréola visível acima do que abaixo da boca do bebé, boca bem aberta, lábio inferior virado para fora, lábio superior numa posição neutra, queixo em contacto com a mama e presença das glândulas ductais (Tecido mamário) dentro da boca do bebé e

Previamente tinha falado com a minha tutora EE-ESMO e com a médica obstétrica responsável pelo caso de Sara, para avaliação das lesões na mama de Sara que aparentavam ser eczema, que a própria médica confirmou e prescreveu hidrocortisona 01% em creme 2 vezes dia durante 3 dias (Sara tinha lesões eczematosos atrás da orelha e utilizava várias estratégias na mama como as conchas, a alternância de cremes, entre outros). O eczema mamilar caracteriza-se por lesões eritematosas, descamativas e pruriginosas, frequentemente relacionadas com fatores irritativos ou alérgicos, podendo apresentar fissuras superficiais e exsudado, resulta de um processo inflamatório cutâneo mediado por irritantes ou alergénios. Como diferencial a candidíase mamária é uma infeção por *Candida Albicans* manifesta-se tipicamente por dor em queimadura, desproporcional aos achados clínicos, podendo irradiar para a mama, com mamilos rosados, brilhantes e sensíveis; pode ainda estar associada à presença de monilíase oral no recém-nascido ou bebé (ABM#26,2016; Aires, 2023).

Duarte adaptou-se naturalmente sem dificuldade à mama de Sara com sinais efetivos de boa pega e extração eficaz de leite materno. Sara referiu estar bem mais confortável do que se lembrava da última vez que o tinha colocado na mama. Não quis oferecer a mama esquerda. Duarte acabou por adormecer e fiquei perto de Sara, analisando o potencial não positivo do uso rotineiro de conchas, do benefício de arejar a mama e o não colocar vários cremes em simultâneo. Sara aborda-me dizendo que tentou tudo o que lhe disseram para resolver a situação.

Elogio Sara por todo o caminho percorrido e pergunto-lhe como fará sentido para si o processo de alimentação de Duarte nesta fase. Sara diz que vai colocar Duarte na mama sempre que se sentir confortável alternando com o biberão.

indicativos de sucção eficaz (verificação do trabalho dos músculos acessórios, orbicular da boca e dos lábios, masséter, bucinador e outros) e extração adequada de leite com pausas.

De seguida, abordo com Sara a questão da laceração que teve no parto e como se sente em relação a isso. Sara refere que recuperou bem é que tinha iniciado sessões de fisioterapia pélvica. Refere também que está a fazer contracetivo³⁹ Azalia (desogestrel 75mg).

Acrescenta que a prioridade não tem sido Pedro, pois ainda tem tudo desorganizado com a mudança e esta situação da mama. Pergunto-lhe como se sente em relação a isso e se tem alguma coisa que goste de fazer que não tem conseguido. Sara esboça um sorriso e diz que ela e Pedro estão bem como casal e as rotinas vão-se estabelecendo, as dificuldades na amamentação é que tem sido o foco e “não queria falhar” (sic). Sente saudades de caminhar e gostava de levar Duarte em *sling*, mas sentia dor.

Como já percecionado numa interação anterior, torna-se pertinente promover o autocuidado pós-parto, tomando como objetivo promover em Sara a adoção de práticas de autocuidado físico, emocional e social que favoreçam a sua recuperação, a sua autoestima e uma perceção positiva de si enquanto mulher e mãe. Importa contribuir para que a Sara consiga encontrar o equilíbrio no exercício do seu papel de mãe, partilhando com uma rede de apoio a gestão de tarefas diminuindo desta forma a sobrecarga desta fase de mudança.

As intervenções realizadas a Sara, se bem-sucedidas iriam trazer compreensão a Sara da importância do autocuidado no período de pós-parto fazendo com que implemente estratégias de autocuidado adaptadas à sua realidade e ajustadas às suas preferências.

O autocuidado no período pós-parto assume um papel central na promoção da saúde materna, e até mesmo familiar, constituindo-se como elemento essencial

³⁹ Segundo a WHO (2022), no período pós-parto todas as mulheres devem ter acesso a informação, educação e aconselhamento em contraceção, de forma abrangente e baseada na evidência científica atual, garantindo a tomada de decisão informada, livre de discriminação, e com respeito pela privacidade e autonomia. Neste contexto, mulheres em aleitamento materno, entre ≥ 6 semanas e < 6 meses após o parto, podem utilizar pílulas de progestativas, contraceptivos injetáveis progestativos e implantes de levonorgestrel ou etonogestrel.

para a recuperação física, emocional e social da mulher. Práticas de autocuidado, como o descanso adequado, a alimentação equilibrada, a higiene, a gestão da dor e a procura de apoio, permitem a restauração da energia e a promoção da cicatrização e a prevenção de complicações físicas e psicológicas, nomeadamente a persistência de humor deprimido. Além disso, ao valorizar o tempo dedicado a si própria, a mulher fortalece a autoestima e cria condições para uma maior disponibilidade emocional no vínculo com o recém-nascido. A organização do tempo, ainda que desafiada pelas exigências do cuidado ao bebé, pode ser facilitada através da partilha de responsabilidades com a rede de apoio e pela integração de pequenos momentos de bem-estar na rotina diária, evidenciando que cuidar de si é também cuidar da criança e da família (WHO,2022).

Durante a implementação das intervenções tornou-se importante sensibilizar a Sara para a importância do descanso, hidratação, alimentação equilibrada e higiene na recuperação pós-parto; reforçar que cuidar de si, é também cuidar do bebé; sugerir pequenas práticas diárias com que se sinta bem (banho relaxante, caminhada, momentos de respiração consciente); e, incentivar a partilha de responsabilidades com Pedro.

Elogio novamente a Sara por todo o processo dizendo que todas as mudanças precisam de tempo sendo o pós-parto um tempo para integrar com tempo, e deixo-lhe uma sugestão caso lhe faça sentido, quando voltarem a casa, programar caminhadas com o Pedro e o Duarte no carrinho de passeio, para se adaptarem e, aos poucos, quando sentir mais conforto Sara pode usar o *sling*. Sugiro também retirar cinco a dez minutos por dia e ouvir uma música que goste.

2.2.2 Análise global das competências desenvolvidas em contexto de período de pós-parto

A experiência em contexto de puerpério imediato e tardio constituiu um prolongamento natural do cuidado iniciado na sala de partos, permitindo consolidar competências especializadas em ESMO, conforme o Regulamento n.º 391/2019 da OE e os Padrões de Qualidade MCEESMO (2021). Manteve a integração entre saber técnico-científico e cuidado humanizado, assegurando continuidade assistencial centrada na mulher, no recém-nascido e na díade, promovendo autonomia, tomada de decisão informada e segurança clínica.

No pós-parto imediato, priorizei a estabilidade materna e neonatal, o contacto pele com pele e o início oportuno da amamentação, garantindo ambiente calmo, privacidade e presença da pessoa significativa. Acompanhei o primeiro posicionamento ao peito, promovendo pega eficaz, sucções ritmadas e deglutição audível, com validação constante da experiência materna e recurso a linguagem clara e não julgadora. Esta prática traduziu-se em ganhos na autoeficácia materna, no conforto da díade e na prevenção precoce de dificuldades.

Ao longo das primeiras horas e dias, foquei-me na promoção do conhecimento sobre a lactação (lactogénese, livre demanda, sinais de fome/saciedade, alternância de mamas) e em vigilância proativa de situações frequentes: ingurgitamento, dor mamilar, pega superficial, uso de bombas extratoras, e sinais do espectro da mastite. Adotei medidas conservadoras sempre que apropriado, associei aconselhamento prático (posicionamentos alternativos, técnica de pega, cuidados ao mamilo) e articulei apoio especializado quando necessário, reforçando a continuidade com consultas/linhas de apoio pós-alta.

Nos casos acompanhados, integrei as especificidades clínicas: no contexto de diabetes gestacional, articulei a vigilância de glicemias neonatais segundo protocolo e planifiquei, com a mulher, o seguimento metabólico materno no pós-parto (promoção de hábitos saudáveis para estilo de vida e avaliação

metabólica em tempo oportuno), assegurando registos claros e acessíveis. Em presença de barreiras linguísticas e culturais, mantive a comunicação primeiro dirigida à mulher, recorri a mediação do acompanhante apenas quando necessário e valorizei a humildade cultural, adequando informação e verificando compreensão.

A avaliação do bem-estar materno (sono, fadiga, dor pélvica/perineal, perdas, eliminação, anemia) fez parte dos meus cuidados tendo incluído sistematicamente a avaliação da saúde mental perinatal (ansiedade/sinais de humor deprimido).

Abordei as questões da sexualidade e métodos contraceptivos compatíveis com amamentação, saúde do pavimento pélvico e retoma funcional/profissional, promovendo expectativas realistas e autocuidado.

Do ponto de vista de gestão e liderança, articulei com equipa multidisciplinar (obstetrícia, pediatria, anestesia, fisioterapia pélvica, nutrição e saúde mental), assegurando coordenação e continuidade de cuidados

No caso abordado, o meu foco foi devolver a Sara um lugar de segurança, clareza e autoria num pós-parto tardio marcado por dor, medo excessivo de falhar e um percurso clínico exigente (mastite evoluída para abscesso, drenado). Procurei articular ciência e presença: escutar sem pressa, validar a história e os significados que a amamentação tem para ela, e só depois intervir tecnicamente.

Senti que consegui construir aliança terapêutica sendo que Sara se sentiu vista e respeitada, o que abriu espaço para trabalharmos crenças, medos e expectativas sem moralização.

Mantive um olhar biopsicossocial não apenas para a mama que dói, mas para a mulher que atravessa mudanças, distância da sua rede de apoio e “barulho” de opiniões. No plano clínico, garanti continuidade da lactação de forma realista: expliquei a fisiologia (lactogénese e FIL), valorizei a extração mecânica que

vinha preservando a produção e introduzi técnicas de proteção/otimização (ajuste do funil, alternância de estratégias, arejamento, evitar múltiplos cremes simultâneos). Identifiquei sinais compatíveis com eczema do mamilo e articulei com a equipa médica o início de terapêutica tópica, distinguindo de candidíase. Na alimentação do bebé, introduzi o *paced bottle feeding* como ponte respeitosa quando não há um abocanhar mamilo-aréola diretamente, reforçando a alimentação responsiva e prevenindo sobrealimentação. Quando a Sara se sentiu pronta, facilitámos uma mamada ao seu bebé devolvendo-lhe uma experiência positiva de amamentação. Paralelamente, trabalhei autocuidado materno (descanso, hidratação, micro-rotinas de bem-estar, divisão de tarefas) e reconheci o impacto do discurso social na culpa, ajudando a Sara a recentrar-se em indicadores de saúde reais (vitalidade do Duarte, sinais de transferência de leite e conforto materno).

Houve aspetos que faria diferente após reflexão nomeadamente. Teria sido útil registo fotográfico das lesões (com consentimento) para monitorizar resposta terapêutica. Poderia ter feito medição formal do mamilo para escolha exata do diâmetro do funil e rever em detalhe a higiene/manutenção da bomba (montagem, sucção, tempo, esterilização), reduzindo irritação cutânea e microtrauma. Por fim, poderia ter sistematizado os passos diários como intervalos de extração, duração da mamada, sinais de alerta para pedir ajuda (febre, rubor, dor crescente, ingurgitamento mamário), e contactos de apoio (consulta, telefone do serviço e grupos locais/*online*).

2.3. Desenvolvimento de competências especializadas para cuidar a mulher com complicações na gravidez

No modelo biomédico, a gravidez é definida como o estado fisiológico resultante da fecundação do ovócito pelo espermatozoide, seguido da implantação do embrião no endométrio, que culmina no desenvolvimento do feto no útero materno até ao nascimento. Inicia-se no momento da concepção e termina com o parto ou aborto, tendo uma duração média de 280 dias (40 semanas), contados a partir do primeiro dia da última menstruação (Teixeira,, 2023).

A gravidez, enquanto processo fisiológico, é um ritual de passagem muito importante, com significados profundos ao nível pessoal, familiar e cultural (Meleis, 2020).

Para Jean Watson, na Teoria de Cuidado Humano, a assistência pré-natal em situações de complicações deve ultrapassar a dimensão técnica, privilegiando uma relação transpessoal que permita à mulher sentir-se compreendida, apoiada e esperançosa. Validar emoções como medo ou ansiedade e criar um ambiente de confiança torna-se fundamental para reduzir o sofrimento e reforçar a sua capacidade de enfrentar a gestação (Watson, 2008).

Afaf Meleis na Teoria das Transições a compreensão da gravidez sobretudo quando associada a complicações é como um processo de transição de saúde/doença que exige acompanhamento contínuo. Cabe ao EE-ESMO facilitar esta transição, promovendo literacia em saúde, estratégias de coping, suporte emocional e a integração da família no processo de adaptação, de forma a favorecer uma experiência de maternidade mais positiva e saudável, mesmo em contextos de risco (Meleis, 2010).

O caso clínico seguinte vai trabalhar as competências específicas do EE-ESMO do Regulamento n.º 391/2019 no âmbito do cuidar a mulher durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente

complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal, e facilitando a sua adaptação neste período.

2.3.1. Caso clínico “Quando o corpo diz: para, valida e escuta-te”

Sob o peso discreto das perdas, da pressa e do conter no silêncio, o corpo dela pediu pausa. Validamos, escutamos, amparamos e a pausa tornou-se terapêutica e abriu espaço para o corpo e a essência do momento presente.

Mel (nome fictício) 41 anos de idade, nacionalidade portuguesa, residente na cidade onde se encontra o hospital, professora de Matemática do ensino secundário de um colégio privado também da cidade. Mãe do Salvador (nome fictício) de 6 anos de idade, casada com Ricardo (nome fictício) de 43 anos que é vendedor de eletrodomésticos, está grávida e é seguida na consulta de obstetrícia de risco do hospital por hipotireoidismo⁴⁰, perdas gestacionais prévias⁴¹ e gravidez em idade avançada. Vem encaminhada desta mesma consulta para a urgência do hospital, tendo afirmado sentir sensação de parestesias no quadrante inferior esquerdo da face com atingimento da língua e do braço esquerdo durante o último mês. Refere que inicialmente apenas sentia parestesias no membro inferior direito e que foi-se intensificando e passando para a face. Diz ter perceção por períodos de diminuição da força da mão e braço esquerdo. Por avaliação de especialidade médica de medicina interna não apresenta assimetrias faciais, protusão da língua com lateralidade preservada, sem aparentes défices neurocognitivos, força muscular preservada e simétrica nos quatro membros, sem história de trauma físico e sem queixas antes da gravidez. Fica internada na valência do SOG de Obstetrícia e de grávidas de risco com diagnóstico de gravidez em idade avançada com

⁴⁰ O hipotireoidismo na gravidez corresponde a uma disfunção endócrina caracterizada pela (tiroxina - T4 e triiodotironina - T3) pela glândula tiroide durante a gestação, resultando num aumento compensatório da hormona estimulante da tiroide (TSH). A maioria das mulheres são assintomáticas. As manifestações clínicas são semelhantes às que ocorrem na população não grávida e incluem fadiga, fraqueza generalizada, pele seca, ganho de peso, intolerância ao frio, obstipação, queda de cabelo, alterações da voz e edemas (Alexander et al., 2017)

⁴¹ O estudo de Abadi et al. (2023) evidencia associações relevantes entre o hipotireoidismo e determinados fatores maternos, nomeadamente a história de perdas gestacionais recorrentes e a presença de diabetes mellitus, e outros desfechos adversos da gravidez, como a hipertensão gestacional e o parto prematuro, sublinhando a necessidade de uma vigilância clínica apertada e de intervenções precoces que possam mitigar o impacto negativo desta patologia sobre a saúde materna e neonatal.

hipotireoidismo e suspeita de AVC. Tem pedido de avaliação por neurologia e ortopedia e realização de ressonância magnética cervical e cerebral, ecografia transtorácica, Holter e estudo analítico sanguíneo alargado nomeadamente estudo genético e autoimune. De todos os exames e avaliações efetuadas as alterações surgidas são na ressonância magnética cervical a deteção de duas hérnias cervicais C5-C7 sem relação clínica com a história de doença atual e nem para realização cirúrgica interventiva (descrito em avaliação de medicina ortopédica); alteração genética detetada no gene MTHFR com heterozigotia a variante c1298A e heterozigotia a variante c677C ⁴²e doseamento de vitamina B12 (238pg/mol, sem défice, mas no limite inferior).

Como história obstétrica Mel apresenta atualmente uma gestação de 28 semanas, de uma menina a quem vai chamar Francisca (nome fictício) sendo esta a sua quarta gravidez, com história anterior de um parto distócico por fórceps com episiotomia e laceração de grau 3b em 2018, e duas perdas gestacionais consecutivas aproximadamente com 8 semanas de gestação, a primeira em 2020 e a segunda em 2022 (perdas gestacionais ambas detetadas por ecografia em médico obstétrica do sistema privado de saúde). A gravidez de Mel tem sido acompanhada como já referido acima na consulta de gravidez de risco do hospital e em consulta na Unidade de Saúde Familiar. Está a fazer sessões em grupo de preparação para o parto e parentalidade na Unidade de Cuidados na Comunidade a que pertence a sua Unidade de Saúde Familiar em contexto de cuidados de saúde primários

Mel é uma mulher ativa profissionalmente, realiza caminhadas três vezes, e pilates duas vezes por semana. É catequista e canta no grupo coral da igreja da sua residência. Tem antecedentes clínicos de hipotireoidismo pré gravidez desde

⁴² O gene MTHFR (metilenotetrahidrofolato redutase) codifica uma enzima essencial no metabolismo do folato e da homocisteína. As variantes mais estudadas (C677T e A1298C) podem reduzir parcialmente a atividade enzimática e conduzir a níveis aumentados de homocisteína. Estas alterações genéticas são relativamente comuns na população e não devem ser consideradas uma doença em si mesmas, mas antes polimorfismos com impacto clínico variável. Embora a presença isolada de variantes MTHFR não constitua um diagnóstico de trombofilia, níveis elevados de homocisteína têm sido associados a desfechos adversos na gravidez, incluindo pré-eclâmpsia, perdas gestacionais e restrição do crescimento intrauterino (Dai et al., 2021).

os seus 28 anos, não fuma, não ingere bebidas alcoólicas, nem usa drogas, não refere alergias medicamentosas ou outras, e faz medicação Gestacare T (suplemento vitamínico da gravidez isento de iodo adaptado a mulheres grávidas com patologia da tiroide) um comprimido dia de manhã, Eutirox (levotiroxina sódica) 0.075mg um comprimido dia em jejum de manhã, ácido acetilsalicílico 100mg um comprimido ao almoço e sulfato ferroso 329,7mg um comprimido em jejum. O seu grupo *sanguíneo (sistema ABO e fator RhD)* é Orh positivo. Mel tem um sorriso leve no rosto, mas demonstra preocupação contida. A experiência do primeiro parto foi algo complexo para si. Nos contactos que tive com ela encontrava-se sozinha uma vez que o marido estava a trabalhar e também tinha de cuidar do Salvador, o que a deixava algo apreensiva.

A escolha deste caso clínico deveu-se pelo interesse pessoal que despertou em mim devido às nuances de patologia e a manifestação de processos emocionais associados. Permitiu-me incidir sobre a patologia hipotireoidismo na gravidez e correlação com restante caso clínico. Através dos cuidados prestados, foi possível desenvolver e adquirir competências específicas do EE-ESMO no cuidar a mulher em durante o período pré-natal relativamente ao âmbito do promover a saúde da mulher e facilitar a sua adaptação no período pré-natal, diagnosticar e prevenir precocemente complicações e atuar no cuidado da mulher com gravidez com complicações/patologia promovendo o bem-estar materno-fetal como descrito no Regulamento n.º 391/2019 da OE.

Cuidei de Mel durante dois turnos uma noite (21:00-8:30h) e uma tarde (14:30-21:30h) de março de 2025.

Após a passagem de turno dirijo-me ao quarto onde está Mel e conheço-a. Esta estava em videochamada com o seu filho Salvador e Ricardo o seu marido. Mel está no terceiro dia de internamento. Aguardo enquanto falo com a outra mulher que partilha o quarto consigo. Após término prontamente me apresentei pelo nome e como sendo estudante de especialidade em ESMO, e digo-lhe que serei eu que estarei a prestar cuidados conjuntamente com a minha tutora EE-EESMO a ela durante o turno da noite. Mel começa num choro contido e abraça

o seu abdómen. Esboço um sorriso e digo que “Falar com os nossos é sempre bom”. Mel diz que está assustada. “*Será que tive um AVC como dizem? Será que a minha bebé está bem? Pode dizer-me Enfermeira?* (sic). Devolvo a comunicação para Mel dizendo que ainda não temos conclusão e no processo clínico está escrito que se aguarda os resultados da Ressonância Magnética Cerebral e Cervical, bem como alguns resultados de colheita de sangue e a avaliação de Neurologia médica. Mediante esta conversa apercebo-me que o foco da minha atenção será o conhecimento sobre complicações, de forma a potenciar a melhoria de conhecimento, promovendo o conhecimento sobre as complicações associadas à sua condição clínica e obstétrica, reconhecendo os sinais de alarme, promovendo a adesão ao regime terapêutico prescrito. Para além disso, procurou-se promover o conhecimento sobre as medidas de autocuidado necessárias para a contribuição de uma gravidez segura e saudável por parte de Mel, bem como reforçar a importância de manter articulação entre cuidados hospitalares (obstetrícia, neurologia, genética) e cuidados de saúde primários e reforçar importância da vigilância clínica e adesão a consultas e exames complementares;

Reconheço também a condição de ansiedade excessiva relacionada com a gravidez com complicações e crio espaço de relação terapêutica baseada na escuta ativa e validação de sentimentos de Mel, onde a avaliação dos fatores desencadeadores se tornam preponderantes. A intenção terapêutica era trabalhar a promoção da capacidade de Mel, em utilizar estratégias de autocontrolo da ansiedade, favorecendo o bem estar-emocional e adaptação à gravidez com complicações.

Sugiro a Mel que se quiser podemos ver os sinais de saúde da sua bebé Francisca fazendo o exame CTG. Mel afirma que sim. Durante o tempo de exame questiono a Mel como se sente hoje fisicamente e quando começaram estes sintomas. Mel refere que sente os mesmos sintomas. Há cerca de um mês começaram os “formigueiros” no braço esquerdo e nesta última semana sentiu a sensação de dormência do lábio, língua e face à esquerda e na consulta de rotina no hospital acharam melhor internar. “*Tive dois abortos e se perco esta*

bebé também? E o meu menino faz anos daqui a três dias está triste.” (sic).

CTG (20min): frequência cardíaca fetal basal entre 135-140 bpm; variabilidade normal (5-25 bpm); acelerações presentes; ausência de desacelerações; ausência de atividade uterina (contrações não registadas). Claramente a minha percepção em relação à ansiedade de Mel reforça o caminho de trabalharmos estratégias e aprofundar esta dimensão através da expressão verbal das preocupações facilitando espaço seguro para partilhar sentimentos de medo, tristeza, encorajando a importância da ligação afetiva com a sua bebé.

Após o término do CTG, comunico os sinais de saúde fetal a Mel, ficando ela mais tranquilo e peço autorização para avaliação dos sinais vitais (TA:122/65 mmhg; FC: 97 bat/min; FR:16 cr/min; SatO₂-98%; Temperatura auricular: 36.7; Dor: ausente [sic]).

Valido sentimentos relacionados com a ansiedade sobre a gravidez de risco e as perdas anteriores, e falo-lhe sobre o projeto de luto perinatal “Amor de Borboleta”, como um possível apoio. Mel diz já ter ouvido falar, mas neste momento não lhe faz sentido.

Pergunto a Mel se gosta e costuma usar alguma estratégia para relaxar uma vez que a hora de dormir está perto e Mel refere que gosta de ouvir música clássica. Sugiro que o faça e digo-lhe caso lhe faça sentido respire profundamente através da técnica de respiração quadrada e visualize algo positivo em família. Deixo Mel para descansar após exemplificar técnica de respiração “quadrada”^{43, 44} e deixando a sugestão que converse com os seus receios com a sua bebé, que acaricie a sua barriga e que conjuntamente com ela planeie um

⁴³ A técnica de respiração em quatro tempos, também conhecida como respiração quadrada (*box breathing*), consiste em inspirar em quatro tempos, sustentar a respiração por quatro tempos, expirar em quatro tempos e manter a apneia expiratória igualmente durante quatro tempos. Promove a ativação do sistema nervoso parassimpático, o que contribui para a redução da frequência cardíaca, da tensão arterial e para o aumento da sensação de calma e foco (Cardoso, 2023).

⁴⁴ A técnica de imaginação guiada, *guided imagery*, ou visualização positiva, é uma técnica psicocorporal que consiste em visualizar mentalmente imagens, sons, cheiros e sensações agradáveis, orientada pelo próprio ou por um profissional/áudio. O objetivo é ativar uma resposta de relaxamento do sistema nervoso, reduzir a ansiedade e promover sentimentos de segurança, confiança e esperança. Furtado et al. (2019) evidenciam que a aplicação da técnica de imaginação guiada em contexto materno favorece a adaptação emocional da mulher à gravidez, reduz os sintomas de ansiedade e potencia experiências mais positivas face ao processo de gestação e parto, sendo, por isso, recomendada como complemento nos cuidados especializados em ESMO.

momento de autocuidado para si na manhã seguinte, e que lhe seja prazeroso como um banho mais demorado, ligar a uma amiga, ler. Mel diz-me com sorriso tímido que vai fazer isso. Mel passa a noite bem dormindo por períodos e acorda bem-disposta. Falo com a minha tutora EE-EESMO no sentido de agilizar a vinda de Salvador no dia do seu aniversário e estar com Mel e Ricardo, tendo sido solicitado à Enfermeira Gestora do SOG e validado.

Do meu primeiro contato com Mel até ao segundo contacto, passaram-se quatro dias, encontrando-se Mel no 7.º dia de internamento. Dirijo-me ao quarto de Mel e início a conversa perguntando como tinha corrido o dia anterior uma vez que Salvador tinha vindo ao hospital para celebrar o aniversário. Mel esboça um sorriso e diz *“Foi muito bom... ele estava muito feliz, mas ao mesmo tempo não deixo de pensar em tudo isto. Tenho medo de não estar bem para ele e para a bebé”* (sic). Aproveito esse momento de abertura e através do uso de linguagem clara e acessível, informar Mel, que tenho conhecimento que os resultados dos exames realizados já lhe foram comunicados pela equipa médica (não foi identificado acidente vascular cerebral, hérnias cervicais detetadas não têm indicação cirúrgica no momento, e a alteração genética encontrada está relacionada com o metabolismo dos folatos), e abro espaço para Mel colocar questões que queira esclarecer, validando os sentimentos de Mel e promovendo a confiança na equipa multidisciplinar que a acompanha, ao que ela refere não apresentar qualquer questão técnica. Introduzo alguns cuidados alimentares a ter em conta, tendo as preferências de Mel como referência fomentando a alimentação equilibrada rica em folatos, vitamina B12 e B6⁴⁵, bem como refiro a importância da adesão à medicação da tiroide e suplementação prescrita.

⁴⁵ Folatos (espinafres, couves, brócolos, espargos, alface, rúcula, agrião, abacate, citrinos, kiwi, morangos, leguminosas (grão-de-bico, feijão, lentilhas, ervilhas), frutos secos (amêndoas, nozes), sementes (sésamo, girassol), cereais e pães enriquecidos com ácido fólico. Vitamina B12: peixes (sardinha, salmão, atum, cavala), marisco (amêijoia, mexilhão, berbigão), carnes magras (frango, peru, vitela), fígado, ovos, leite, iogurte, queijos, bebidas vegetais e cereais fortificados. Vitamina B6: frango, peru, salmão, atum, batata, batata-doce, banana, grão-de-bico, feijão, aveia, arroz integral, nozes, avelãs, sementes (abóbora, girassol) (Cardoso et al., 2023).

Mel mantém o rosto tenso e diz “*Tudo isto deixa-me ansiosa. Penso muito no que já passei*” (sic). Devolvo a comunicação a Mel dizendo que se quiser podemos falar sobre o que está a sentir. Mel refere que o parto de Salvador foi muito complicado e difícil de recuperar física psicológica e emocionalmente tendo muitas dores na altura e incontinência fecal no início, tendo sido acompanhada em consultas médicas de ginecologia, psicologia e fisioterapia pélvica.

As lacerações vaginais podem ocorrer de forma fisiológica, resultantes do estiramento natural dos tecidos durante a passagem fetal, ou ser consequência. As lacerações de 1.º grau envolvem apenas a mucosa vaginal e/ou a pele do períneo, geralmente superficiais e de cicatrização rápida, podendo causar dor transitória e hemorragia ligeira. As de 2.º grau atingem também os músculos do períneo, sendo habitualmente necessárias suturas, e podem provocar desconforto, dor no puerpério e dispareunia temporária. As lacerações de 3.º grau afetam o esfíncter anal externo, classificando-se em 3a (menos de 50% da espessura do esfíncter anal externo lesionada), 3b (mais de 50% lesionada) e 3c (envolvimento do esfíncter anal externo e interno). Já as de 4.º grau estendem-se ao esfíncter anal externo e interno e à mucosa anorretal (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG], 2016; Sequeira et al., 2020). As lacerações de 3.º e 4.º grau, designadas OASIS (Obstetric Anal Sphincter Injuries), podem ter consequências significativas como dor persistente, dispareunia, incontinência anal, obstipação ou disfunção sexual, impactando de forma marcada a qualidade de vida materna.

Após a reparação de lacerações de 3.º e 4.º grau, recomenda-se o encaminhamento da mulher para fisioterapia perineal e reabilitação do pavimento pélvico, com o objetivo de promover a recuperação da função anal e prevenir complicações como a incontinência fecal. Deve ser assegurada uma consulta de seguimento entre as 6 e 12 semanas pós-parto, para avaliação clínica e, se necessário, realização de ultrassonografia endoanal ou manometria anorretal, de acordo com a persistência de sintomas. É igualmente importante o aconselhamento quanto ao planeamento de gestações futuras.

Nos casos em que persistam sintomas como incontinência fecal, dor ou disfunção sexual, deve ser efetuado encaminhamento para especialista em coloproctologia ou cirurgia colorretal, de forma a garantir avaliação e tratamento adequados (RCOG, 2016).

Valido a experiência e pergunto a Mel como se sente hoje em relação ao que sucedeu. Mel fala que foi duro e não se sentiu bem durante meses e que não quer passar pelo mesmo. Pergunta-me se a médica que a acompanhou na altura ainda está a trabalhar no hospital. Respondo-lhe que não e abro espaço para Mel falar sobre este assunto tendo como perceção minha que o diagnóstico de enfermagem a trabalhar será o significado atribuído ao trabalho de parto dificultador, onde o objetivo será promover a reconstrução e resignificação de um significado⁴⁶ de trabalho de parto positivo onde Mel se sinta capaz de vivenciar a experiência atual de forma mais segura, consciente, participativa e empoderada. Como critérios de resultados das minhas ações é esperado que Mel verbalize os seus sentimentos, medo e expectativas e relação ao trabalho de parto, conhecimento de estratégias de conforto e medidas preventivas de complicações e refira perceber-se mais preparada e confiante para enfrentar o trabalho de parto e expressar menor ansiedade associada à experiência de parto anterior.

Refere que se sentiu humilhada por palavras menos positivas e por “estarem em cima da sua barriga” e avisarem que iam “fazer um corte” e ela nem ter tempo de falar.^{47, 48, 49} Valido novamente a experiência e as emoções de Mel

⁴⁶ O significado é construído a partir da interpretação que cada pessoa faz da realidade que a envolve e a experiência. Cada significado corresponde a uma representação interna, feita pelas multidimensões da pessoa, e condicionará inevitavelmente as emoções, sentimentos e envolvimento nos cuidados e seus resultados. A promoção da reformulação do significado atribuído ao trabalho de parto deve ser prioritária no âmbito para preparação para o parto (Cardoso et al., 2023);

⁴⁷ A violência obstétrica pode ser entendida como qualquer prática desrespeitosa, abusiva ou não consentida durante a gravidez, parto ou pós-parto, que atente contra a dignidade e os direitos da mulher (WHO, 2014);

⁴⁸ Manobra de Kristeller consiste na aplicação de pressão sobre o fundo uterino para acelerar a expulsão fetal (Sequeira et al. 2020).

⁴⁹ A episiotomia, definida como incisão cirúrgica no períneo para ampliar o canal de parto (Sequeira et al. 2020). A episiotomia realizada de forma rotineira e sem consentimento informado, é considerada uma prática obsoleta e configurável como violência obstétrica e a sua utilização é recomendada apenas em situações de necessidade clínica (sofrimento fetal agudo, parto vaginal instrumentalizado, suscetibilidade de períneo e trauma prévio). Do mesmo

dizendo que agora estamos perante uma nova experiência e um conhecimento prévio dela e que podemos promover um plano com estratégias que lhe façam sentido para uma experiência mais positiva. Pergunto a Mel o que de positivo sentiu no pós-parto. Diz-me que “*Só a amamentação correu bem. Isso foi a minha força naquela altura*” (sic). Parabenizo a sua resiliência e afirmo “Vamos preparar um plano consigo, para que se sinta mais segura e confiante”. Ficamos a falar sobre plano de parto onde saliento a importância de construir o seu plano de parto individualizado, contemplando as suas preferências e receios incentivando também à participação nas sessões de preparação para o parto e parentalidade; explico o processo fisiológico do trabalho de parto, reforçando a autonomia da mulher, informo sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor (respiração, mobilidade, massagem, hidroterapia, técnicas de relaxamento); abordar medidas de prevenção de laceração (massagem perineal, posições no parto, *hands-off*);estimulo a utilização de técnicas de relaxamento, *mindfulness* ou respiração consciente. Mel mostra-se mais calma e recetiva.

Realizo avaliação dos sinais vitais (TA:118/75 mmhg; FC: 94 bpm; FR:16 cr/min; SatO₂ - 98%; Temperatura auricular: 36.9°C; Dor: ausente [sic]) e traçado cardiotocográfico (durante 20min): frequência cardíaca fetal basal entre 140-145 bpm; variabilidade normal (5-25 bpm); acelerações presentes; ausência de desacelerações; ausência de atividade uterina (contrações não registadas)”

modo, a manobra de Kristeller é uma prática não recomendada pela OMS por não apresentar benefícios comprovados e estar associada a riscos maternos e neonatais) podendo também ser considerada violência obstétrica quando aplicada sem consentimento (WHO, 2018).

2.3.2. Análise global das competências desenvolvidas em contexto de cuidar a mulher com gravidez com complicações.

O desenvolvimento de competências no cuidar da mulher com gravidez com complicações foi ancorado nos referenciais da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente no Regulamento n.º 140/2019 (competências comuns do enfermeiro especialista) e no Regulamento n.º 391/2019 (competências específicas do EE-ESMO)

No contexto institucional em que decorreram os estágios, um hospital de nível 1 reconheço que tive poucos casos de internamento de grávidas de risco, o que é expectável pela tipologia e a referência para centros diferenciados. Contudo, em consulta tive ampla exposição ao cuidar de mulheres com gravidez de risco, incluindo situações de pré-eclâmpsia, colestase gravídica, depressão perinatal, gravidez gemelar, hipotireoidismo e placenta prévia, entre outras. Este cenário permitiu consolidar competências de vigilância clínica estruturada, estratificação dinâmica do risco e encaminhamento atempado para níveis de cuidados diferenciados, sempre em articulação com a equipa multidisciplinar.

No caso de integrei avaliação clínica rigorosa, comunicação terapêutica e coordenação interprofissional. O que correu bem foi, primeiro, a aliança terapêutica: validei emoções, dei tempo ao silêncio, e usei linguagem clara para transformar incerteza em informação compreensível. O CTG de vigilância e a leitura conjunta dos resultados (“traçado tranquilizador”) funcionaram como intervenção clínica e emocional, reduzindo ansiedade no imediato. Articulei com a equipa médica a evolução diagnóstica (exames de neurologia/ortopedia, RM cervical e cerebral), traduzindo conclusões de forma acessível e evitando catastrofismo. Em paralelo, ativei estratégias não farmacológicas para a ansiedade (respiração quadrada, música, toque/auto-toque no abdómen, ligação afetiva à bebé), e favoreci rede de suporte ao facilitar a visita do filho no aniversário, devolvendo pertença e normalidade.

Na vertente educativa, reforcei a adesão à terapêutica tiroideia e introduzi cuidados alimentares práticos alinhados com o contexto clínico (folatos, B12, B6), respeitando preferências e realismo do internamento. Resgatei ainda a história do parto anterior para ressignificar o parto futuro, abrindo espaço para desenho de um plano de parto com foco em estratégias de conforto, prevenção de laceração e decisão partilhada. Em síntese, consegui segurança clínica, contenção emocional e projeto de caminho para o restante da gravidez.

Reconheço que faltou articulação atempada com a equipa multidisciplinar no encaminhamento para Psicologia e no rastreio estruturado de depressão/ansiedade perinatal. Apesar de ter validado emoções e prestado suporte, não formalizei a avaliação nem ativei precocemente os circuitos de referência para acompanhamento especializado.

3. NECESSIDADES ESPIRITUAIS DAS MULHERES EM TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

“O parto é simultaneamente um acontecimento biológico e uma experiência espiritual, onde ciência e invisível se encontram para dar significado ao nascer”

O que nos torna únicos, especiais e conscientes da nossa individualidade resulta da fusão entre o visível e o invisível. Numa dimensão multidimensional, o ser humano é um somatório cíclico, específico e singular das suas componentes fisiológicas, emocionais, psicossociais, culturais e espirituais. Se, por um lado, conseguimos discernir e medir grande parte destas dimensões, por outro, a vertente espiritual permanece ligada ao invisível e ao íntimo da pessoa, onde configurações e perceções subtis a moldam, ainda que sem visibilidade ou objetividade explícitas.

3.1. Enquadramento

A espiritualidade é a dimensão da vida que faz de a pessoa ser único e singular. É uma dimensão universal, uma vez que se encontra presente na vida de todos e que invoca sentimentos como amor, a fé, a esperança e a confiança. A palavra espiritualidade deriva da palavra espírito, que consiste na força de vida e na essência de cada pessoa. É a força vital que confere ao indivíduo a capacidade de transcender as leis naturais e ordens de vida, permitindo atingir uma dimensão misteriosa ou transcendente (Martins *et al.*, 2015).

O espírito orienta e motiva os indivíduos na procura de sentido e significado, expressando-se em todos os aspetos e experiências de vida, especialmente em momentos de crise e necessidade. As crenças religiosas não são um pré-requisito para a espiritualidade. (McSherry, 2006, citado por Martins *et al.*, 2015).

Segundo Puchalski *et al.* (2014) a espiritualidade é um aspeto universal da experiência humana, que se refere à forma como as pessoas, a nível individual e comunitário procuram e expressam significado, propósito e ligação a si próprias, aos outros, à natureza ou ao transcendente. A espiritualidade não se reduz à religião. Esta dimensão pode ser vivida através da religião organizada, mas também de forma independente de sistemas religiosos, sendo igualmente reconhecida por pessoas sem crença religiosa.

O conceito de espiritualidade é mais abstrato que o da religião e engloba áreas como o significado da vida, o amor, as relações, os valores pessoais, a individualidade, paz interior e a tranquilidade.

Embora a estreita ligação entre espiritualidade, ciência e saúde seja reconhecida há séculos, a ênfase crescente da ciência na prática da medicina levou, ao longo do tempo, alguns a questionar ou a rejeitar os seus potenciais efeitos terapêuticos. Hoje, sabemos que o cuidado espiritual é uma componente fundamental de cuidados de saúde compassivos e de elevada

qualidade, tornando-se mais eficaz quando é reconhecido e refletido nas atitudes e ações tanto dos utentes como dos profissionais de saúde. Nesta perspetiva, a Organização Mundial de Saúde, no *WHO Global Report on Traditional and Complementary Medicine 2019*, reforça o foco na saúde como experiência multidimensional (física, mental, social e espiritual), alinhada com a sua definição ampliada de saúde (não apenas ausência de doença). O documento reconhece que as dimensões culturais e espirituais influenciam a forma como as pessoas procuram cuidados de saúde e sublinha a importância de os sistemas de saúde respeitarem as práticas espirituais e tradicionais, valorizando-as como parte do bem-estar global e da saúde integral (WHO, 2019).

O cuidado espiritual ganhou maior formalização académica com a *Consensus Conference on Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care*, realizada em 2009, e promovida pelo *George Washington Institute for Spirituality and Health (GWish)*, na Califórnia, em parceria com a *City of Hope* e com apoio da *Archstone Foundation*. Este encontro reuniu profissionais de várias áreas do conhecimento, estabelecendo a espiritualidade como dimensão essencial nos cuidados paliativos (Puchalski et al., 2009). Em 2012, o GWish, com o apoio da *Arthur Vining Davis Foundations*, organizou a conferência *Creating More Compassionate Systems of Care*, em Washington, com o objetivo de expandir os princípios do cuidado espiritual para a criação de sistemas de saúde mais compassivos. A evolução culminou em janeiro de 2013, em Genebra, com a *International Consensus Conference on Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: The Transformational Role of Compassion, Love and Forgiveness in Health Care*, organizada por três organizações que a partir de diferentes perspetivas, visaram integrar a espiritualidade como dimensão essencial do cuidado em saúde, o GWish, de carácter académico e científico; o Fetzer Institute, de natureza ético-filosófica; e a Caritas Internationalis, confederação humanitária global que atua na defesa da dignidade humana e no apoio a populações vulneráveis. O resultado foi a formulação de uma definição internacional de espiritualidade, de carácter

amplo e inclusivo, aplicável a diferentes culturas e contextos de saúde que afirma:

“A espiritualidade é um aspeto dinâmico e intrínseco da humanidade, através do qual as pessoas procuram significado último, propósito e transcendência, e experienciam relação consigo próprias, com a família, com os outros, com a comunidade, a sociedade, a natureza e com o significativo ou sagrado. A espiritualidade expressa-se através de crenças, valores, tradições e práticas.” (International Consensus Conference, 2013, citado por Puchalski et al., 2014).

Na perceção de Puchalski et al. (2014), que reconhecem o cuidado espiritual como domínio essencial do *whole person care*, o cuidado espiritual em saúde pode ser entendido como uma dimensão do cuidar que reconhece a espiritualidade como parte intrínseca da condição humana, influenciando a forma como cada pessoa atribui significado, propósito e transcendência à sua experiência de vida, saúde, doença e morte. Vai além da assistência física ou emocional, procurando atender às necessidades espirituais da pessoa que podem incluir ligação, esperança, confiança, reconciliação, transcendência ou sentido e que se manifestam de forma singular em cada indivíduo, seja em contexto religioso, existencial, cultural ou secular. Em essência, trata-se de um cuidado centrado na pessoa, relacional e compassivo, que integra a dimensão invisível, íntima e transcendente do ser humano no processo terapêutico, promovendo bem-estar, dignidade e uma experiência de cuidado plena. Este cuidado assenta em três pilares fundamentais: o reconhecimento de que todos os seres humanos possuem uma dimensão espiritual, ainda que expressa de formas distintas; o acolhimento, que implica criar um espaço relacional de empatia, compaixão e respeito, onde a pessoa se sinta livre para expressar a sua espiritualidade; e a integração desta dimensão no processo de cuidar em saúde, em articulação com as restantes dimensões física, emocional, social e cultural, de modo a oferecer um cuidado verdadeiramente integral e multidimensional.

A dimensão do cuidar espiritual é essencial nos cuidados de saúde, particularmente nos cuidados de enfermagem, ao longo de todo o ciclo vital, independentemente da área onde são prestados. A dimensão espiritual é igualmente transversal ao cuidado à pessoa à família e à comunidade. Constitui-se parte integrante e indissociável do cuidar sendo essa uma das características que distingue os enfermeiros, cuidar da pessoa numa perspetiva holística e de integralidade. A dimensão espiritual tem suscitado questões nomeadamente o paralelismo com o conceito de religiosidade e a sua concretização nos cuidados tem merecido dúvidas e inseguranças, muito baseadas na necessidade de maior clarificação de conceitos e de maior objetividade ou diretrizes para uma implementação efetiva do cuidado espiritual, na falta de tempo, falta de um ambiente que promova a privacidade do utente, falta de formação e ausência do domínio de competências nessa área para intervir (OE, 2021)

Na literatura recente, tem-se avançado no aprofundamento e na operacionalização deste conceito, sendo estendida a todas as áreas do cuidar em saúde. Para além da definição consensualizada em 2013, os estudos mais atuais apontam para três direções principais: a necessidade de dimensionar a espiritualidade em contextos clínicos, através da identificação de elementos mensuráveis que permitam avaliar a sua presença e impacto na prática em saúde (Martins *et al.*, 2015).; o reconhecimento da espiritualidade como um determinante social da saúde, relevante não apenas a nível individual, mas também no bem-estar coletivo e nas políticas públicas (Long *et al.*, 2024; Puchalski *et al.*, 2014); e, o incentivo à sua integração formal nos currículos de formação dos profissionais de saúde, assegurando competências espirituais e capacidade de resposta às necessidades multidimensionais das pessoas (Long *et al.*, 2024; Puchalski *et al.*, 2014). Em conjunto, estes eixos revelam um movimento integrado da literatura contemporânea: da construção de uma definição inclusiva à sua concretização prática na investigação, na formação profissional e nas políticas de saúde globais.

As necessidades espirituais são reconhecidas como dimensões centrais do cuidado espiritual em saúde e incluem diferentes expressões universais, contudo são vividas em contexto único de cada pessoa.

A capacidade do enfermeiro em atender as necessidades espirituais do utente aprofunda a experiência do cuidado holístico, sendo que os utentes cujas necessidades espirituais são atendidas relatam maior satisfação com os cuidados recebidos, melhor gestão dos seus processos de saúde e doença e recuperações mais rápidas afetando positivamente a saúde o bem estar e a qualidade de vida (McDonald, 2024)

Khalili Khouzani et al. (2025), no seu estudo, *Identifying the key components of providing spiritual care in the hospital*, referem que atribuir significado, sentido e propósito (procurar sentido para a vida, para o sofrimento e para as transições como doença, gravidez, parto, luto e encontrar um “porquê” para a experiência vivida); sentir esperança e fé no futuro (acreditar em desfechos positivos, sentir confiança no futuro em situações de incerteza; experienciar paz e bem-estar interior para além do físico (paz, serenidade, harmonia consigo mesmo e com os outros, perceber-se como ser integral (bio-psico-socio-espiritual); sentir respeito pela individualidade, dignidade e autonomia; e ter lugar para a expressão de crenças e valores (ter espaço para expressar símbolos, práticas ou rituais que conferem identidade espiritual como orações, músicas, silêncio, símbolos culturais), constituem necessidades espirituais que a pessoa pode expressar. Já Puchalski et al. (2014) evidenciam a necessidade de transcendência e ligação, entendida como conexão com o divino, a natureza ou o cosmos, assim como a necessidade de perdão e reconciliação, fundamentais para a integração existencial em contextos de vulnerabilidade. Por sua vez, em Watson (2008) encontramos a valorização da pertença e da relação empática, reconhecendo a presença autêntica e compassiva como essência do cuidar transpessoal.

Na abrangência do cuidado multidimensional, a gravidez, trabalho de parto e o pós-parto, para além de eventos fisiológicos, devem ser compreendidos como

processos multidimensionais, que integram dimensões físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais, e que marcam profundamente a transição para a parentalidade. Esta perspetiva é sustentada pelas teorias de Jean Watson e Afaf Meleis, que enfatizam, respetivamente, a centralidade da dimensão transpessoal do cuidar e a transição de papéis e identidades que ocorre ao longo destes períodos, convocando a necessidade de um cuidado que vá além do biológico (Watson, 2008; Meleis, 2010).

A literatura reconhece que a espiritualidade influencia a forma como as mulheres vivenciam a gravidez, o trabalho de parto e o pós-parto, podendo favorecer sentimentos de confiança, entrega e significado no processo de parto. Ina May Gaskin (2002), na obra *Spiritual Midwifery*, foi pioneira ao defender que o parto deve ser compreendido como um acontecimento espiritual e transformador, que transcende o plano fisiológico. Nancy McHugh (2003) deu continuidade a esta visão em contexto académico, descrevendo as (os) EE-ESMO como verdadeiras (os) “*midwives of the soul*”, salientando que o parto é também um acontecimento espiritual e que o papel da(o) EE-ESMO não se limita a assistir o corpo, mas a acompanhar a “alma” da mulher no seu processo de transição. De igual modo, Sporek (2016) reforça que o cuidado espiritual é um elemento essencial da prática da EE-ESMO, exigindo características como compaixão, empatia, abertura e a capacidade de reconhecer a singularidade da experiência de cada mulher. Assim, torna-se essencial que a EE-ESMO seja capaz de identificar e responder a essas necessidades, oferecendo um cuidado integral que reconheça o parto como experiência de corpo e alma. Neste contexto fez-me sentido compreender melhor quais são as necessidades espirituais da mulher grávida em trabalho de parto para a completude do cuidado especializado em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

3.2. Metodologia

O parto, enquanto processo fisiológico e simultaneamente experiência transformadora, envolve dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais. A WHO, 2018, no documento sobre a promoção de experiências de parto positivas, reforça que a assistência deve ser centrada na mulher, garantindo não apenas segurança clínica, mas também respeito pelos seus valores, crenças e dignidade. Este enquadramento traduz-se na necessidade de cuidados que reconheçam a integralidade da pessoa, contemplando a dimensão espiritual como parte essencial da vivência do parto. Sporek (2016) destaca que o cuidado espiritual integra a essência da prática da EE-ESMO, requerendo competências como empatia, compaixão, abertura e capacidade de reconhecer a singularidade da experiência de cada mulher. Este enfoque complementa a visão defendida pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2022), que assumem a prática baseada na evidência, no respeito e na integralidade como pilares da atuação profissional.

No entanto, apesar do crescente reconhecimento da importância da espiritualidade nos cuidados de saúde, a literatura ainda apresenta lacunas quanto à sua aplicação específica no contexto do trabalho de parto. Grande parte dos estudos centra-se em aspetos biomédicos ou psicológicos da experiência do parto, relegando a dimensão espiritual para segundo plano.

Assim, justifica-se a realização da RNL que permita identificar, analisar e sintetizar o conhecimento existente sobre as necessidades espirituais da mulher grávida em trabalho de parto. Esta revisão permitirá:

A RNL é um método de síntese do conhecimento que procura oferecer uma visão ampla, interpretativa e crítica sobre determinado tema, reunindo evidências de natureza diversa (quantitativa, qualitativa, teórica e empírica) de forma contextualizada. Diferencia-se das revisões sistemáticas e meta-análises pela sua maior flexibilidade metodológica, que permite adaptar a busca e seleção

de estudos às especificidades do objeto em análise, e das scoping reviews pela ênfase na interpretação crítica e reflexiva das fontes. Segundo Sukhera (2022), este tipo de revisão é simultaneamente flexível, rigorosa e prática, uma vez que possibilita compreender o estado da arte de um campo, identificar tendências, discutir abordagens teóricas e evidenciar lacunas de investigação, constituindo-se como uma ferramenta relevante para orientar a prática clínica e a produção científica.

Ainda que não necessário, pelo tipo de estudo de investigação que é, a RNL requer clareza nos limites, escopo e definições. Os autores devem demarcar explicitamente o tema e a pergunta de investigação, definir os termos-chave e justificar a adoção de determinadas definições quando existirem alternativas. Dada a sua natureza flexível e iterativa, é admissível que o escopo evolua ao longo do processo; nesse caso, importa explicitar a razão dessas alterações e como impactaram a estratégia de busca. Exige-se ainda justificação dos critérios de inclusão/exclusão e da própria estratégia de pesquisa (termos usados, bases de dados consultadas, intervalo temporal, tipos de desenho, inclusão ou não de comentários, estudos empíricos e literatura cinzenta), bem como a incorporação de artigos seminais pertinentes ao fenómeno. A revisão deve declarar a reflexividade dos autores, descrevendo fatores que possam ter moldado a interpretação, e apresentar uma declaração de saturação/suficiência, reconhecendo que não visa exaustividade, mas sim uma seleção fundamentada e transparente do *corpus*. Por fim, é crucial detalhar o procedimento analítico e interpretativo (p. ex., síntese narrativa temática, análise de conteúdo, construção de mapas conceptuais), com racional teórico-metodológico, assegurando rastreabilidade das decisões e permitindo reprodutibilidade do processo, ainda que diferentes equipas possam chegar a leituras distintas (Sukhera, 2022).

Como ponto de partida para esta revisão narrativa foi elaborada a questão de investigação: “*Quais as necessidades espirituais da mulher grávida durante o trabalho de parto?*” Para orientar a pesquisa recorreu-se ao acrónimo PCC

(participantes/população - grávidas e puérperas; conceito - necessidades espirituais relacionadas com o parto; contexto - trabalho de parto) (Quadro 3).

Quadro 3. PCC

PCC		Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
P	Mulheres	Mulher grávidas, puérperas recentes	Mulheres fora do ciclo gravídico-puerperal
C	Necessidades espirituais relacionadas com o parto	Necessidades espirituais percebidas e expressas pela mulher, por uma pessoa significativa ou por um profissional no contexto do trabalho de parto, independentemente da sua natureza ou intensidade	Estudos centrados exclusivamente em aspetos psicológicos ou emocionais, sem ligação explícita à procura de sentido, transcendência ou valores espirituais.
C	Trabalho de parto	--	--

A pesquisa realizada baseou-se numa busca bibliográfica estruturada entre setembro de 2024 e setembro de 2025, em artigos originais, revisões, teses, dissertações que abordassem a espiritualidade/necessidades espirituais no cuidar espiritual iniciando-se de forma ampla e exploratória, com o objetivo de captar múltiplas perceções e conceitos relacionados com espiritualidade no cuidar, utilizando bases de dados CINAHL Ultimate, MEDLINE Ultimate, MedicLatina e Psychology and Behavioral Sciences Collection, através do agregador EBSCOhost Web, complementada por pesquisa no Google Scholar. A pesquisa foi realizada em português e inglês, de modo a ampliar a abrangência dos resultados e garantir a inclusão de literatura relevante produzida em diferentes contextos. Posteriormente a pesquisa foi afunilada usando palavras-chave e descritores específicos relacionados com a população, o conceito e o contexto definidos pelo acrónimo PCC, tais como: “mulher em trabalho de parto”, “necessidades espirituais”, “cuidados de enfermagem em saúde

materna” (em português) e “*pregnancy*”, “*pregnant*”, “*expectant mother*”, “*spiritual needs*”, “*supportive care needs*”, “*midwifery*”, “*childbirth*” (em inglês).

Foram considerados estudos de natureza qualitativa, quantitativa, teórica ou de revisão, desde que enquadrados no âmbito académico-científico da saúde. Como critério de exclusão, optou-se por eliminar publicações de carácter esotérico, religioso-doutrinário ou não científico, por não se enquadrarem no rigor metodológico exigido para esta revisão narrativa.

Este processo permitiu a seleção intencional dos estudos mais pertinentes para responder à questão de investigação, garantindo um equilíbrio entre amplitude exploratória e rigor metodológico.

3.3. Resultados

A gravidez e o parto constituem um percurso único e complexo. Cada mulher é uma construção singular de aspetos físicos, mentais, sociais e espirituais.

Tendo em conta as características de uma RNL, e dado que a pergunta PCC levou a uma pesquisa diminuta de artigos sobre o tema, a seleção dos artigos para esta revisão narrativa foi realizada de forma intencional no sentido de perceber os conceitos trabalhados (cuidado espiritual em contexto de ESMO e necessidades espirituais de uma parturiente) e avaliar a precepção dos profissionais sobre o tema e trazer à consciência as mudanças necessárias a implementar no reconhecimento e implementação desta vertente do cuidar integrativo, tendo em conta ser algo transversal a muitos artigos encontrados.

O primeiro artigo selecionado foi o de Backes et al. (2022). Trata-se de um estudo qualitativo intitulado *“Meaning of the spiritual aspects of health care in pregnancy and childbirth”*, realizado no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, com 27 puérperas, cujo objetivo foi conhecer a importância dos aspetos espirituais dos cuidados de saúde durante a gravidez, trabalho de parto, à luz do pensamento da complexidade. O pensamento da complexidade, segundo Morin (2005), é compreendido como uma perspetiva que reconhece o ser humano e os fenómenos de saúde como sistemas multidimensionais e interligados, nos quais o todo depende das partes e as partes dependem do todo.

Este estudo foi realizado através de entrevistas individuais cujos discursos foram analisados por meio de análise temática. As questões colocadas foram: “O que mais destacaria durante a gravidez e parto?”, “O que entende por assistência à saúde durante a gravidez e parto?” “Acha importante abordar o aspecto espiritual dos cuidados de saúde durante a gravidez e o parto?”

Os resultados obtidos foram organizados em três áreas principais: a inseparabilidade entre cuidado espiritual e emocional; a conexão entre

espiritualidade e o útero entendido como “templo sagrado”; o recurso a técnicas alternativas para o cuidado espiritual, como práticas complementares de caráter integrativo (Backes et al., 2022).

Através das respostas recolhidas nas entrevistas, as mulheres não conseguiram definir claramente o conceito de espiritualidade, necessidades espirituais e cuidado espiritual. Recolheram-se dados que evidenciam que o cuidado espiritual em saúde proporcionou conforto, incentivo e apoio emocional, trazendo paz e serenidade; a espiritualidade é algo que dá sentido à vida e o parto é um marco na vida de uma mulher; em momentos difíceis como perda gestacional, ou doença na gravidez a espiritualidade é um apoio para lidar com o sofrimento; a espiritualidade é a sensação de conexão com o sagrado; trabalhar a espiritualidade torna a experiência de gravidez e parto mais positiva; a presença da(o) EE-ESMO no trabalho de parto segurando a mão e massajando promove a vinculação espiritual; a designação de útero como templo sagrado onde o novo ser vive; conexão profundamente sentida pela mãe com o bebé auxilia na resolução da incerteza, insegurança; a comunhão espiritual no momento do parto como uma ligação entre dois mundos; o período pré-natal como momento ideal de abordar o tema da espiritualidade no parto, criação de grupos de partilha; cuidado espiritual como acolhimento; lugar para a expressão de técnicas durante o trabalho de parto como Reiki, incenso, música, e luz diminuída promovem a ligação espiritual; importância do respeito das crenças individuais (Backes et al., 2022).

O segundo artigo selecionado foi o de Adnan et al. (2023), intitulado “*Spiritual needs throughout childbirth: a cross-sectional study among working women at the largest university in Brunei*”. Trata-se de um estudo quantitativo transversal, realizado em Brunei, com 80 mulheres trabalhadoras da maior universidade do país, cujo objetivo foi avaliar as necessidades espirituais ao longo do parto. O método utilizado consistiu num questionário autoaplicado, adaptado e validado da *Spiritual Needs Assessment Scale Questionnaire* (SpNQ), originalmente desenvolvido para doentes oncológicos, mas modificado e

traduzido para o contexto cultural e linguístico de Brunei, de forma a contemplar a experiência do parto.

O questionário aplicado era composto por 38 itens divididos em 5 domínios. Os resultados evidenciaram que a necessidade espiritual mais elevada foi a de “encontrar sentido e propósito” seguida pelas “necessidades religiosas” e pela “busca de paz”. Em menor expressão surgiram a “necessidade de comunicar”, por último, o domínio de “apoio e independência” (Adnan et al., 2023).

A maioria das mulheres tinha idade acima dos 40 anos e relataram que a necessidade mais presente era no domínio do “encontrar significado e propósito”. Mulheres com quatro ou seis filhos tem maior expressão no domínio de “encontrar significado e propósito” e “buscar paz”. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas a nível das necessidades espirituais totais, no nível educacional das mulheres. Mulheres com nível de escolaridade universitária apresentam mais expressão no domínio do “suporte e da independência”.

O terceiro artigos incluídos na revisão foi o de Crowther e Hall (2020), intitulado “*Spirituality and childbirth: an integrative review / co-operative inquiry*”. Este estudo, de caráter qualitativo, utilizou a metodologia de inquérito cooperativo *online* com profissionais de saúde (na maioria EE-ESMO) e outros participantes interessados, recorrendo a exercícios reflexivos, narrativas pessoais, expressões poéticas e discussões em grupo. O objetivo foi explorar, de forma colaborativa, como a espiritualidade poderia ser reconhecida e honrada nos cuidados de maternidade do século XXI. A análise temática revelou quatro eixos principais: “significado e construção de sentido”, “cultura do nascimento”, “relações incorporadas e intuição” e “espaço/tempo/lugar”, sendo a noção de *spiritual midwifery* (partejar espiritual) identificada como tema transversal. As participantes realçaram que o parto é vivido como uma experiência existencial, transformadora e profundamente significativa, que envolve conexões consigo próprias, com os outros e com algo transcendente. Reconhecer e integrar esta dimensão nos cuidados implica ambientes sensíveis, práticas relacionais e presença respeitosa, indo além do modelo biomédico e tecnocrático centrado

no risco. Assim, as necessidades espirituais não foram “impostas” pelos investigadores, foram percecionadas e identificadas a partir das vozes e experiências das mulheres e profissionais participantes na *co-operative inquiry* e incluem a busca de sentido e propósito, o respeito pelas crenças culturais e espirituais, a valorização das relações de apoio e a criação de ambientes propícios ao bem-estar espiritual no momento do parto (Crowther & Hall, 2020).

3.4. Discussão dos resultados

As necessidades espirituais desempenham um papel crucial no fortalecimento da determinação, confiança e segurança das mulheres durante todo o processo de trabalho de parto. O seu reconhecimento é fundamental para a atenção e cuidado integral à sua saúde, para uma experiência positiva e empoderadora de parto, tendo como permissa que estas necessidades espirituais são únicas em cada mulher. As necessidades espirituais da mulher em trabalho de parto são mais do que necessidades religiosas, sendo estas integrantes conjuntamente com expressão de ações específicas, crenças, e estados de serenidade, tranquilidade e paz com contribuem para um desfecho positivo no parto e devem por isso ser vistas como aspeto importante no sistema de apoio da mulher durante o trabalho de parto (Adnan et al. ;2023).

A escolha dos três artigos acima mencionados nos resultados teve uma finalidade própria para esta RNL. Por um lado, perceber pela literatura quais são as necessidades espirituais da mulher durante o seu trabalho de parto (Backes et al., 2022); por outro perceber em contexto de questionário aplicado direto as mulheres (Adnan et al., 2023); e de outro ponto de vista entender a perceção dessas necessidades espirituais pel(o) EE-ESMO e outros profissionais que trabalham com mulher durante trabalho de parto e Parto (Crowther e Hall,2020).

Os resultados obtidos, ainda que numa amostra reduzida de estudos, reforçam a evidência encontrada na literatura de que as necessidades espirituais no trabalho de parto são centrais para uma experiência positiva, mas frequentemente invisíveis nos modelos de cuidados ditos biomédicos e ainda pouco exploradas por não serem “palpáveis” e por os profissionais não se sentirem à vontade com esta temática.

A literatura relativa às necessidades espirituais da mulher em trabalho de parto é escassa sendo maioritariamente baseada na perspectiva dos profissionais de saúde.

Os três artigos analisados, apesar de metodologias e geografias distintas, convergem em quatro eixos de necessidades espirituais no trabalho de parto:

1) busca de sentido e propósito; 2) paz/serenidade como regulação da incerteza; 3) presença respeitosa e relacional com os profissionais; e, 4) abertura a crenças no transcendente e rituais significativos para a mulher.

Backes et al. (2022) evidenciam a indissociabilidade percebida entre cuidado espiritual e emocional pelas mulheres surgindo relatos dos dois aspectos sendo algo ténua a linha que os separa. Apesar de não se conseguir definir claramente o que é espiritualidade ou cuidado espiritual em saúde, as conexões e significados não se reduzem às dimensões biológica, mental e social. Esta perceção foi mais evidente quando a ligação entre a espiritualidade e o significado atribuído à existência humana, não se restringe a pensamentos materiais e aleatórios traduzindo a ideia de que o cuidado integral é multidimensional e fundamental durante o trabalho de parto.

Relatos das mulheres, da descrição do útero como “templo sagrado” e o parto um momento de conexão entre dois mundos, o terreno e o espiritual, onde a mulher sente conexão com o sagrado, elevam o parto à dimensão do sagrado e a mulher como portal para essa expressão e cruzam-se com a necessidade referida por Watson, 2008 de que a(o) EESMO deve integrar o cuidado transpessoal e o respeito pelas crenças individuais na sua prática diária. O Regulamento n.º 391/2019, das Competências Específicas do EE-ESMO (OE, 2019), enfatiza que EE-ESMO deve prestar cuidado integral, centrado na mulher, incorporando dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais.

As práticas integrativas e crenças potenciadoras de bem-estar multidimensional elevam a expressão da espiritualidade no parto, contudo é imperioso perceber que componente espiritual não pode ser confundido com religiosidade. As participantes validam que cada pessoa tem as suas crenças e o seu nível de conexão com o universo e que práticas como reiki, incensos, música, meditação e luzes suaves durante o parto promovem o bem-estar integral, contudo essas práticas não devem ser impostas corroborando com a indicação dos PQCEESMO

(2022), onde se destaca a importância de respeitar a singularidade da mulher e de promover o bem-estar integral, respeitando o princípio da autodeterminação e o respeito pela autonomia da mulher.

O enfoque na período pré-natal como momento catalisador para abordagem destas temáticas com as mulheres é central para a expressão destas necessidades, com abordagem destas temáticas em grupos de partilha. Desta forma, a(o) EE-ESMO posiciona-se como facilitador de um processo de cuidado que não é apenas técnico, mas é também existencial e relacional exigindo de si competências de presença, empatia e escuta ativa como referem Cardoso et al. (2023).

Adnan et al. (2024) quantificam as necessidades espirituais da mulher em trabalho de parto em prioridades, mostrando “encontrar sentido e propósito” e “buscar paz” como domínios de maior pontuação nas necessidades espirituais da mulher em trabalho de parto através do instrumento SpNQ modificado. As necessidades espirituais em mulheres ≥ 40 anos e múltiparas acrescem validando a ideia de que as necessidades espirituais variam com a idade e tornam-se mais relevantes à medida que a mulher amadurece.

A componente religiosa pode influenciar a necessidade de cuidado espiritual, e tendo em conta a complexidade de conceito pode haver uma não sensibilização por parte dos profissionais.

As necessidades espirituais muitas vezes são evitadas pelos profissionais de saúde devido à sua natureza complexa existindo lacunas entre a evidência científica e a prática clínica. Ignorar esta dimensão do cuidar compromete a qualidade dos cuidados e reduz o carácter multidimensional do acompanhamento em enfermagem de saúde materna (PQCEESMO, 2021).

Crowther & Hall (2020) desviam o foco de “o que fazer” para o “como cuidar”, defendendo a *spiritual midwifing*, em que a espiritualidade emerge das relações, do ambiente e da presença cuidadora, alertando contra a sua redução a *checklists* ou protocolos rígidos. Este estudo defende que as necessidades

espirituais no parto se expressam na busca de sentido e propósito, no respeito pelas crenças culturais e espirituais, na valorização das relações de apoio e na criação de ambientes propícios ao bem-estar espiritual. O parto é apresentado como um evento numinoso, carregado de mistério e significado, impossível de ser plenamente captado por regras ou algoritmos clínicos. As autoras defendem ainda que a formação em ESMO deve assentar numa base filosófica, capaz de honrar a natureza espiritual do parto, sugerindo que a educação em enfermagem obstétrica integre estratégias criativas de ensino que favoreçam uma prática mais sintonizada espiritualmente. Estes achados dialogam com a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, (Watson, 2008) ao colocar a presença autêntica e a relação como núcleo do cuidar e com a Teoria das Transições de Meleis (Meleis, 2010), ao reconhecer o parto como parte de uma transição existencial que requer acompanhamento e apoio para a integração da experiência.

Tendo por base a referência de Khalili Khouzani et al. (2025), Puchalski et al. (2014) e Watson (2018) em relação às necessidades espirituais, no estudo de Backes et al. (2022) as mulheres relacionaram-nas com atribuir significado, sentido e propósito, sentir esperança e fé no futuro nos desfechos positivos, sensação de experienciar paz e bem-estar interior para além do físico, sentir respeito pela sua individualidade, dignidade e autonomia, ter lugar para a expressão de crenças e valores (ter espaço para expressar símbolos, práticas ou rituais que conferem identidade espiritual como orações, músicas, silêncio, símbolos culturais), conexão ao transcendente e divino e necessidade de acolhimento e relação empática. Em Adnan et al. (2023), as necessidades explícitas no questionário foram encontrar sentido e propósito, necessidades religiosas, busca de paz, necessidade de comunicar e apoio e independência por esta ordem de importância; no estudo de Crowther & Hall (2020), as necessidades espirituais da mulher em trabalho de parto relatadas pelos profissionais foram busca de sentido e propósito, o respeito pelas crenças culturais e espirituais, a valorização das relações de apoio e a criação de ambientes propícios ao bem-estar espiritual no momento do parto.

A investigação nesta área tem registado avanços significativos; contudo, persistem lacunas relevantes. Entre elas destacam-se: a falta de uma descrição conceptual clara e consensual da espiritualidade, a recorrente confusão entre dimensões espirituais e emocionais e a ausência de uma linguagem comum que favoreça a comunicação científica e clínica. Verifica-se igualmente uma escassez de instrumentos de avaliação das necessidades espirituais da mulher, em particular ferramentas específicas para o contexto do parto que estejam devidamente validadas em diferentes culturas. Acresce ainda a insuficiência formativa, resultante de uma formação de base pouco orientada para a operacionalização do cuidado espiritual, o que pode levar à sua abordagem através de formalismos ou misticismos. Por fim, nota-se a necessidade de uma transformação cultural nas organizações de saúde, de modo a integrar de forma efetiva e estruturada esta dimensão do cuidar nos sistemas de saúde.

3.5. Conclusões

A espiritualidade emerge como um elemento essencial para a integralidade dos cuidados à mulher em trabalho de parto, constituindo fator de bem-estar, resiliência e significado. Contudo, a sua integração efetiva na prática de enfermagem especializada exige maior clareza conceptual, investimento formativo e políticas organizacionais que reconheçam o parto como uma experiência de corpo e alma. Da análise dos estudos emergem quatro conclusões:

1. Dimensão espiritual como parte integrante do cuidado em ESMO: A espiritualidade é percebida pelas mulheres como uma fonte de conforto, esperança, sentido e ligação, tanto no processo fisiológico do parto como em situações adversas, como perdas gestacionais ou doenças na gravidez (Backes et al., 2022). Esta dimensão contribui para uma vivência mais positiva da maternidade, sendo reconhecida como essencial ao lado das dimensões física, emocional e social.

2. Necessidades espirituais são variáveis, mas universais para todas as mulheres: O estudo de Adnan et al. (2023) evidencia que, independentemente do contexto cultural ou académico, as mulheres atribuem grande relevância à necessidade de encontrar sentido e propósito e à busca de paz durante o parto. Estes resultados confirmam que as necessidades espirituais são universais, embora se expressem de forma diferenciada consoante a história pessoal, idade, paridade e contexto cultural.

3. Espiritualidade como experiência existencial e relacional: O inquérito cooperativo de Crowther e Hall (2020) mostra que a espiritualidade no parto é vivida como experiência transformadora e existencial, em que as mulheres e os profissionais destacam a importância de ambientes sensíveis, presença respeitosa, intuição e relações de apoio. Surge a noção de *spiritual midwifery*, que valoriza a ação profissional da(o) EE-ESMO como facilitador de um cuidado

que reconhece corpo, mente e espírito, indo muito para além do modelo biomédico.

4. Lacunas conceptuais e práticas: Apesar da relevância atribuída à espiritualidade, persistem dificuldades na sua definição clara, na distinção entre dimensões espirituais e emocionais, e na operacionalização de cuidados espirituais em contexto de parto.

Limitações do estudo

A presente revisão narrativa apresenta algumas limitações que importa reconhecer. Em primeiro lugar, trata-se de uma metodologia que não segue protocolos sistemáticos de pesquisa, seleção e análise dos estudos, o que pode introduzir viés de seleção e comprometer a reprodutibilidade dos resultados. Ao contrário das revisões sistemáticas, não foram utilizados métodos explícitos para garantir a exaustividade da pesquisa, pelo que alguns estudos relevantes poderão não ter sido incluídos.

Em segundo lugar, a natureza narrativa deste tipo de revisão confere maior espaço à interpretação subjetiva do investigador, o que pode influenciar a forma como os resultados são apresentados e discutidos. Esta subjetividade, embora enriquecedora para a reflexão crítica, pode limitar a objetividade da síntese.

Outra limitação prende-se com a heterogeneidade dos estudos disponíveis sobre espiritualidade em contexto de parto. As diferenças conceptuais (ex.: confusão entre espiritualidade, religiosidade e bem-estar emocional), metodológicas (quantitativos vs. qualitativos) e contextuais (variações culturais e organizacionais) dificultam a análise dos resultados.

Por fim, destaca-se que, por se tratar de uma revisão narrativa, o objetivo principal foi mapear tendências e refletir criticamente sobre o tema, e não fornecer respostas definitivas ou orientações clínicas baseadas em evidência de elevada robustez.

Implicações para a prática

O reconhecimento da espiritualidade como dimensão fundamental do parto implica que o cuidado da(o) EE-ESMO vá além da resposta às necessidades físicas e emocionais, incorporando a procura de sentido, transcendência e ligação da mulher. É, por isso, essencial investir na formação inicial e contínua dos EE-ESMO em avaliação e intervenção em necessidades espirituais.

A integração da espiritualidade no cuidado exige que os serviços de saúde adotem uma cultura organizacional que reconheça o parto como experiência de corpo e alma. Isto implica políticas institucionais que apoiem práticas humanizadas, equipas multiprofissionais sensibilizadas e tempo disponível para cuidados relacionais.

Implicações para a investigação

Necessidade de clarificação conceptual do conceito de espiritualidade no parto. A literatura revela confusão entre espiritualidade, religiosidade e bem-estar emocional. É necessário desenvolver estudos que definam e distingam estes conceitos de forma clara.

Investigar como a dimensão espiritual pode ser incorporada nos modelos já existentes de humanização do parto, explorando o modo como ambientes sensoriais, plano de parto e práticas podem ser potenciadores da vivência espiritual.

4. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS

A concretização do estágio final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica representou um processo de aprendizagem profundamente enriquecedor e transformador, marcado pela consolidação de competências técnicas e relacionais, bem como pelo significativo contributo para o meu crescimento pessoal e profissional. Este capítulo tem como propósito desenvolver uma reflexão crítica sobre a articulação entre teoria e prática, analisar o impacto desta experiência na construção da minha identidade como enfermeira e futura EE-ESMO e problematizar os desafios ético-deontológicos vivenciados no contexto clínico.

A articulação entre o conhecimento teórico e a experiência prática mostrou-se fundamental para a consolidação das competências inerentes ao exercício do EE-ESMO, tal como estabelecido no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, OE) e no Regulamento das Competências Específicas do EE-ESMO (Regulamento n.º 391/2019, OE).

Durante o estágio no bloco de partos, confrontei-me com algumas dificuldades técnicas, particularmente na realização da amniotomia e na execução do toque vaginal, sobretudo no que dizia respeito à identificação precisa das estruturas anatómicas, à determinação da variedade da posição fetal e à avaliação dos planos de *Hodge*. Estas limitações iniciais geraram momentos de insegurança e exigiram um investimento acrescido em treino supervisionado e em reflexão crítica sobre a minha prática. O acompanhamento próximo dos tutores, aliado à repetição sistemática, permitiu não apenas aperfeiçoar a destreza técnica, mas também desenvolver uma maior sensibilidade tátil e capacidade de interpretação, reconhecendo que o processo continua a ser um percurso de aprendizagem progressiva.

Assumo que este processo exigiu paciência, humildade, abertura ao *feedback* e superação de receios, constituindo um marco essencial na consolidação da minha autoconfiança e na valorização da prática reflexiva como ferramenta indispensável de crescimento profissional. As práticas já instituídas no Bloco de partos, onde realizei estágio, seguindo as recomendações da WHO (2018) sobre a promoção de experiências de parto positivas e centradas na mulher, constituíram-se como guia de aprendizagem muito positivas para mim.

Neste momento, os cuidados de ESMO em Portugal estão numa transição de paradigma estrutural juntando o modelo biomédico com o modelo integrativo do cuidar e, como qualquer transição, reflete entusiasmo por parte de uns e alguma resistência por parte de outros. Contudo, a prática clínica aliada à melhor evidência científica, aliada a competências relacionais de cuidado individualizado na mulher, são a forma mais gentil de promover esta mudança em todos nós. Mulher a Mulher, parto a parto, se faz esta transformação tao necessária. Existe ainda um caminho a percorrer, na adoção de medidas não farmacológicas para ajudar a mulher a lidar com a sua dor, no incentivo à mobilidade e no respeito pela fisiologia do trabalho de parto, sendo que muitas vezes esse caminho, na minha opinião, ainda é travado pela cultura biomédica, de agir sobre o risco de “acontecer algo”, por algum não conhecimento e pela não confiança dos sinais de saúde da mulher e do feto. Mas, como referi acima, só com persistência, humildade, respeito por todas as opiniões e contextos conseguimos resultados positivos. Honrar o caminho percorrido, agradecer o caminho do presente e avançar com segurança no futuro, construído de valores e ideais sustentados cientificamente será o segredo, e o legado, da ESMO.

O cenário de assistência durante o trabalho de parto para cada mulher é único e é fundamental essa perceção por parte do EE-ESMO e deve ser sustentado na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, que valoriza a presença, a empatia e o cuidado autêntico, e com a Teoria das Transições de Meleis, que reconhece o parto como evento crítico de um processo de mudança/transformação pessoal profundo que exige acompanhamento sensível e individualizado.

A preparação para o parto e promoção da adaptação à parentalidade no período pré-natal é fundamental em todo o processo saudável de gravidez, parto e pós-parto. A base de partida para a mulher e sua pessoa significativa, e família é explorar, conhecer, estruturar, experienciar e potenciar o seu desenvolvimento pessoal no caminho para uma experiência de maternidade adequada à sua pessoa na perspetiva multidimensional. A promoção dos sinais de saúde e a validação dos superpoderes da mulher são fundamentais neste processo deixando a atuação clínica puramente biomédica e agregando o cuidado integral como mais-valia.

De acordo com o estabelecido no Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros, nos PQCEESMO (2021), na Lei n.º 2/2023, bem como nas recomendações da WHO (2018) e da NICE (2023), a(o) EE-ESMO é o profissional com competências para o acompanhamento da gravidez de baixo risco, e toda a assistência pré-natal, assumindo igualmente um papel determinante na identificação precoce e articulação atempada perante complicações, em estreita colaboração com a equipa multidisciplinar na gravidez de risco. Compete-nos, enquanto classe profissional, assegurar e defender esta premissa através de uma prática de cuidar que seja cientificamente fundamentada, humanizada e centrada na mulher e na família.

No âmbito das competências relacionais, a teoria mostrou-se ser igualmente determinante para a prática. A escuta ativa, a validação das emoções da mulher, a inclusão do companheiro e da família no processo e a comunicação terapêutica foram aspetos continuamente desenvolvidos e fundamentados em referenciais científicos e éticos.

O trabalho em equipa multidisciplinar implicou não só a partilha de responsabilidades como um trabalho interdisciplinar. A articulação eficaz com médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, e também a capacidade de defender os interesses e a autonomia da mulher em situações de divergência de opiniões são essenciais para cuidados de qualidade. Assim, a prática clínica tornou-se um espaço de tradução dos princípios teóricos em intervenções

concretas, sustentadas pela ciência e orientadas pelo respeito à singularidade de cada mulher e família.

Este percurso teve um impacto marcante na minha identidade profissional, transformando a forma como me perceciono enquanto enfermeira e mulher, possibilitando o fortalecimento da minha autoconfiança clínica e lidando com receios e crenças limitantes na minha atuação como profissional.

A experiência reiterada em contextos diversos, desde o acompanhamento de gravidezes de baixo risco até situações de maior complexidade, consolidou o meu raciocínio clínico e a minha capacidade de resposta em cenários imprevisíveis. Paralelamente, o contacto próximo com as mulheres e famílias trouxe-me uma maior consciência da importância da presença e do cuidado relacional articulado com como instrumentos terapêuticos tão relevantes quanto as técnicas.

No plano pessoal, este processo revelou-se igualmente transformador e promotor de uma grande catarse pessoal. A reflexão crítica sobre as minhas práticas, emoções e atitudes contribuiu para um maior autoconhecimento e resiliência emocional. Aprendi a gerir as minhas próprias expectativas. Numa fase inicial confesso que não foi de forma saudável. Contudo, a evolução da aprendizagem trouxe-me a segurança lidar com a incerteza e reconhecer que a prática em ESMO é permeada por complexidade, imprevisibilidade e desafios éticos constantes. Esta aprendizagem contribuiu para reforçar a minha maturidade profissional, consolidar a consciência de que ser EE-ESMO implica uma postura de permanente reflexão, atualização científica e compromisso com a humanização dos cuidados.

A prática clínica em ESMO é atravessada por desafios éticos e deontológicos que exigem do profissional discernimento, sensibilidade e coragem. Durante o estágio, deparei-me com situações em que o respeito pelas escolhas da mulher poderia ser colocado em causa perante práticas institucionais mais interventivas. Nestes momentos, a reflexão ética foi essencial para sustentar a

minha postura profissional, procurando sempre o equilíbrio entre a segurança clínica, a autonomia da mulher e a responsabilidade partilhada da equipa. Um dos maiores desafios foi defender o consentimento informado em situações de dor intensa e vulnerabilidade, exigindo uma comunicação clara, respeitosa e empática. Também a confidencialidade e a privacidade constituíram preocupações permanentes, sobretudo em ambientes hospitalares com constrangimentos estruturais (OE, 2024).

Estas vivências mostraram que os dilemas éticos não são apenas abstratos, mas concretos e diários, exigindo da(o) EE-ESMO uma postura de advocacia pela mulher e pela família (OE, 2024; PQCEESMO, 2021). Assim, compreendi que a ética no cuidar não se limita a um “código” escrito, mas traduz-se em pequenas escolhas quotidianas, em cada palavra, gesto e decisão clínica.

A reflexão sobre este percurso formativo permite concluir que a integração teoria-prática, o desenvolvimento de competências instrumentais e relacionais, e a vivência de desafios ético-deontológicos foram determinantes na consolidação da minha identidade como EE-ESMO.

Este processo marcou profundamente a minha forma de estar no cuidar, permitindo-me crescer enquanto profissional mais segura, crítica, empática e eticamente consciente. Reconheço que a formação não se encerra neste estágio de 800h. Constitui, antes, o início de um caminho de aprendizagem contínua, em que a reflexão permanente, a investigação e a atualização científica serão indispensáveis para manter cuidados de excelência, humanizados e centrados na mulher.

A RNL realizada sobre “Necessidades espirituais das mulheres em trabalho de parto” foi fundamental em toda a articulação do meu conhecimento, quer prático, quer teórico, mostrando que o cuidado mais humanizado e especializado não é uma miragem, mas uma realidade em construção. A realização de mais estudo na área do cuidado espiritual em ESMO permanece como uma semente dentro de mim, um compromisso que sinto nascer deste

percurso e que desejo ver germinar ao longo da minha prática clínica e académica. Reconheço que este campo ainda carece de investigação aprofundada e de maior valorização no quotidiano dos cuidados, pelo que me sinto motivada a contribuir para o seu desenvolvimento, seja através da reflexão contínua, da partilha em contextos profissionais e científicos, ou de futuros projetos de investigação.

As experiências clínicas vivenciadas durante o estágio constituíram oportunidades privilegiadas de integração entre teoria e prática, potenciando o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e reflexivas essenciais ao exercício autónomo e especializado do EE-ESMO. No Quadro 3 apresento o tipo de experiências e o número de casos em que tive a oportunidade de as desenvolver.

Quadro 3. Registo Global de Experiências Clínicas

Tipo de experiência clínica	Número
Consulta Plano de Parto	9 consultas
Consulta de Interrupção Voluntária de Gravidez	30 consultas
Consulta de Diagnóstico Pré-Natal	34 consultas
Consulta de Gravidez de Termo	24 consultas
Consulta de Gravidez de Risco	59 consultas
Acompanhamento Internamento Grávidas de Risco	6 experiências
Parto Eutócico	42 experiências (15 partos normais, 27 partos de risco)
Parto assistido (distócico)	19 experiências
Parto Pélvico	1 experiência clínica; 1 formação com simulação (anexo)
Episiorrafia	2 experiências em partos eutócicos + 2 em partos assistidos

Prática de sutura	20 suturas de lacerações
Puérperas de baixo risco	56 experiências
Puérperas de risco	44 experiências
Recém-nascido sem necessidades especiais	54 experiências
Recém-nascido com necessidades especiais	46 experiências
Apoio Luto Perinatal	4 experiências
Internamento de Ginecologia	12 experiências
Manobra Versão Cefálica Externa	2 experiências
Biópsia das Vilosidades Coriônicas	1 experiência
Amniocentese	1 experiência
Colocação de DIU de Cobre	2 experiências
Colocação de Implante Contracetivo Subcutâneo	2 experiências
Visita de Grávidas	2 sessões

Fonte: autora

CONCLUSÃO

Duas frases me acompanham já há algum tempo, “*Tudo o que precisas está dentro de ti*” e “*Os fios que nos unem são linhas mágicas de amor*”, mas só no final deste percurso que foi o MESMO, percebi verdadeiramente o seu significado.

Desta forma este relatório de estágio representa o findar do MESMO, que corresponderam a dois anos de verdadeira transformação profissional e pessoal, vividos intensamente entre experiências académicas através da aquisição e pesquisa de conhecimento científico atual, experiências clínicas que despertaram em mim o desenvolvimento de capacidades profissionais, interpessoais, humanas e multidimensionais e que me lembraram a cada momento que *os fios que nos unem são linhas mágicas de amor* e que somos aprendizado, emoção e espelho para/e com todas pessoas que cruzam a nossa vida, quer no nosso espaço profissional como EE-ESMO, quer no espaço pessoal, social e mais importante no nosso espaço interno para connosco. Foi de extrema valia para mim o recebimento de conhecimento, as experiências com as minhas colegas de turma, a passagem pelas diferentes valências em estágio de ESMO, o contacto com os tutores EE-ESMO e os seus pares, e todas as pessoas da equipa multidisciplinar da ULS. Todos diferentes, todos com uma história, todos com um plano de vida, e todas com ensinamentos valiosos e modelos para a minha construção profissional crítico-reflexiva, sem falar que foi um verdadeiro privilégio estar ao lado de mulheres, recém-nascido e suas famílias num momento tão crucial e único das suas vidas que é esta transição desenvolvimental, como refere Afaf Meleis, o tornar-se mãe e o tornar-se pai.

Fica registado neste relatório o percurso desenvolvido ao longo dos diferentes contextos clínicos, o processo de conceção de cuidados implementado pelas sinergias da conjugação do cuidado interpessoal e multidimensional. Tal como refere Jeane Watson, o empoderamento da mulher na fase pré-parto, parto e pós-parto, as evidências científicas e recomendações mais atuais (OMS, ICN,

AGOG, FIGO, orientações da Ordem dos Enfermeiros sobre a qualidade dos cuidados e as boas práticas, entre outras) na área de atuação da ESMO.

Fica também a apresentação de uma RNL baseada num tema relevante para a prática clínica em ESMO. Aprofundei as necessidades espirituais da grávida em trabalho de parto. O título desta revisão foi propositado ter as palavra mulher grávida e não apenas grávida em trabalho de parto, tendo em conta que estamos perante uma transição de cuidados de enfermagem em ESMO, que não reduz a visão da grávida não a um corpo puramente físico e com uma condição, devolvendo à mulher grávida a consciência das suas multidimensões únicas e individuais, com todos os poderes e superpoderes para cumprir o seu plano de vida, nomeadamente o seu projeto de saúde pessoal. Através do seu envolvimento ativo, decisor decisão na primeira pessoa, e em conformidade com a sua escolha perante as opções que dispõe para si, levando ao expoente máximo a frase, *tudo o que precisas está dentro de ti*. Esta RNL deixa uma janela aberta para o explorar esta vertente dos cuidados especializados, validando que o caminho já foi iniciado e se desenvolve á nossa frente, imergindo a necessidade de explorar o conceito e trazê-lo à sua real definição e aplicação, sistematizando formação para os profissionais de saúde sobre cuidado espiritual e abordar entre pares e com as mulheres esta parte essencial do cuidar para cumprir o seu projeto de saúde.

Todas as atividades contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns enquanto enfermeira(o) especialista como explicito no Regulamento n.º 140/2019 da OE e para o desenvolvimento das competências específicas da (o) EE-ESMO no âmbito do cuidar a mulher trabalho de parto, cuidar a mulher no período de pós-parto e cuidar a mulher com gravidez com complicações, em conformidade com o Regulamento n.º 391/2019 da OE.

Todo o processo cognitivo, científico, académico e experiencial validou a importância da nossa proatividade enquanto classe na dignificação da ESMO, através da atualização permanente das práticas quer pela busca por evidências atuais, quer pela reflexão de todas as práticas clínicas, através de um questionamento sobre o que correu bem, o que correu menos bem, o que posso

melhorar. Através do nosso posicionamento, valorizando a dimensão autónoma da profissão, perseguindo cuidados de excelência naquilo que é o nosso mandato social, especificamente para as mulheres, o no nosso cuidar personalizado e integrativo.

Termino referindo que o percurso foi árduo, intenso, transformador e muito especial, com dias de sol, dias de chuva, dias de sorriso leve, dias de choro fácil, dias de agradecimento e dias de não consigo mais. Momentos e dias esses que me trouxeram verdadeiramente para fora da minha zona de conforto, nomeadamente ao cuidar da mulher grávida em trabalho de parto dado a dinâmica da imprevisibilidade a ajuste milimétrico a cada momento que acompanhamos estas duas vidas e o fazer pesquisa académica e escrever este relatório.

Termino, escrevendo que escolhi ser uma mulher a empoderar outras mulheres, com todo o respeito e vulnerabilidade e muitas das vezes esqueço-me deste empoderamento para mim própria. Finalizo este ciclo ao qual estarei eternamente grata e sigo para uma nova etapa com mais consciência e com o propósito de cumprir aquilo que defendo que *tudo o que precisas está dentro de ti*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Abadi, K. K., Jama, A. H., Legesse, A. Y., & Gebremichael, A. K. (2023). Prevalence of hypothyroidism in pregnancy and its associations with adverse pregnancy outcomes among pregnant women in a general hospital: A cross-sectional study. *International Journal of Women's Health*, 15, 1481-1490. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S429611>

Adnan, A. S. H. M., Rahman, H. A., Sharbini, S., & Abdul-Mumin, K. H. (2024). *Spiritual needs throughout childbirth: A cross-sectional study among working women at the largest university in Brunei*. *Jurnal Ners*, 19(3), 326-334. <https://doi.org/10.20473/jn.v19i3.49897>

Afonso, S. R., Padilha, M. I., Neves, V. R., Elizondo, N. R., & Vieira, R. Q. (2024). Análise crítica da produção científica sobre a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(2), 1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0231pt>

Aires, C. (2023). *Apontamentos da unidade curricular Adaptação à Parentalidade* [Materiais de aula]. Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Moodle da ESEP

Alexander, E. K., Pearce, E. N., Brent, G. A., Brown, R. S., Chen, H., Dosiou, C., Grobman, W. A., Laurberg, P., Lazarus, J. H., Mandel, S. J., Peeters, R. P., & Sullivan, S. (2017). 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum. *Thyroid*, 27(3), 315-389. <https://doi.org/10.1089/thy.2016.0457>

Alfirevic, Z., Devane, D., & Gyte, G. M. L. (2017). *Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(2), CD006066.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006066.pub3>

Alves, M. R., Rodrigues, V. D., Soares, W. D., & Monteiro Junior, R. S. (2022). Revisão de literatura e suas diferentes características. In *Revisão bibliográfica: O uso da metodologia para a produção de textos* (Vol. 1, pp. 48-53). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/220509058>

American College of Obstetricians and Gynecologists . (2022, August). *Pregnancy at age 35 years or older*. ACOG. Retrieved [data de acesso], from <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2022/08/pregnancy-at-age-35-years-or-older>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2024). *First and second stage labor management* (Clinical Practice Guideline). <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline/articles/2024/01/first-and-second-stage-labor-management>

Assembleia da República. (2014). *Lei n.º 15/2014, de 21 de março (versão consolidada): Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde*. *Diário da República*. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2014-106901319>

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

Berens, P., Eglash, A., Malloy, M., Steube, A. M., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2016). ABM Clinical Protocol #26: Persistent pain with breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, 11(2), 46-53.

Backes, D. S., Gomes, E. B., Rangel, R. F., Rolim, K. M. C., Arrusul, L. S., & Abaid, J. L. W. (2022). Significado da dimensão espiritual do cuidado em saúde

na gestação e no parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30, e3775.
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.5980.3775>

Balabanoff, D. (2023). Color, light, and birth space design: An integrative review. *Color Research & Application*, 48(5), 413-432.
<https://doi.org/10.1002/col.22842>

Bellini, E., Macchi, A., Setola, N., & Lindahl, G. (2023). Sensory design in the birth environment: Learning from existing case studies. *Buildings*, 13(3), 604.
<https://doi.org/10.3390/buildings13030604>

Bienzeisler, J., Becker, G., Erdmann, B., Kombeiz, A., Majeed, R. W., Röhrig, R., Greiner, F., Otto, R., Otto-Sobotka, F., & AKTIN Research Group. (2024). The effects of displaying the time targets of the Manchester Triage System to emergency department personnel: Prospective crossover study. *Journal of Medical Internet Research*, 26, e45593. <https://doi.org/10.2196/45593>

Buckley, S. J. (2009). *Gentle birth, gentle mothering: A doctor's guide to natural childbirth and gentle early parenting choices*. Celestial Arts.

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

Cardoso, A. (2023). *Apontamentos da unidade curricular Trabalho de Parto* [Materiais de aula]. Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Moodle da ESEP.

Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2023). *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto* (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, mandato 2020-2023). Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf

Cardoso, A., Capela, P., Carvalho, U., Albergaria, E., & Figueiredo, A. (2023). *Guia orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (de baixo*

risco) (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, mandato 2020-2023). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/33843/gobpgravidezadaptacaogravidez_okn.pdf

Cardoso, A., Soares, A., Sousa, B., Oliveira, M., Chaves, S., & Carvalho, J. (2024). *Guia orientador de boas práticas: Adaptação à parentalidade* (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, mandato 2020-2023). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34908/gobp_adaptacao_parentalidade_vf2n_ok.pdf

Cerejeira, I. (2023). *Apontamentos da unidade curricular Adaptação da gravidez* [Materiais de aula]. Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Moodle da ESEP.

Chakkarapani, A. A., Roehr, C. C., Hooper, S. B., te Pas, A. B., & Gupta, S. (2024). Transitional circulation and hemodynamic monitoring in newborn infants. *Pediatric Research*, 96(3), 595-603. <https://doi.org/10.1038/s41390-022-02427-8>

Chojenta, C., Harris, S., Reilly, N., Forder, P., Austin, M. P., & Loxton, D. (2014). History of pregnancy loss increases the risk of mental health problems in subsequent pregnancies but not in the postpartum. *PLoS ONE*, 9(4), e95038. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0095038>

Cordeiro, A. M., Oliveira, G. M. de, Rentería, J. M., & Guimarães, C. A. (2007). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 34(6), 428-431. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012>

Crowther, S., Hall, J., & Hunter, B. (2020). Spirituality and childbirth: A co-operative inquiry. *Women and Birth*, 33(4), e313-e320. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.06.019>

Dahan, O., & Odent, M. (2023). *Not just mechanical birthing bodies: Birthing consciousness and birth reflexes*. *The Journal of Perinatal Education*, 32(3), 149-161. <https://doi.org/10.1891/JPE-2022-0007>

Dai, C., Fei, Y., Li, J., Shi, Y., & Yang, X. (2021). A novel review of homocysteine and pregnancy complications. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 14(2), 164-172. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8121575/>

DeJonckheere, M., & Vaughn, L. M. (2019). Semistructured interviewing in primary care research. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 32(4), 436-443.

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Exames laboratoriais na gravidez de baixo risco* (Norma nº 037/2011, de 30/09/2011, atualizada em 20/12/2013).

Direção-Geral da Saúde. https://ordemdosmedicos.pt/files/pdfs/vl2V-Exames_Gravidez_Baixo_risco_37_2011.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2015, 11 de dezembro; atualizada em 14 de julho de 2017). *Norma n.º 018/2015 - Rastreio e tratamento da surdez com implantes cocleares em idade pediátrica*. Direção-Geral da Saúde.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/rastreio-e-tratamento-da-surdez-com-implantes-cocleares-em-idade-pediatica.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2020). Programa Nacional de Vacinação 2020.

Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/programa-nacional-de-vacinacao-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2023a, 27 de janeiro). *Organização dos cuidados de saúde na pré-conceção, gravidez e puerpério* (Norma n.º 001/2023). Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2023/01/27/organizacao-dos-cuidados-de-saude-na-preconcecao-gravidez-e-puerperio>

Direção-Geral da Saúde. (2023b, 20 de fevereiro). *Trabalho de parto eutócico de baixo risco* (Norma n.º 002/2023). Direção-Geral da Saúde.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/norma/0022023-de-20022023>

Direção-Geral da Saúde. (2024, 12 de agosto; atualizada em 11 de outubro de 2024). Norma n.º 005/2024 - *Imunização sazonal contra o vírus sincicial respiratório em idade pediátrica: outono-inverno 2024-2025* [Norma clínica].

Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-0052024-de-12082024-imunizacao-sazonal-contra-o-virus-sincicial-respiratorio-em-idade-pediatrica-outono-inverno-2024-2025-pdf.aspx>

Dahan, O., & Odent, M. (2023). *Not just mechanical birthing bodies: Birthing consciousness and birth reflexes*. *The Journal of Perinatal Education*, 32(3), 149-161. <https://doi.org/10.1891/JPE-2022-0007>

Diário da República. (2017). *Regulamento n.º 338/2017. Código Deontológico dos Enfermeiros*. Série II, n.º 118, 21 de junho de 2017.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/338-2017-107553282>

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

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2024). Guia de introdução ao estágio de natureza profissional do curso de mestrado em saúde materna e obstetrícia.

European Resuscitation Council (ERC). (2021). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation: Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth. *Resuscitation*, 161, 291-326.

<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.014>

Evangelista, C. B., Lopes, M. E., Nóbrega, M. M. da, Vasconcelos, M. F. de, & Viana, A. C. G. (2020). Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o

modelo de Chinn e Kramer. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), 1-10.

<https://doi.org/10.12707/RV20045>

Gaskin, I. M. (2002). *Spiritual midwifery* (4th ed.). Book Publishing Company. (Trabalho original publicado em 1977)

Gaspar, A. M., Branco, C. B., Pedro, C. F., Nunes, D. F., Alves, N. S., & Reis, A. (2020). As estratégias de enfermagem adotadas para ultrapassar as barreiras culturais e linguísticas com pessoas culturalmente diversas - Uma Scoping Review. *Revista da UI_IPSantarém*, 8(1), 215-222. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19893>

Gianni, M. L., Bettinelli, M. E., Manfra, P., Sorrentino, G., Bezze, E., Plevani, L., Cavallaro, G., Raffaeli, G., Crippa, B. L., Colombo, L., Morniroli, D., Liotto, N., Roggero, P., Villamor, E., Marchisio, P., & Mosca, F. (2019). Breastfeeding difficulties and risk for early breastfeeding cessation. *Nutrients*, 11(10), 2266. <https://doi.org/10.3390/nu11102266>

Goswami, S., Jelly, P., Sharma, S. K., Negi, R., & Sharma, R. (2022). The effect of heat therapy on pain intensity, duration of labor during first stage among primiparous women and Apgar scores: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Midwifery*, 6, 63. <https://doi.org/10.18332/ejm/156367>

Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). *Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(5), CD002006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>

Hersh, A. R., Carroli, G., Hofmeyr, G. J., Garg, B., Gülmezoglu, M., Lumbiganon, P., De Mucio, B., Saleem, S., Festin, M. P. R., Mittal, S., Rubio-Romero, J. A., Chipato, T., Valencia, C., & Tolosa, J. E. (2023). Third stage of labor: Evidence-based practice for prevention of adverse maternal and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(6), 689-706. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.11.1298>

Huang, J., Lu, H., Wang, J., Yang, M., Hu, Y., Feng, X., Ren, L., & Zang, Y. (2023). *Comparison of perineal outcomes in Chinese women adopting lateral positions and lithotomy positions during the passive and active phases of the second stage of labour: An observational study*. *Journal of Clinical Nursing*, 32(11-12), 2575-2591. <https://doi.org/10.1111/jocn.16305>

Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (2023). *Eutirox® (levotiroxina sódica): Folheto informativo* Infarmed. https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml?med_guid=e721b2706c8d11e29be7bb0db3986570

International Confederation of Midwives. (2024). *ICM Essential Competencies for Midwifery Practice*. The Hague: International Confederation of Midwives. https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/EN_ICM-Essential-Competencies-for-Midwifery-Practice-1.pdf

International Council of Nurses. (2021). *ICN code of ethics for nurses*. Geneva: ICN. Retrieved from https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf

International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2021). *FIGO statement: Ethical framework for respectful maternity care during pregnancy and childbirth*. FIGO. <https://www.figo.org/resources/figo-statements/ethical-framework-respectful-maternity-care-during-pregnancy-and-childbirth>

Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., & Neilson, J. P. (2012). *Pain management for women in labour: An overview of systematic reviews*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD009234. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2>

Kazeminia, M., Abdi, A., Vaisi-Raygani, A., Jalali, R., Shohaimi, S., Daneshkhah, A., Salari, N., & Mohammadi, M. (2020). *The effect of lavender (Lavandula stoechas L.) on reducing labor pain: A systematic review and meta-analysis*.

Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2020, 4384350.

<https://doi.org/10.1155/2020/438435>

Kearns, R. J., Pathak, S., Kurinczuk, J. J., Brocklehurst, P., Knight, M., & Stock, S. J. (2023). Epidural analgesia during labour and severe maternal morbidity: Population based cohort study. *BMJ*, 385, e077190.

<https://www.bmj.com/content/385/bmj-2023-077190>

Kostak, M. A., & Celikkalp, U. (2016). Nurses and midwives' opinions about spirituality and spiritual care. *International Journal of Caring Sciences*, 9(3), 975-984.

http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/26_1-kostak_originial_9_3.pdf

Kwame, A., Petrucka, P.M. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs* 20, 158 (2021).

<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>

Lanssens, D., Van Hecke, A., Adriaenssens, J., & Beeckman, D. (2022).

Knowledge, attitudes and use of evidence-based practice among midwives in Belgium: A cross-sectional survey. *European Journal of Midwifery*, 6, 18.

<https://doi.org/10.18332/ejm/147478>

Lecturio Nursing. (2024, October 9). *The GTPAL System (Obstetrical History)*.

Lecturio. <https://www.lecturio.com/nursing/free-cheat-sheet/gtpal-system-obstetrical-history/>

Leutenegger, V., Grylka-Baeschlin, S., Wieber, F., Daly, D., Pehlke-Milde, J., & Peuter, S. (2022). The effectiveness of skilled breathing and relaxation techniques during antenatal education on maternal and neonatal outcomes: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 856.

<https://doi.org/10.1186/s12884-022-05178-w>

Long, K. N. G., Symons, X., VanderWeele, T. J., Balboni, T. A., Rosmarin, D. H., Puchalski, C., Cutts, T., Gunderson, G. R., Idler, E., Oman, D., Balboni, M.

J., Tuach, L. S., & Koh, H. K. (2024). Spirituality as a determinant of health: Emerging policies,

Lopes, D. C. (2025). As assimetrias do rastreio combinado do primeiro trimestre de gravidez em Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 41(2), 177-181.

<https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/13144>

Kazeminia, M., Abdi, A., Vaisi-Raygani, A., Jalali, R., Shohaimi, S., Daneshkhah, A., Salari, N., & Mohammadi, M. (2020). *The effect of lavender (Lavandula stoechas L.) on reducing labor pain: A systematic review and meta-analysis*. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2020, Article ID 4384350. <https://doi.org/10.1155/2020/4384350>

Khalili Khouzani, P., Yazdi-Feyzabadi, V., Setayesh, M., Mehrolhassani, M. H., & Rahimisadegh, R. (2025). *Identifying the key components of providing spiritual care in the hospital: A scoping review study*. *BMC Palliative Care*, 24(1), 142. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01762-x>

Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication: A theoretical approach to improving patient-centered communication. *BMC Nursing*, 20(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>

Mahle, W. T., Martin, G. R., Beekman, R. H., Morrow, W. R., Section on Cardiology and Cardiac Surgery, & Committee on Fetus and Newborn. (2012). Endorsement of Health and Human Services recommendation for pulse oximetry screening for critical congenital heart disease. *Pediatrics*, 129(1), 190-192. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3211>

Martins, A. R., Pinto, S., Caldeira, S., & Pimentel, F. L. (2015). Tradução e adaptação da Spirituality and Spiritual Care Rating Scale em enfermeiros portugueses de cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(4), 89-97. <https://doi.org/10.12707/RIII13129>

McDonald, K. L. (2024). *Spiritual care: Determining the need, providing the care*. International Journal for Human Caring, 28(2), 85-91. <https://doi.org/10.20467/IJHC-2023-0010>

McHugh, N. (2003). Midwives of the soul: The spirituality of birth. *British Journal of Midwifery*, 11(1), 36-39

Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Research and Practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A.I. (2015). *Transitions Theory*

Ministério da Saúde. (2014, 10 de abril). Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril. Diário da República, 1.ª série, n.º 71, 2364-2366

Milenco, M., Travan, L., Cattaneo, A. *et al.* Eficácia da nutrição biológica em problemas de amamentação precoce: um ensaio clínico randomizado. *Int Breastfeed J* 15 , 21 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00261-4>

Mitchell, K. B., Johnson, H. M., Rodríguez, J. M., Eglash, A., Scherzinger, C., Zakarija-Grković, I., Cash, K. W., Berens, P., & Miller, B.; Academy of Breastfeeding Medicine. (2022). Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The mastitis spectrum, revised 2022. *Breastfeeding Medicine*, 17(5), 360-376.

Moncrieff, G., Gyte, G. M. L., Dahlen, H. G., Thomson, G., Singata-Madliki, M., Clegg, A., & Downe, S. (2022). *Routine vaginal examinations compared to other methods for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2022(3), CD010088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010088.pub3>

Montenegro, N., Rodrigues, T., Ramalho, C., & Ayres de Campos, D. (2014). *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (3.ª ed.). Lidel.

Morin, E. (2005). *Introdução ao pensamento complexo* (3ª ed.). Instituto Piaget / Sulina. Disponível em <https://scispace.com/pdf/introducao-ao-pensamento-complexo-2trz9m0cqg.pdf>

Mota de Sousa, L. M., Furtado Firmino, C., Alves Marques-Vieira, C. M., Silva Pedro Severino, S., & Castelão Figueira Carlos Pestana, H. (2018). Revisões da literatura científica: Tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 45-54. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391>

Moreno, C. S., & Bleicher, T. (2022). A atuação de ONGs e coletivos no apoio a mães e pais em condição de luto perinatal. *Estilos da Clínica*, 27(1), 36-51. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v27i1p36-51>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021). *Antenatal care: Routine care for the healthy pregnant woman* (Clinical guideline NG201). London: NICE. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201>

National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Fetal monitoring in labour* (NICE Guideline No. 229). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng229>

National Institute for Health and Care Excellence. (2023, September 29). *Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth* (NICE Guideline NG235). NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>

Nelson, J., DiNapoli, P., Turkel, M., & Watson, J. (2011) Concepts of caring as construct of Caritas hierarchy in nursing knowledge: Conceptual-theoretical-empirical (CTE). In J. Nelson & J. Watson (Eds.), *Measuring Caring: International research on Caritas as healing* (pp. 3-18). New York, NY: Springer Publishing Company.

O'Boyle, C., Brady, V., & Timmins, F. (2017). Making space for spirituality in childbirth. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19-20), 2823-2825. <https://doi.org/10.1111/jocn.13795>

Odent, M. (1987). *The nature of birth and breastfeeding: The classic guide to gentle birth*. Westport, CT: Bergin & Garvey.

Odent, M. (2009). *The functions of the orgasms: The highways to transcendence*. London: Pinter & Martin.

Oliveira e Silva, D. A. de., Ramos, M. G., Jordão, V. R. V., Rosendo da Silva, R. A., Carvalho, J. B. L. de., & Costa, M. M. do N. (2013). Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: Revisão integrativa. *Journal of Nursing UFPE on line*, 7(esp), 1539-1548. Recuperado de

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11645>

Olza, I., Ruiz-Berdún, D., & Villarrea, S. (2017). La culpa de las madres. Promover la lactancia materna sin presionar a las mujeres. *Dilemata*, 25, 217-225. Recuperado de

<https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000143>

Olza, I., Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdóttir, S. I., Nieuwenhuijze, M., Villarrea, S., Hadjigeorgiou, E., Kazmierczak, M., Spyridou, A., & Buckley, S. (2020). *Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth*. *PLOS ONE*, 15(7), e0230992. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>

Orchard, E. R., Rutherford, H. J. V., Holmes, A. J., & Jamadar, S. D. (2023). *Matrescence: Lifetime impact of motherhood on cognition and the brain*. *Trends in Cognitive Sciences*, 27(3), 302-316. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9957969/>

Ordem dos Enfermeiros. (2017, 23 de junho). *Regulamento n.º 338/2017: Dispensa do sigilo profissional e aconselhamento deontológico*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 117.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5163/rg-3382017-23-junho.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019a, 6 de Fevereiro). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, pp. 4744-4750.

<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros (2019b, 3 de maio). *Regulamento n.º 391/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Diário da República n.º 85/2019, Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>

Ordem dos Enfermeiros. (2019, 25 de setembro). Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro: Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Diário da República, 2.ª série, n.º 186. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Guia orientador de boas práticas: Cuidado espiritual prestado por enfermeiro* (1.ª ed.). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21754/gobp-espiritual-por-enfermeiro_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24326/padroesqualidade_cuidados_especializados_saude_materna_obstetrica.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2022, 8 de julho). Regulamento n.º 613/2022: Regulamento que define o ato do enfermeiro. Diário da República, 2.ª série, n.º 131, 179-182. <https://files.dre.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>

Pillay, J., & Davis, T. J. (2023). *Physiology, lactation*. In StatPearls. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499981/>

Pinheiro, A. M. A. (2025). *Um novo olhar sobre a anestesia obstétrica: Walking epidural* [Artigo de revisão narrativa, Mestrado Integrado em Medicina, Universidade de Coimbra]. Universidade de Coimbra.

Portugal. Ministério da Saúde. (2008, 7 de agosto). *Despacho n.º 20730/2008 que determina a obrigatoriedade de pulseira eletrónica para recém-nascidos internados*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 152. Recuperado de <https://diariodarepublica.pt/redirect/LinkFicheiroAntigo.aspx?ficheiroid=1492231>

Portugal. (2014). *Lei n.º 15/2014, de 21 de março*. Estabelece os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 57. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>

Prata, P. (2023). *Apontamentos da unidade curricular Trabalho de Parto* [Materiais de aula]. Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Moodle da ESEP

Puchalski, C. M., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K., & Sulmasy, D. (2009). *Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the Consensus Conference*. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885-904. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>

Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642-656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>

Ratiu, D., Porz, J., Könsgen, N., Tempfer, C., & Klapdor, R. (2023). Advanced maternal age and its impact on pregnancy and neonatal outcome. *In Vivo*, 37(3), 1694-1702. <https://doi.org/10.21873/invivo.13205>

Reece-Stremtan, S., & Gray, L. (2016). ABM Clinical Protocol #23: Nonpharmacological Management of Procedure-Related Pain in the

Breastfeeding Infant (Revised 2016). *Breastfeeding Medicine*, 11(9), 425-429.

<https://doi.org/10.1089/bfm.2016.29025.srs>

Resende, L. A. (2013). *Obstetrícia básica* (11.^a ed.). Guanabara Koogan

Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D. M., & Silva, J. M. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: Realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 39-48. doi: 10.12707/RIV18040

Sandström, A., Altman, M., Cnattingius, S., Johansson, S., Ahlberg, M., & Stephansson, O. (2017). Durations of second stage of labor and pushing, and adverse neonatal outcomes: A population-based cohort study. *Journal of Perinatology*, 37(3), 236-242. <https://doi.org/10.1038/jp.2016.214>

Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. F. (Coord.). (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1.^a ed.). Lidel.

Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares. Portal da Transparência do SNS.

<https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/>

Shanahan, M. M., Martingano, D. J., & Gray, C. J. (2023, December 13). External cephalic version. In StatPearls. StatPearls Publishing.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482475/>

Siraji, M. A., Kalavally, V., Schaefer, A., & Haque, S. (2022). Effects of daytime electric light exposure on human alertness and higher cognitive functions: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 12, 765750.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.765750>

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Jones, L., & Armour, M. (2018). *Relaxation techniques for pain management in labour*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD009514.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009514.pub2>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2022). *Cuidados gerais ao recém-nascido saudável* (Edição n.º 1/2022; aprovado a 30 de junho de 2023;

validade até 30 de junho de 2028). SPN. Recuperado de <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Saud%C3%A1vel.pdf>

Sousa, S. M., Bernardino, E., Crozeta, K., Peres, A. M., & Lacerda, M. R. (2017). Integrality of care: challenges for the nurse practice. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3), 504-510. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0380>

Sporek, P. E. (2016). Spiritual midwifery. *British Journal of Midwifery*, 24(2), 150-151.

Størksen, H., Garthus-Niegel, S., Vangen, S., & Eberhard-Gran, M. (2013). Fear of childbirth; the impact of previous childbirth experience. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(3), 318-324. <https://doi.org/10.1111/aogs.12072>

Squires, A. (2017). Evidence-based approaches to breaking down language barriers. *Nursing*, 47(9), 34-40. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000522002.60278.ca>

Sukhera, J. (2022). Narrative reviews: Flexible, rigorous, and practical. *Journal of Graduate Medical Education*, 14(4), 414-417. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-22-00480.1>

Teixeira, B. (2023). *Apontamentos da unidade curricular Obstetricia e Ginecologia* [Materiais de aula]. Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Moodle da ESEP

Tekeli Taşkömür, A. (2025). The effect of wirelessly-enabled antepartum maternal-fetal monitoring on patient comfort, labor, and obstetric-neonatal outcomes: A prospective cohort study. *Journal of Surgery and Medicine*, 9(5), 62-66. <https://doi.org/10.28982/josam.8034>

The Lancet Regional Health - Europe. (2023). Time to integrate spiritual needs in health care. *The Lancet Regional Health - Europe*, 28, 100648. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100648>

Toronto Public Health. (2013). Breastfeeding protocol 18: Alternative feeding methods. In *Breastfeeding Protocols for Health Care Providers* (pp. 1-13). Toronto, ON: Toronto Public Health. <https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2017/11/96b5-tph-breastfeeding-protocol-18-alternate-feeding-2013.pdf>

UNICEF. (2024). *Counsellor's Book: Part 1—Key practices* (Breastfeeding counselling package). <https://www.unicef.org/media/108396/file/Counsellor%27s%20Book%20Part%201%3A%20Key%20Practices.pdf>

Unidade Local de Saúde do Médio Ave. (s.d.). Ginecologia e Obstetrícia - ULS Médio Ave. <https://www.ulsmave.min-saude.pt/cuidados-hospitalares/obstetricia/>

Unidade Local de Saúde do Médio Ave, E. P. E. (2024). Regulamento interno da ULS Médio Ave (Reg. ULS.001.v1).Ministério da Saúde. https://www.ulsmave.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/36/2024/11/REG.ULS_.001.v1_Regulamento-Interno-ULSMave.epe_.pdf

Uvnäs-Moberg, K. (2024). The physiology and pharmacology of oxytocin in labor and in the peripartum period. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3S), S740-S758. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.04.011>

Ventura, A. K., Drewelow, V. M., & Richardson, T. N. (2025). Does paced bottle-feeding improve the quality and outcome of bottle-feeding interactions? *Early Human Development*, 196, 106287. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2025.106287>

Vera, M. (2023, April 30). *GTPAL: Guide to Gravidity and Parity in Obstetrics*. Nurseslabs. <https://nurseslabs.com/gtpal-guide-to-gravidity-and-parity-in-obstetrics/>

Vogel, J. P., Jung, J., Lavin, T., Simpson, G., Kluwgant, D., Abalos, E., Diaz, V., Downe, S., Filippi, V., Gallos, I., Galadanci, H., Katageri, G., Homer, C. S. E., Hofmeyr, G. J., Liabsuetrakul, T., Morhason-Bello, I. O., Osoti, A., Souza, J. P., Thakar, R., Thangaratinam, S., & Oladapo, O. T. (2024). *Neglected medium-term and long-term consequences of labour and childbirth: A systematic analysis of the burden, recommended practices, and a way forward*. *The Lancet Global Health*, 12(2), e317-e330. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00454-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00454-0)

Walter, M. H., Abele, H., & Plappert, C. F. (2021). The role of oxytocin and the effect of stress during childbirth: Neurobiological basics and implications for mother and child. *Frontiers in Endocrinology*, 12, 742236. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.742236>

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring (Rev. ed.)*. University Press of Colorado.

Watson, J. (2012). *Human caring science: A theory of nursing*. (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.

Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M.-A., & McDonald, S. J. (2019). *The nature of labour pain: An updated review of the literature*. *Women and Birth*, 32(1). <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.03.004>

World Health Organization. (2014). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth* [Statement]. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>

World Health Organization. (2017). *WHO recommendations on newborn health: Guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee* (WHO-MCA-17.07). Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.07>

World Health Organization. (2018a). Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

World Health Organization. (2018b). WHO recommendations: Uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage. World Health Organization.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550420>

World Health Organization. (2018c). *WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277233/9789241550413-eng.pdf>

World Health Organization & United Nations Children's Fund. (2018c). Implementation guidance: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services . World Health Organization.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807>

World Health Organization. (2019). *WHO global report on traditional and complementary medicine 2019*. World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342>

World Health Organization. (2020a, September 9). *Every woman's right to a companion of choice during childbirth*. Retrieved August 28, 2025, from

<https://www.who.int/news/item/09-09-2020-every-woman-s-right-to-a-companion-of-choice-during-childbirth>

World Health Organization. (2020b). *WHO Labour Care Guide: User's manual*. Geneva: World Health Organization.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566>

World Health Organization. (2022). *Breastfeeding: Ensuring a good start (facilitator notes)*. In *Essential Newborn Care Course (Module 7)*. Retrieved from

<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca->

[documents/nbh/enc-course/modules/7-facilitator-notes-breastfeeding-ensuring-a-good-start-15.03.22.pdf?sfvrsn=917500bd_5](#)

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

World Health Organization. (2024, September 18). WHO recommendation on screening of pregnant women for intrapartum antibiotic prophylaxis for the prevention of early onset group B streptococcus disease in newborns [Guideline]. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240099128>

World Health Organization. (2025, 13 de maio). *Draft global traditional medicine strategy 2025-2034 (WHA78/4 Add.1)*. 78.^a Assembleia Mundial da Saúde. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_4Add1-en.pdf

Horton-Deutsch, S., Watson, J., & Griffin, C. (2025). Caring Science as a Mature Solution to Global Healthcare Challenges. *Journal of Advanced Nursing*, n/a(n/a). <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.70237>

Watson, J. (2022). Revisiting ‘Discipline’ in Relation to Caring Science as Sacred Science: Revisiting Discipline of Nursing. *Journal of Holistic Nursing*, 40(1), 58-63. <https://doi.org/10.1177/08980101211041187>

Watson, J. (2023, Oct). Unitary Caring Science: Caritas Compassion Transpersonal Theory. *Pensar Enf [Internet]*, 27(1), 106-109. <https://doi.org/https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.29>

Watson, J. (2025). About WCSI. <https://www.watsoncaringscience.org/>

ANEXO I NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA: DIABETES GESTACIONAL

1. OBJETIVO:

Definir a atuação perante uma grávida com diagnóstico de diabetes gestacional.

2. DESCRIÇÃO:

2.1. CONCEITO:

Define-se **diabetes gestacional** como a intolerância aos hidratos de carbono diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez. A diabetes gestacional aumenta o risco de macrosomia fetal, distocia de ombros, pré-eclampsia e morte fetal, situações que se minimizam com o adequado equilíbrio metabólico durante a gravidez.

O diagnóstico baseia-se nos critérios constantes na [Tabela 1](#). Caso não seja possível realizar a prova de tolerância à glicose oral, recomendar autovigilância da glicemia capilar em ambulatório 4 vezes/dia (*jejum e 1 hora após o início das três principais refeições*) durante 1 semana entre as 24-28 semanas.

TABELA 1 - VALORES DE GLICEMIA UTILIZADOS PARA ESTABELECER O DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL

	NORMAL	DIABETES GESTACIONAL	DIABETES PRÉVIA
JEJUM	< 92 mg/dl	92-125 mg/dl	≥ 126 mg/dl
60 MIN	< 180 mg/dl	≥ 180 mg/dl	--
120 MIN	< 153 mg/dl	153-199 mg/dl	≥ 200 mg/dl

2.2. ATUAÇÃO / TRATAMENTO:

2.2.1. VIGILÂNCIA NA GRAVIDEZ

- Determinações da glicemia capilar em jejum e 1 hora após o início das três principais refeições. Os objetivos glicémicos constam na [Tabela 2](#).
- Plano alimentar personalizado elaborado por nutricionista.
- Promoção do exercício físico pelo menos 3 vezes/semana, se não houver contra-indicação obstétrica.

TABELA 2 - VALORES GLICÉMICOS ALVO NA DIABETES GESTACIONAL

JEJUM	≤ 95 mg/dL
1 HORA APÓS REFEIÇÕES	≤ 140 mg/dL
2 HORAS APÓS REFEIÇÕES	≤ 120 mg/dL

2.2.2. TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

- Deve ser iniciada em qualquer altura da gravidez, sempre que os objetivos glicémicos não são atingidos (dois ou mais valores elevados num período de 1 semana) após a instituição das medidas não farmacológicas. O critério para necessidade de ajuste terapêutico é igual.
- **Metformina:** 500 mg/dia, oral em 1-3 tomas, durante ou após as refeições. Deve considerar-se a sua utilização após o 1º trimestre, em grávidas obesas e/ou com insulinoresistência marcada, com fetos sem restrição de crescimento e com valores de glicemia que rondem 10-20 mg/dl acima dos valores de referência. Não foram, até à data, demonstrados efeitos teratogénicos nem aumento de complicações neonatais. Apresenta vantagens em termos de custo, via de administração e satisfação da grávida.
- **Insulina subcutânea (SC):** prescrição pela Unidade Integrada da Diabetes.

2.2.3. VIGILÂNCIA OBSTÉTRICA

- A periodicidade das consultas deve ser adaptada ao controlo metabólico e à existência de complicações:
 - consulta semanal com cardiotocografia a partir das 34 semanas, se terapêutica farmacológica ou doença vascular materna;
 - consulta semanal com cardiotocografia a partir das 37 semanas em grávidas com bom controlo metabólico e sem terapêutica farmacológica;
 - vigilância individualizada se controlo metabólico difícil ou complicações fetais (*alterações do crescimento fetal ou do líquido amniótico*).
- Se o diagnóstico foi no 1º trimestre pedir **ecocardiograma fetal** para as 20-24 semanas.
- **Ecografias adicionais:** às 28 semanas (*se diagnóstico no 1º trimestre*) e às 36 semanas.

2.2.4. MOMENTO E VIA DE PARTO

- O parto deve ser preferencialmente por via vaginal.
- **Indução do trabalho de parto às 39 semanas** se diabetes gestacional controlada com fármacos.
- **Indução do trabalho de parto às 40 semanas** se diabetes gestacional controlada sem fármacos, sem alterações de crescimento fetal ou do líquido amniótico.
- Terminação da gravidez **individualizada**, não devendo em regra ultrapassar as 38 semanas, se: controlo metabólico difícil, alterações do crescimento fetal ou do líquido amniótico, doença vascular materna, estimativa de peso fetal às 36 semanas > p95 ou morte fetal anterior.
- **Cesariana eletiva se estimativa de peso fetal > 4 500 gr.** Se estimativa de peso fetal > 4 000 gr, decisão individualizada de acordo com outros fatores clínicos.

- Perante a suspeita de macrosomia fetal, prosseguir na intenção do parto vaginal (*incluindo o parto instrumentado*) apenas perante uma boa progressão da dilatação e da descida da apresentação.

2.2.5. CONTROLO DA GLICEMIA EM REGIME DE INTERNAMENTO

- Enquanto a grávida se alimentar normalmente mantém-se o esquema de vigilância e tratamento instituído em ambulatório. Se a grávida não souber o esquema de insulina e se se alimentar normalmente, iniciar controlo da glicemia em jejum e 1 hora após as três principais refeições e contactar a Unidade Integrada da Diabetes para prescrever esquema de insulina.
- Iniciar esquema de controlo apertado de glicemia (*Tabelas 3 e 4*) quando a grávida deixa de se alimentar normalmente, quando entrar em trabalho de parto espontaneamente ou atingir a fase ativa no trabalho de parto induzido.
- Os valores de glicemia capilar recomendados durante o trabalho de parto são de 70-110 mg/dl.

TABELA 3 – DIABETES GESTACIONAL CONTROLADA SEM FÁRMACOS

ENQUANTO NÃO SE ALIMENTA NORMALMENTE	- Soro polieletrólítico com glicose a 125 ml/hora.						
	- Avaliação da glicemia capilar a cada 4 horas e administração de insulina regular SC de acordo com algoritmo de correção.						
ALGORITMO DE CORREÇÃO	GLICEMIA CAPILAR (mg/dl):	<100	101-150	151-200	201-250	251-300	301-350
	INSULINA REGULAR* SC	0 UI	3 UI	4 UI	6 UI	8 UI	10 UI
	Se glicemia > 350 mg/dl, administrar 5 UI de insulina regular SC de 2/2 horas até glicemia < 120mg/dl.						
APÓS O PARTO	- Após iniciar alimentação oral, suspender soro e fazer avaliação da glicemia em jejum de manhã e 1 hora após as três principais refeições.						
	- Se glicemia <120 mg/dl em três determinações sucessivas, suspender as pesquisas.						
	- Se glicemia >200 mg/dl em duas determinações sucessivas, instituir esquema de insulina de base.						

*insulina regular = Actrapid®, Humulin Regular®, Insuman Rapid®

TABELA 4 - DIABETES GESTACIONAL CONTROLADA COM FÁRMACOS

ENQUANTO NÃO SE ALIMENTA NORMALMENTE	- Não administrar a dose habitual de insulina ou de metformina prescrita durante a gravidez - Soro polieletrólítico com glicose a 125 ml/hora. - Avaliação da glicemia capilar a cada 1 hora e administração de insulina regular EV de acordo com algoritmo de correção. - Insulina regular 50 UI em 50 ml de soro fisiológico em perfusão EV com débito de acordo com glicemia capilar (ver "Algoritmo de correção").											
	ALGORITMO DE CORREÇÃO	GLICEMIA CAPILAR (mg/dl):	<80	81-100	101- 120	121-150	151-200	201-250	251-300	301-350	351-400	>400
		INSULINA REGULAR* (EV):	0 UI	0.5 UI	1 UI	2 UI	4 UI	6 UI	7 UI	8 UI	9 UI	10 UI
		Se glicemia >350 mg/dl, administrar 5 UI de insulina regular IM de 2/2 horas até a glicemia <120 mg/dl.										
APÓS O PARTO	- Após a dequitação, suspender soro com insulina, mantendo soro polieletrólítico com glicose a 125 ml/hora até iniciar alimentação oral. - Não administrar a dose habitual de insulina ou de metformina prescrita durante a gravidez. - Enquanto não inicia alimentação oral, avaliação da glicemia capilar a cada 2 horas e administração de insulina regular SC de acordo com algoritmo de correção pós-parto. Após iniciar alimentação oral, suspender soro e fazer avaliação da glicemia em jejum de manhã e 1 hora após as três principais refeições. Administração de insulina regular SC de acordo com algoritmo de correção pós-parto. - Se glicemia >140 mg/dl em duas avaliações sucessivas, reiniciar dose de insulina ou metformina prescrita durante a gravidez.											
	ALGORITMO DE CORREÇÃO NO PÓS-PARTO	GLICEMIA CAPILAR (mg/dl)	<140	141-200	201-250	251-300	301-350	351-400				
		INSULINA REGULAR SC	0 UI	3 UI	5 UI	8 UI	10 UI	12 UI				
		Se glicemia >400 mg/dl, administrar 5UI de insulina regular IM de 2/2 horas até glicemia < 160mg/dl.										

*Regular Actrapid" Humlin Regular", Inuman Rapid

2.2.6. HIPOGLICEMIAS (GLICEMIA ≤ 70 mg/dl)

- Suspeitar se a grávida apresentar fome súbita, tremor, palidez, suores, palpitações, taquicardia, astenia, apatia, cefaleia, sonolência ou alterações comportamentais.
- Confirmar com determinação de glicemia capilar.
- Se a alimentação oral for possível, oferecer 15 gr de açúcar (*dois pacotes*) diluídos em água ou chá. Se a via oral não for possível, administrar 2-4 ampolas EV de soro glicosado hipertónico (*ampolas de 20 ml de glucose a 30%*).
- Avaliar glicemia 15 minutos depois. Se mantiver a hipoglicemia, repetir o procedimento anterior. Se normalizar, oferecer refeição com hidratos de carbono de absorção lenta (*cereais, vegetais, leguminosas*).
- Contactar a Unidade Integrada da Diabetes para reavaliação terapêutica.

2.2.7. PUERPÉRIO

- Pode ser utilizada contraceção progestativa contínua.
- Deve ser realizada reclassificação da diabetes 6-8 semanas após o parto através de nova prova de tolerância à glicose oral com 75 gr de glicose, de acordo com a Tabela 5.

TABELA 5 - RECLASSIFICAÇÃO NO PÓS-PARTO (PROVA DE TOLERÂNCIA À GLICOSE ORAL COM 75gr DE GLICOSE)

CLASSIFICAÇÃO	GLICEMIA	MG/dL
DIABETES MELLITUS	Jejum ou 2 horas	≥ 126 ou ≥ 200
ANOMALIA DA TOLERÂNCIA A GLICOSE	Jejum ou 2 horas	< 126 e 140-200
ANOMALIA DA GLICEMIA EM JEJUM	Jejum	110-126

3. REFERÊNCIAS:

Almeida CM, Soares J, Ruas L. Consenso de diabetes gestacional: Atualização 2017. Rev Port Diabetes. 2017; 12(1):24-38.

Hoo M, Kapur A, Sacks DA, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management, and care. Int J Gynecol Obstet. 2015;131(Suppl 3):S173-S211.

International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel Metzger BE, Gabbe SG, et al. International association of diabetes and pregnancy study Boups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. Diabetes Care. 2010;33(3):676-682.

4. PARECER (DIREÇÃO CLÍNICA E/OU DIREÇÃO DE ENFERMAGEM):

VALIDADO PELA DIREÇÃO CLÍNICA A 24/01/2023

TOMADO CONHECIMENTO PELA DIREÇÃO DE ENFERMAGEM A 24/01/2023

5. CONTROLO DE VERSÕES:

VERSÃO	TIPO	RESPONSÁVEL	DATA	VALIDAÇÃO
1	ELABORAÇÃO	Saritta Nápoles Beatriz Palmeira	13/01/2023	CONFORME ORIGINAL
	APROVAÇÃO (SERVIÇO)	Serviço de Obstetria / Ginecologia	16/01/2023	CONFORME ORIGINAL
	VERIFICAÇÃO	Gestão da Qualidade e do Risco	16/01/2023	CONFORME ORIGINAL
	HOMOLOGAÇÃO	Conselho de Administração	NA	NA
PRÓXIMA REVISÃO:		Serviço de Obstetria / Ginecologia	01/2026	*****