



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO
PORTO**

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

**FATORES SUBJACENTES À NÃO ADESÃO
DAS PARTURIENTES ÀS ESTRATÉGIAS
NÃO FARMACOLÓGICAS PARA LIDAR COM
A DOR DE TRABALHO DE PARTO**

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Joana Isabel Barros Pacheco

Porto, 2025

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

FATORES SUBJACENTES À NÃO ADESÃO DAS
PARTURIENTES ÀS ESTRATÉGIAS NÃO
FARMACOLÓGICAS PARA LIDAR COM A DOR DE
TRABALHO DE PARTO

FACTORS UNDERLYING THE NON-ADHERENCE
OF PARTURIENTS TO NON-PHARMACOLOGICAL
STRATEGIES FOR COPING WITH LABOUR PAIN

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

Porto, 2025

FRASE

“Words are, in my not so humble opinion, our most inexhaustible source of magic, capable of both inflicting injury, and remedying it”

— J. K. Rowling

AGRADECIMENTO

A realização deste trabalho assinala uma etapa marcante da minha vida pessoal e profissional, cujo percurso só se tornou possível graças ao apoio de todos aqueles que, de diferentes formas, estiveram presentes e contribuíram para que aqui chegasse. A todos vocês, expresso a minha mais profunda gratidão.

À Professora Doutora Alexandrina Cardoso, coordenadora do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pelo apoio institucional e orientação académica ao longo de todo este processo.

À Professora Arminda Nunes, minha orientadora, pela disponibilidade, rigor científico e incentivo constante, que foram fundamentais para a concretização deste percurso.

À Escola Superior de Enfermagem do Porto e a todas as docentes do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pela partilha de saberes e pela dedicação demonstrada ao longo da formação.

Às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica que cruzaram o meu caminho durante a prática clínica, com especial agradecimento à Enfermeira Carla Teles, pelo apoio, partilha de conhecimento e estímulo ao meu crescimento enquanto futura Enfermeira Especialista.

Às mulheres, casais e famílias que confiaram em mim e aceitaram partilhar momentos tão significativos das suas vidas, possibilitando a consolidação de competências e o meu desenvolvimento profissional.

Às amigas do mestrado, em especial à Catarina, verdadeiro pilar neste percurso, e à Bárbara, pela amizade e apoio ao longo desta caminhada.

Aos meus colegas de trabalho, pelo incentivo e compreensão ao longo deste percurso, em especial à Ana e à Vanessa, pela disponibilidade e apoio constantes.

À Rita, Mariana e Catarina, pela amizade, incentivo e por nunca me deixarem desistir.

À minha família, pelo apoio incondicional em todas as fases da vida, em especial aos meus irmãos, presença constante e firme neste caminho. Ao meu pai, sempre exemplo de força e determinação, que me incutiu o gosto pelo estudo, a curiosidade e a vontade de querer sempre saber mais, ajudando-me também com gestos simples, mas essenciais, para que me pudesse dedicar ao mestrado.

Ao Zé, pela compreensão e apoio inabalável. Obrigada por estares sempre ao meu lado, pelo incentivo constante e pelo amor com que me acompanhaste em cada etapa. A tua presença foi fundamental para me dar força nos momentos mais exigentes e tornou este percurso mais leve e significativo.

À minha mãe, que apesar de já não estar fisicamente presente, permanece em cada conquista. Transmitiu-me o gosto pela enfermagem, em especial pela saúde materna, e dedico-lhe este trabalho com eterna gratidão.

RESUMO

O Relatório de Estágio de Natureza Profissional, desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, apresenta o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, de acordo com o Regulamento de Competências da Ordem dos Enfermeiros (2019b).

O documento organiza-se em dois eixos. O primeiro corresponde ao desenvolvimento de competências de investigação, e tem como objetivo desenvolver a capacidade de analisar a evidência disponível, identificar problemas emergentes nos contextos e propor respostas fundamentadas na melhor evidência científica. Neste sentido, foi realizada uma revisão narrativa da literatura sobre os fatores subjacentes à não adesão das parturientes às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto. Identificaram-se barreiras de nível pessoal, profissional, institucional e relacionadas com a pessoa significativa, demonstrando que a não adesão resulta de múltiplos fatores que exigem uma abordagem integrada. O segundo eixo corresponde à conceção de cuidados em diferentes contextos clínicos, traduzida na elaboração de quatro planos de cuidados: Unidade Materno-Fetal, Puerpério e Bloco de Partos. Estes planos foram fundamentados em evidência científica atual e permitiram aprofundar a reflexão crítica sobre a prática clínica, valorizando intervenções autónomas e a centralidade da mulher, do casal e da família nos cuidados.

Em síntese, este relatório evidencia a consolidação das competências clínicas e investigativas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, articulando o conhecimento científico com a prática, e reforçando o contributo da enfermagem especializada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde materna e obstétrica.

Palavras-chave: parturientes; dor de trabalho de parto; estratégias não farmacológicas; adesão; barreiras; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ABSTRACT

The Professional Internship Report, developed as part of the Master's Degree in Midwifery Practice, outlines the process of acquiring and strengthening the competencies of the Maternal and Obstetric Specialist Nurse, in accordance with the Competency Framework of the Portuguese Nursing Council (2019).

The document is organized around two main axes. The first emphasizes the development of research competencies, aiming to enhance the ability to critically analyze available evidence, identify emerging challenges in specific contexts, and formulate responses informed by the best scientific knowledge. Within this scope, a narrative literature review was conducted to examine the factors underlying women's non-adherence to non-pharmacological strategies for managing labor pain. The review identified personal, professional, institutional and birth companion-related barriers, suggesting that non-adherence arises from multifactorial causes that demand an integrated approach.

The second axis relates to the design of care in diverse clinical settings, operationalized through the development of four care plans: Maternal-Fetal Unit, Postpartum, and Delivery Unit. These plans were grounded in up-to-date scientific evidence and fostered deeper critical reflection on specialized clinical practice, highlighting autonomous interventions and the central role of the woman, the couple, and the family in care.

In conclusion, this report illustrates the consolidation of both clinical and research competencies of the Maternal and Obstetric Specialist Nurse, integrating scientific knowledge with practice and reinforcing the contribution of specialized nursing to the continuous improvement of the quality of maternal and obstetric healthcare.

Keywords: women in labor; labor pain; non-pharmacological strategies; adherence; barriers; Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACOG - *American College of Obstetricians and Gynecologists*

APPT - Ameaça de Parto Pré-Termo

BPM (bpm) - Batimentos por minuto

CTG - Cardiotocografia

DGS - Direção-Geral da Saúde

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

ENF - Estratégias Não Farmacológicas

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FCF - Frequência cardíaca fetal

FIGO - *International Federation of Gynecology and Obstetrics*

ITP – Indução de Trabalho de Parto

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

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OA - Occipito-anterior

OAE - Occipito-anterior esquerda

OMS - Organização Mundial de Saúde

OP - Occipito-posterior

OPD - Occipito-posterior direita

OT - Occipito- transversa

PCC - População, Conceito, Contexto

PPT - Parto Pré-Termo

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

SGB – *Streptococcus beta hemolítico do grupo B*

TP - Trabalho de Parto

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UMF - Unidade Materno-Fetal

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	12
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	14
2.1.Fatores subjacentes à não adesão das parturientes às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto.....	15
2.2.Metodologia.....	19
2.3.Resultados	21
2.4.Discussão.....	26
2.5.Síntese da revisão.....	32
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL - UNIDADE MATERNO-FETAL.....	34
3.1.Caracterização do contexto clínico [Unidade Materno-Fetal] ..	34
3.2.Entre o tempo e o termo: promoção da adaptação à gravidez e preparação para a parentalidade num contexto de ameaça de parto pré-termo.....	39
3.2.1.Da necessidade de cuidados às intervenções de enfermagem: conceção de cuidados [Unidade Materno-Fetal]	40
3.2.2.Contributos da análise do caso clínico para o desenvolvimento de competências [Unidade Materno-Fetal]	58
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER DURANTE O PERÍODO PÓS-PARTO - INTERNAMENTO DE PUERPÉRIO.....	60
4.1.Caracterização do contexto clínico [Puerpério]	61

4.2.Ser mãe, sem o colo presente.....	65
4.2.1.Da necessidade de cuidados às intervenções de enfermagem: conceção de cuidados [Puerpério]	66
4.2.2.Contributos da análise do caso clínico para o desenvolvimento de competências [Puerpério].....	86
5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO	89
5.1.Caracterização do contexto clínico [Bloco de Partos]	89
5.2.No ritmo do nascimento - promoção da autoeficácia como caminho para o parto fisiológico	93
5.2.1.Da necessidade de cuidados às intervenções de enfermagem: conceção de cuidados [Bloco de Partos I]	94
5.2.2.Contributos da análise do caso clínico para o desenvolvimento de competências [Bloco de Partos I].....	127
5.3.Indução do trabalho de parto: caminhos e desafios do cuidar..	129
5.3.1.Da necessidade de cuidados às intervenções de enfermagem [Bloco de Partos II].....	131
5.3.2.Contributos da análise do caso clínico para o desenvolvimento de competências [Bloco de Partos II].....	154
6. CONCLUSÃO.....	158
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	162
APÊNDICE I Estratégias de pesquisa	178
APÊNDICE II Caracterização dos estudos incluídos na revisão narrativa	179

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Vigilância da Gravidez [Catarina].....	45
Quadro 2. Conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez [Catarina].....	47
Quadro 3. Conhecimento sobre complicações durante a gravidez [Catarina]	49
Quadro 4. Conhecimento sobre recém-nascido prematuro [Catarina]	53
Quadro 5. Potencial para melhorar o significado atribuído à chegada do Tomás	56
Quadro 6. Sistema Cardiovascular	68
Quadro 7. Sistema Tegumentar	68
Quadro 8. Avaliação da involução uterina e perda sanguínea [Mariana]	69
Quadro 9. Avaliação da ferida cirúrgica por episiotomia [Mariana]	71
Quadro 10. Avaliação da dor no períneo [Mariana]	72
Quadro 11. Significado atribuído à experiência de trabalho de parto e parto	75
Quadro 12. Luto do filho imaginado.....	79
Quadro 13. Conhecimento sobre lactação	82
Quadro 14. Conhecimento sobre extração de leite materno	83
Quadro 15. Capacidade para extrair leite materno.....	85
Quadro 16. Avaliação da evolução do trabalho de parto da Ana Rita e bem-estar fetal	97
Quadro 17. Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto com recurso a estratégias não farmacológicas [Ana Rita]	104
Quadro 18. Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [Ana Rita].....	107

Quadro 19. Autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto [Ana Rita] ...	109
Quadro 20. Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto com recurso a estratégias não farmacológicas [Ana Rita e Augusto]	111
Quadro 21. Segundo estadio do trabalho de parto [Ana Rita]	112
Quadro 22. Adaptação do Vasco à vida extrauterina	117
Quadro 23. Terceiro estadio do trabalho de parto [Ana Rita]	121
Quadro 24. Pós-Parto Imediato [Ana Rita]	123
Quadro 25. Avaliação da evolução do trabalho de parto da Isabel e bem-estar fetal	134
Quadro 26. Avaliação da evolução do trabalho de parto da Isabel e bem-estar fetal	139
Quadro 27. Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto com recurso a estratégias não farmacológicas	141
Quadro 28. Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [Isabel]	142
Quadro 29. Segundo estadio de trabalho de parto [Isabel]	145
Quadro 30. Adaptação do Benjamim à vida extrauterina	147
Quadro 31. Terceiro estadio do trabalho de parto [Isabel]	149
Quadro 32. Pós-parto imediato [Isabel]	151

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fatores subjacentes à não adesão das parturientes às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor do trabalho de parto.	26
--	----

1. INTRODUÇÃO

O relatório que se apresenta foi elaborado no âmbito da unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório final”, integrada no 2.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no ano letivo 2024/2025. Esta unidade curricular, com 45 ECTS, contempla uma carga global de 1260 horas, das quais 800 horas são de prática clínica, distribuídas pelos módulos de internamento de grávidas em Unidade Materno-Fetal (UMF) (200 horas), puerpério (100 horas) e bloco de partos (500 horas), complementadas por 30 horas de orientação tutorial (ESEP, 2024).

A realização deste estágio constitui um marco essencial no percurso académico, permitindo a integração progressiva do estudante em contextos de prática clínica especializada e o desenvolvimento das competências que definem o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO). Estas competências incluem tanto as competências comuns, que abrangem responsabilidade profissional, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens (Ordem dos Enfermeiros, 2019a), como as competências específicas, que contemplam a intervenção do EE-ESMO junto da mulher e da família desde o período pré-concepcional até ao climatério, incluindo a gravidez, o trabalho de parto (TP), o parto e o puerpério (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). O Aviso n.º 3916/2021 enquadra ainda o programa formativo e as componentes de aprendizagem do EE-ESMO, em consonância com as atuais exigências da Saúde Materna e Obstétrica (Ordem dos Enfermeiros, 2021b).

A formação especializada exige igualmente o cumprimento de experiências clínicas mínimas, previstas no ponto 5.1-B do Anexo II da Lei n.º 9/2009, de 4 de março, na redação dada pela Lei n.º 25/2014, de 2 de maio, e pela Lei n.º 26/2017, de 30 de maio, e transcritas no Guia do Estágio de Natureza Profissional da ESEP (2024), que serão descritas em cada capítulo.

O objetivo deste relatório é refletir criticamente sobre as experiências vividas em contexto clínico, evidenciando a articulação entre teoria e prática, a mobilização da evidência científica na tomada de decisão e a progressiva aquisição das competências específicas e comuns do EE-ESMO. A análise será realizada a partir da descrição de situações concretas, problematizadas e fundamentadas em referenciais teóricos da Enfermagem e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO) (MCEESMO, 2021).

Em conformidade com o Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015), todos os dados apresentados respeitam os princípios de anonimato e confidencialidade, garantindo a proteção da identidade das pessoas envolvidas. Todos os nomes utilizados nos planos de cuidados são fictícios e destinam-se exclusivamente a fins de ensino e investigação.

O relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo é dedicado à investigação, através da apresentação de uma revisão narrativa da literatura para responder à questão: *“Quais os fatores subjacentes à não adesão das parturientes às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de Parto?”* O segundo capítulo traduz o *“Desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar a mulher durante o período pré-natal – gravidez com complicações”*. O terceiro capítulo aborda o *“Desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar a mulher durante o período pós-parto – internamento de puerpério”*. Por fim, o quarto capítulo centra-se no *“Desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar a mulher durante o Trabalho de Parto”*. Estes três últimos capítulos seguem uma estrutura semelhante, que inclui a contextualização do ensino clínico, a caracterização do serviço, a fundamentação teórica, a descrição de um caso clínico e a conceção de cuidados inerente e, por fim, uma reflexão e análise dos contributos para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

No contexto do ciclo de estudos do MESMO, definido pelo Aviso n.º 3916/2021, os estudantes são desafiados a integrar os conhecimentos adquiridos com a prática clínica e a investigação, culminando na elaboração de um relatório com componente científica. Este percurso visa o desenvolvimento de competências avançadas em enfermagem, nomeadamente a capacidade de analisar criticamente a evidência disponível, identificar problemas emergentes nos contextos de cuidados e propor respostas fundamentadas na melhor evidência científica.

Esta exigência formativa está em consonância com o *Regulamento n.º 140/2019* da Ordem dos Enfermeiros, que atribui ao Enfermeiro Especialista a responsabilidade de “descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” e estabelece que “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente” (Anexo IV, D2). Prevê ainda que o Enfermeiro Especialista “investiga e colabora em estudos de investigação” e “contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada” (Anexo IV, D2.2.3; D2.2.6) (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

No decorrer do estágio realizado em contexto de bloco de partos foi possível observar que a utilização pelas parturientes de estratégias não farmacológicas (ENF) para lidar com a dor de TP era limitada. Em diversas situações, verificou-se, por parte das parturientes, uma preferência pela analgesia epidural precoce ou resistência à adoção de métodos não farmacológicos, mesmo quando propostos pela equipa de saúde. Esta realidade motivou a realização da presente revisão narrativa, cujo objetivo é identificar os fatores subjacentes à não adesão das parturientes às ENF para lidar com a dor de TP.

Neste sentido, a revisão narrativa da literatura constitui-se como uma oportunidade de desenvolver competências de investigação e de sustentar uma prática profissional mais centrada na mulher, reconhecendo as suas necessidades individuais e potenciando a utilização de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor.

2.1. Fatores subjacentes à não adesão das parturientes às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto

A dor do parto é uma experiência complexa e intensa, sendo considerada um dos maiores desafios para muitas mulheres. A intensidade desta dor pode variar significativamente entre as mulheres, ou mesmo entre partos sucessivos na mesma mulher, sendo influenciada por diversos fatores, como a posição fetal, o tamanho do recém-nascido e a duração do TP. Acresce que a perceção da dor é também moldada por fatores culturais, ambientais, emocionais e pelas experiências prévias da mulher (Nori et al., 2023).

Do ponto de vista fisiológico, as contrações uterinas e a dilatação cervical são as principais responsáveis pela dor do TP, por ativarem os recetores da dor (nociceptores) e desencadearem a transmissão de sinais ao cérebro. Psicologicamente, esta dor é modulada pelas emoções, expectativas e vivências anteriores da mulher. Se por um lado o medo e a ansiedade tendem a intensificar a perceção da dor, aumentando a tensão muscular e a resistência, por outro, sentimentos de confiança e controlo, o relaxamento e o apoio contínuo da pessoa significativa estão associados a uma maior capacidade para lidar com a dor e a uma experiência de parto mais positiva. Importa ainda referir que, em algumas culturas, a dor do parto é compreendida como uma etapa natural e empoderadora, enquanto noutras é encarada como algo a evitar ou temer (Nori et al., 2023).

De acordo com o *Regulamento n.º 391/2019*, o EE-ESMO detém um conjunto de competências específicas, destacando-se o dever de cuidar da mulher inserida na família e na comunidade ao longo do TP. Neste sentido, a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2024), através da *Orientação n.º 002/2023*, que contempla os cuidados de saúde durante o TP, preconiza que compete ao EE-ESMO avaliar a dor durante o TP, assim como a capacidade da parturiente em lidar com ela, informando, ensinando e treinando a utilização de ENF, incentivando a sua prática e assegurando o acesso sempre que essa for a vontade da mulher.

Segundo Nori et al. (2023), as ENF para lidar com a dor incluem técnicas físicas, psicológicas e complementares. As físicas abrangem a massagem, hidroterapia, neuroestimulação elétrica transcutânea (TENS), a aplicação de calor ou frio, técnicas de respiração, pressão em locais anatómicos específicos e a mudança de posição/deambulação. As psicológicas incluem técnicas de relaxamento, realidade virtual, música e técnicas de distração. Já as complementares integram métodos como a aromaterapia, hipnose, dança, suporte emocional, fotobiomodulação e religião/crenças. O autor refere ainda que, na última década, tem havido um crescente interesse na aplicação destas estratégias, dada a sua eficácia na redução da dor e autogestão da ansiedade, permitindo uma abordagem personalizada às necessidades individuais de cada mulher e contribuindo para um aumento da sua satisfação. Acrescenta também que estas são seguras, em comparação com intervenções farmacológicas, permitindo que a mulher tenha maior controlo sobre a sua experiência de parto.

Neste sentido, importa distinguir “gerir” a dor, como acontece com métodos farmacológicos que visam reduzir ou eliminá-la, de “lidar” com a dor, associado às ENF que favorecem a convivência com a experiência dolorosa como parte integrante do processo fisiológico (Cardoso et al., 2023).

Num estudo realizado por Souza et al. (2020) verificou-se que os métodos não farmacológicos mais utilizados e valorizados pelas parturientes foram a hidroterapia, a deambulação e a massagem realizada pelo parceiro. Estes recursos, acessíveis em diferentes contextos, incluindo instituições públicas, privadas ou em contexto domiciliar, mostraram-se eficazes na promoção do

conforto e da autonomia da mulher em TP. Os autores sublinham ainda que estas estratégias não têm como foco principal o tratamento ou alívio direto da dor, mas sim o auxílio à mulher para que esta possa lidar com a dor de forma ativa, consciente e integrada no processo fisiológico do parto. A utilização combinada de vários métodos favoreceu uma experiência mais positiva e reconfortante, contribuindo para uma vivência mais satisfatória, além de promover a evolução do TP de forma mais fluída e natural. Além disso, o respeito pela escolha da posição no parto e pela utilização dos recursos desejados pela mulher reforçou o seu *empowerment* e os cuidados centrados nas suas necessidades.

Apesar dos benefícios reconhecidos das ENF e da sua disponibilidade em muitos contextos clínicos, a sua utilização nem sempre é uma realidade. Esta discrepância entre o que está preconizado pela evidência e a sua efetiva implementação levanta questões relevantes para a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sobretudo no que diz respeito à autonomia da mulher, à qualidade da informação transmitida e à organização dos cuidados.

Silva et al. (2021) evidenciaram que, mesmo em Hospitais Universitários, a adesão a práticas como a presença da pessoa significativa, a liberdade de movimentos ou o recurso a métodos não farmacológicos é parcial e limitada por constrangimentos institucionais. Resultados semelhantes foram descritos por Melo et al. (2017), que observaram, num Hospital de referência, a subutilização de práticas recomendadas e a persistência de intervenções desnecessárias, revelando resistência organizacional e profissional. De forma convergente, Mattei et al. (2024) observaram que, em vários contextos de obstetrícia, práticas recomendadas pela evidência científica, como a liberdade de movimentos, o respeito pela escolha da posição de parto ou o uso de métodos não farmacológicos para lidar com a dor, coexistem com práticas tradicionais, como por exemplo a restrição ao leito. Esta realidade é condicionada por limitações de infraestrutura, como a falta de espaços adequados ou de recursos materiais, e por barreiras de gestão relacionadas com normas institucionais rígidas e modelos organizacionais pouco centrados na mulher. Tais constrangimentos dificultam a adaptação dos serviços a cuidados que valorizem a fisiologia do parto e o conforto materno.

Importa ainda destacar que, nos últimos anos, têm emergido inovações como a utilização da realidade virtual, reconhecida como um recurso não farmacológico promissor no TP. A evidência recente demonstra que a realidade virtual é eficaz na redução da dor e da ansiedade, proporcionando distração, relaxamento e maior autoeficácia na gestão da experiência de parto, além de aumentar a satisfação materna e diminuir a dependência de métodos farmacológicos (Kyei et al., 2025). Apesar destes benefícios, em Portugal a realidade virtual ainda não é muito aplicada em contexto de sala de partos, sendo identificado como barreiras e fatores facilitadores à sua implementação a formação dos profissionais, os recursos disponíveis e a integração nos planos de parto (Coelho & Tereso, 2023). Esta constatação vai ao encontro da experiência observada no hospital da região Norte onde decorreram alguns dos meus ensinamentos clínicos, onde, apesar de a realidade virtual ser oferecida às parturientes, muitas recusavam a sua utilização, evidenciando que a não adesão a esta estratégia não depende só das condições organizacionais, mas também de fatores individuais, preferências pessoais e perceções sobre a sua eficácia.

A literatura não apresenta uma definição específica de “adesão” no âmbito da utilização das ENF durante o TP. Para efeitos desta investigação, entende-se por adesão o grau em que a mulher solicita ou aceita, participa ativamente e mantém a utilização destas práticas ao longo do TP, de forma consciente e informada, em articulação com os profissionais de saúde. Esta proposta resulta da análise de diferentes estudos que exploram a utilização e os fatores que condicionam a adoção destas estratégias, revelando, por exemplo, que a adesão é frequentemente limitada por défice de conhecimento das mulheres, características sociodemográficas e contextos institucionais que não favorecem a implementação de boas práticas (Klein & Gouveia, 2022; Silva et al., 2021). Importa ainda reconhecer que o próprio processo fisiológico do parto constitui um recurso terapêutico não medicamentoso, já que o movimento, as contrações e a adoção de diferentes posições potenciam mecanismos endógenos que favorecem a capacidade da mulher para lidar com a dor.

Por conseguinte, o objetivo desta revisão narrativa da literatura foi identificar os fatores subjacentes à não adesão das parturientes às estratégias não

farmacológicas para lidar com a dor do trabalho de parto. A compreensão destes fatores constitui uma base essencial para uma prática de enfermagem informada e centrada na mulher, promotora de escolhas conscientes e de uma vivência positiva do parto. Ao incentivar a utilização destas estratégias, o EE-ESMO potencia a autonomia da mulher e reforça o seu *empowerment* para lidar com a dor. Esta identificação de barreiras permite, ainda, que o EE-ESMO fundamente a sua prática na evidência científica mais atual e contribua para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, em conformidade com o *Regulamento n.º 140/2019* da Ordem dos Enfermeiros, que define como competência comum do enfermeiro especialista a produção e utilização de evidência científica.

2.2. Metodologia

Optou-se por realizar uma revisão narrativa da literatura, por permitir integrar diversas fontes e perspetivas sobre um fenómeno complexo, sem exigir critérios rígidos de inclusão. Este tipo de revisão é particularmente útil quando se pretende explorar temáticas em que a evidência é dispersa ou heterogénea, permitindo uma análise crítica e abrangente do estado atual do conhecimento (Mendes-da-Silva, 2019).

Na presente revisão foi adotada a estratégia PCC (População, Conceito, Contexto) com o objetivo de orientar a definição da pergunta de investigação e estabelecer critérios de inclusão e exclusão mais claros. Assim, para a realização da presente pesquisa, foi definida:

- População (P): parturientes;
- Conceito (C): fatores associados à não adesão às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor durante o trabalho de parto;

- Contexto (C): unidades hospitalares destinadas à assistência ao TP e parto.

A questão de investigação definida foi: “*Quais os fatores subjacentes à não adesão das parturientes às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto?*”

Foram incluídas revisões da literatura e investigações primárias com abordagens quantitativas, qualitativas ou de métodos mistos, sem limite temporal ou de idioma. Excluíram-se artigos de opinião, relatos de experiência e documentos sem base empírica ou revisão estruturada da literatura.

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados MEDLINE (via PubMed), CINAHL COMPLETE (via EBSCOhost), *Scopus* e *Cochrane Library*, em julho de 2025. Para isso, foram utilizados descritores indexados (MeSH e DeCS) e termos livres, combinados com operadores booleanos. Entre os principais descritores encontram-se “Labor, Obstetric”, “Childbirth”, “Parturition”, “Pain Management”, “Pain relief”, “Pain, Obstetric”, “Complementary Therapies”, “Non-pharmacological”, “Patient Compliance”, “Adherence”, “Barriers” e “Refusal”. As estratégias de pesquisa utilizadas em cada base de dados encontram-se no Apêndice I.

As referências foram geridas com o apoio do software *Rayyan* (*Rayyan – Qatar Computing Research Institute, Data Analytics, Doha, Qatar*), que permitiu organizar os resultados das pesquisas, eliminar duplicados e registrar de forma sistemática as decisões de inclusão e exclusão durante as fases de triagem por título, resumo e leitura integral.

A seleção dos estudos foi realizada em três etapas. Na primeira, procedeu-se à leitura dos títulos dos artigos identificados, de modo a excluir aqueles claramente irrelevantes para o objeto de estudo. Na segunda fase, foram analisados os resumos dos estudos potencialmente elegíveis, considerando os critérios previamente definidos. Por fim, efetuou-se a leitura completa dos artigos previamente selecionados, a fim de confirmar a sua pertinência e adequação ao objeto de estudo. A seleção foi feita manualmente, por um único revisor, e os dados extraídos incluíram: identificação do estudo (autor, ano de publicação, país), tipo de

estudo, características da população analisada e o contexto em que o estudo foi desenvolvido.

A análise dos dados será realizada de forma descritiva, permitindo identificar padrões, categorias e dimensões relevantes sobre os fatores de não adesão às ENF para lidar com a dor. Esta abordagem visa não apenas sintetizar os principais achados dos estudos incluídos, mas também interpretá-los à luz dos objetivos da presente investigação e das competências do EE-ESMO.

2.3. Resultados

Inicialmente foram identificados 339 artigos nas bases de dados PubMed, CINAHL COMPLETE, *Scopus* e *Cochrane*. Após a remoção de 25 duplicados, permaneceram 314 artigos para análise. Procedeu-se, numa primeira etapa, à leitura dos títulos, o que resultou na exclusão de 277 estudos por não apresentarem relevância para a questão de investigação. Posteriormente, foi realizada a leitura dos resumos, tendo sido excluídos 25 estudos que não cumpriam os critérios de inclusão previamente definidos. Desta forma, foram selecionados 12 artigos para leitura integral. Após esta análise, 4 artigos foram excluídos por não responderem à PCC estabelecida, resultando em 8 artigos incluídos na revisão.

Os estudos analisados foram publicados entre 2017 e 2024, abrangendo diferentes contextos geográficos, nomeadamente Brasil, Nigéria, Gana, Tanzânia, Iraque, bem como países de diferentes regiões incluídos nas revisões internacionais. Esta diversidade permitiu uma visão abrangente sobre a temática em análise. Após a análise dos artigos selecionados, verificou-se que três estudos eram de natureza qualitativa, dois quantitativos e três de revisão (integrativa, narrativa e sistemática qualitativa).

O estudo qualitativo de Mwakawanga et al. (2024), realizado em duas maternidades da Tanzânia, contou com a participação de 18 EE-ESMO. As profissionais relataram a utilização de massagem, deambulação e hidroterapia como principais ENF para lidar com a dor. No entanto, foram identificadas diversas barreiras à sua implementação, agrupadas em duas categorias: individuais e institucionais. Entre as barreiras individuais (por parte dos profissionais de saúde) salientaram-se a falta de conhecimento e competências sobre ENF, a exposição inadequada das ENF para lidar com a dor de TP, crenças/mitos sobre a dor de TP e, por fim, a ausência de programas de formação. No plano institucional, destacaram-se a falta de profissionais face ao número elevado de parturientes, as condições físicas desfavoráveis das unidades, como salas pequenas, ausência de privacidade, falta de água e de recursos básicos, bem como a inexistência de protocolos específicos e a ausência de incentivos institucionais para a aplicação destas práticas.

Abikou et al. (2024) realizaram uma revisão integrativa com o objetivo de identificar quais os fatores facilitadores e as barreiras à utilização de ENF para lidar com a dor do TP por profissionais de saúde em África. Os autores verificaram que as ENF mais frequentemente referida foi a massagem na região lombar, mencionada em nove estudos. A psicoterapia e os exercícios de respiração/relaxamento foram mencionados oito e sete vezes, respetivamente. As barreiras relatadas pelos profissionais de saúde foram divididas em quatro categorias: Falta de treino/formação/habilidades; limitação de recursos (escassez de pessoal, espaço, protocolos; fluxo elevado; constrangimentos de tempo); organização de prioridades (os profissionais de saúde consideram que o alívio da dor não é uma prioridade durante o TP); normas culturais e crenças/desconhecimento.

A revisão de Ingram et al. (2022) identificou quatro categorias principais de barreiras à oferta de ENF para lidar com a dor de TP: relacionadas com o sistema de saúde, com as unidades de saúde, com os profissionais e com as mulheres/familiares. As barreiras referentes ao sistema de saúde incluíam o predomínio do modelo biomédico e a escassez de evidência sobre a eficácia das ENF; as relativas às unidades de saúde abrangiam falta de tempo, recursos e políticas de apoio; as profissionais relacionavam-se com défices de formação, crenças pessoais e cultura organizacional; por fim, a das mulheres, envolvia a falta de informação, crenças

culturais e preferência por métodos farmacológicos. As ENF mais mencionadas nos estudos foram: massagem; deambulação/mudança de posição; hidroterapia; técnicas de respiração e relaxamento; apoio emocional/presença contínua do EE-ESMO; apoio da pessoa significativa; utilização de bolas de pilates; ambiente calmo e privado (controlo de luz e ruído).

O estudo qualitativo de Ferraz et al. (2023), desenvolvido numa maternidade no Brasil, contou com a participação de dezasseis profissionais de enfermagem. Os resultados evidenciaram diversas barreiras à implementação destas práticas, entre as quais a resistência das parturientes, que demonstravam medo ou recusavam a aplicação das técnicas, optando frequentemente pela cesariana, e a resistência da equipa médica, que, embora não impedisse o uso das estratégias, raramente as incentivava. Acresciam as limitações estruturais, como a escassez de recursos físicos e materiais, nomeadamente a falta de banheiras, de casas de banho adequadas e de espaços que garantissem a privacidade da mulher, bem como a sobrecarga de trabalho e as diferenças entre turnos, com maior disponibilidade para aplicar as intervenções no período noturno. Ainda assim, os profissionais referiram a aplicação de banho com água quente, massagem, deambulação, posicionamento com bola, técnicas respiratórias e apoio emocional.

No Gana, Boateng et al. (2019) entrevistaram 15 enfermeiros/as e EE-ESMO em duas maternidades. Os participantes evidenciaram conhecimento e utilização de algumas ENF para lidar com dor no trabalho de parto, destacando-se a massagem na região sagrada, os exercícios respiratórios e as terapias de distração. As barreiras à utilização de ENF para lidar com a dor de TP foram agrupadas em três categorias: relacionadas com os profissionais, com o sistema de saúde e com as mulheres. Relativamente aos profissionais, estes percebiam estas estratégias como pouco eficazes, considerando que apenas distraíam a mulher sem aliviar verdadeiramente a dor, o que os levava a preferir métodos farmacológicos. Ao nível do sistema de saúde, destacavam-se a escassez de profissionais, a sobrecarga de tarefas e a inadequação das infraestruturas, que não garantiam privacidade nem permitiam a presença de acompanhantes, dificultando a aplicação das técnicas. Finalmente, no que respeita às mulheres, surgiam preferências individuais, recusas e crenças negativas que limitavam a sua adesão às intervenções propostas.

No Iraque, Shareef e Piro (2023) realizaram um estudo quantitativo com 78 enfermeiros/as de hospitais públicos e privados. Verificaram-se práticas mais frequentes em técnicas como respiração, relaxamento, suporte psicológico, presença da família e mudanças de posição, mas com menor adesão a acupuntura, acupressão e bloqueio intradérmico com água. O estudo demonstrou que o conhecimento dos enfermeiros acerca do TP e do controlo da dor se encontrava, em termos gerais, num nível adequado, tanto em hospitais públicos como privados. Contudo, constatou-se que, de forma global, os enfermeiros dos hospitais privados apresentavam níveis mais elevados de conhecimento, prática e atitude face às ENF. Relativamente à adesão, verificou-se que, nos hospitais públicos, a maioria dos profissionais evidenciava apenas práticas razoáveis. Entre os fatores explicativos salientam-se a escassez de recursos humanos, a limitação de tempo disponível, a ausência de formação específica em ENF, a fraca articulação entre as equipas médicas e de enfermagem e, ainda, as dificuldades na comunicação entre enfermeiros e parturientes.

Emelonye et al. (2017), na Nigéria, aplicaram questionários a 384 participantes (100 EE-ESMO, 142 mulheres e 142 cônjuges). O estudo centrou-se na presença do cônjuge como ENF para lidar com a dor de TP, sendo identificadas barreiras de natureza institucional, profissional e pessoal. As barreiras institucionais relacionavam-se com infraestruturas inadequadas, ausência de privacidade e inexistência de políticas hospitalares que previssem a participação do cônjuge. As barreiras profissionais traduziam-se na falta de práticas consistentes de avaliação e alívio da dor, bem como em atitudes hostis e pouco acolhedoras por parte dos EE-ESMO, que desmotivavam a participação dos casais. Já as barreiras pessoais estavam associadas a crenças, por parte dos profissionais, de que a dor do parto deve ser suportada naturalmente, às preferências de algumas mulheres por outros acompanhantes (amigas ou familiares do sexo feminino) e a concepções culturais dos cônjuges que entendiam o parto como um “assunto de mulheres”, restringindo o seu papel ao apoio financeiro.

A revisão qualitativa de Bohren et al. (2019), que integrou 51 estudos de 22 países, explorou as perceções e experiências de mulheres, pessoas significativas, profissionais de saúde e outros intervenientes relativamente ao acompanhamento

durante o trabalho de parto. A análise centrou-se na presença de uma pessoa significativa neste contexto, reconhecida como uma estratégia de suporte físico, emocional e informacional. As mulheres descreveram a presença da pessoa significativa como uma fonte de apoio contínuo, que lhes proporcionava segurança, tranquilidade e encorajamento, contribuindo para uma experiência de parto mais positiva. As pessoas significativas referiram satisfação por poderem apoiar a mulher e participar no processo, embora em alguns contextos se sentissem excluídas devido a normas institucionais ou a atitudes de resistência por parte dos profissionais de saúde.

Entre as principais barreiras à implementação da pessoa significativa no parto destacaram-se a falta de espaço e de privacidade nas salas de parto, as políticas institucionais restritivas, as lacunas entre políticas e prática, a ausência de formação e de clarificação das funções, bem como a resistência de alguns profissionais que percecionavam os acompanhantes como uma interferência no seu trabalho. A revisão evidenciou também que, em muitos contextos, as pessoas significativas não recebiam preparação adequada durante o período pré-natal e enfrentavam limitações estruturais que dificultavam a sua presença junto da mulher.

De forma global, os estudos incluídos referiram a existência de diferentes ENF para lidar com a dor no TP, bem como múltiplos fatores que condicionam a sua adoção. Estes fatores foram descritos em contextos variados e a partir de perspetivas distintas, englobando profissionais, mulheres e pessoas significativas. A caracterização detalhada dos artigos encontra-se apresentada no Apêndice II. A análise aprofundada destes resultados será desenvolvida na secção seguinte, dedicada à discussão.

2.4. Discussão

A análise dos estudos permitiu identificar quatro grandes grupos de fatores subjacentes à não adesão das parturientes às ENF para lidar com a dor do trabalho de parto: fatores profissionais, institucionais, relacionados com a pessoa significativa e fatores pessoais, relacionados com a própria perspectiva das mulheres. Estes fatores evidenciam que a não adesão das parturientes às ENF não constitui um fenómeno linear nem unidimensional, mas resulta da interação de múltiplos elementos que, além de condicionarem a oferta e acessibilidade às estratégias, influenciam também a perceção da sua eficácia e a decisão da mulher em utilizá-las ou recusá-las. A Figura 1 sintetiza graficamente estas categorias, permitindo uma visão multifatorial dos principais fatores identificados na literatura.

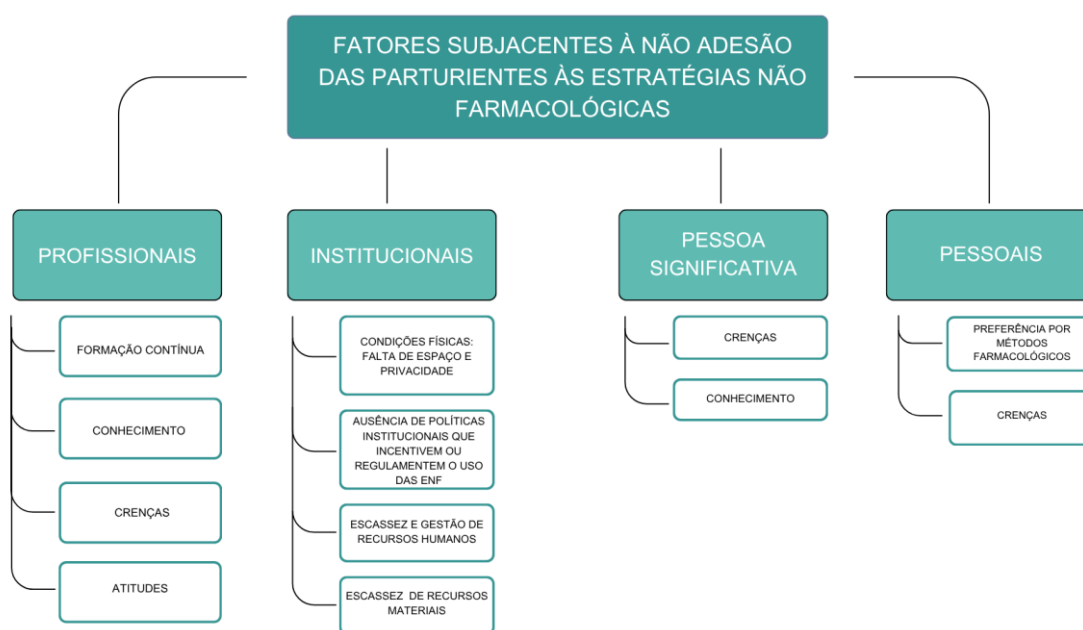


Figura 1. Fatores subjacentes à não adesão das parturientes às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor do trabalho de parto.

Fatores profissionais: formação, conhecimento, crenças e atitudes

Em diferentes contextos, a não adesão das parturientes às ENF tem origem no modo como os profissionais as valorizam, conhecem e oferecem. O estudo qualitativo de Mwakawanga et al. (2024) ilustra de forma clara esta realidade: os EE-ESMO identificaram barreiras de natureza individual e institucional. Entre as barreiras individuais, destacaram a falta de conhecimento e de competências sobre ENF, a ausência de programas de formação e a persistência de crenças e mitos sobre a dor do trabalho de parto, revelando que as barreiras à adesão da mulher podem ter base na não oferta por parte dos profissionais, bem como na exposição inadequada das ENF, resultante do défice de conhecimento e formação.

Estas conclusões são reforçadas por Abikou et al. (2024), cuja revisão integrativa evidenciou que a atitude e o conhecimento dos profissionais de saúde podem atuar quer como barreiras, quer como facilitadores. Assim, profissionais informados e com atitude positiva potenciam a adesão, mas a falta de treino e de habilidades técnicas, a baixa prioridade atribuída ao lidar com a dor e as crenças culturais, reduzem-na significativamente.

Na mesma linha de análise, Shareef e Piro (2023) concluíram que, embora o conhecimento dos enfermeiros fosse globalmente razoável, havia menor prática em determinadas ENF. A ausência de formação específica em ENF compromete a implementação destas estratégias, evidenciando a relação direta entre o défice de conhecimento e formação com a prática profissional reduzida. De forma convergente, Ferraz et al. (2023) salientaram que, apesar do reconhecimento das ENF como boas práticas, os profissionais de enfermagem referiram necessidade de formação contínua e de treino adicional para a sua implementação efetiva. Esta carência de capacitação traduz-se numa menor confiança técnica e limita a integração das ENF no cuidado diário.

Resultados semelhantes foram observados por Boateng et al. (2019), que verificaram que, embora algumas ENF fossem utilizadas, muitas permaneciam desconhecidas e, por isso, não eram disponibilizadas às parturientes. Além disso, estas práticas eram frequentemente percecionadas pelos profissionais de saúde como opções secundárias face aos métodos farmacológicos, considerados mais

eficazes. Esta desvalorização profissional é reproduzida na interação com as mulheres, contribuindo para a menor procura e adesão às ENF.

Por sua vez, Ingram et al. (2022) identificaram várias barreiras relacionadas com as crenças e atitudes dos profissionais, nomeadamente a falta de conhecimento e de formação, bem como filosofias pessoais e ideologias profissionais que desvalorizavam as ENF, não as reconhecendo como formas legítimas de analgesia. Neste estudo, o predomínio do modelo biomédico e a confiança acrescida nos métodos farmacológicos contribuíram para a manutenção de práticas centradas na medicalização do parto.

De forma mais abrangente, o conjunto dos estudos analisados demonstra que o défice de formação e as crenças profissionais estão intrinsecamente ligados ao uso limitado das ENF pelos profissionais e, consequentemente, à reduzida adesão por parte das mulheres.

Fatores institucionais

A dimensão institucional, relacionada com as infraestruturas e políticas internas dos serviços, surge de forma transversal como barreira à adesão às ENF, sendo mencionada de forma consistente por profissionais, parturientes e pessoas significativas. A revisão narrativa de Ingram et al. (2022) organizou as barreiras em quatro categorias: infraestruturais, políticas, profissionais e das parturientes. Entre as infraestruturais, destacaram-se a falta de espaço físico, as salas pequenas e sobrelotadas, a ausência de privacidade e a indisponibilidade de recursos materiais, como bolas de pilates, piscinas ou acesso à água quente, que inviabilizam a implementação de medidas como a mobilidade ou a hidroterapia. De modo convergente, Boateng et al. (2019), Emelonye et al. (2017) e Bohren et al. (2019) identificaram constrangimentos semelhantes, sublinhando que a inadequação dos espaços físicos e a inexistência de políticas institucionais que assegurem a presença da pessoa significativa constituem barreiras persistentes à aplicação das ENF. Estas limitações reduzem a autonomia da mulher, condicionam a sua mobilidade e restringem o acesso a práticas que favorecem o conforto e o controlo durante o trabalho de parto.

Ferraz et al. (2023) e Shareef e Piro (2023) destacaram que as dificuldades decorrem sobretudo da forma como o trabalho é estruturado. Ferraz et al. (2023) referiram a sobrecarga de tarefas e a dificuldade em compatibilizar as rotinas burocráticas com o cuidado direto, reduzindo o tempo disponível para a implementação das ENF. Shareef e Piro (2023) evidenciaram que a escassez de recursos humanos e as diferenças entre setores, com melhores condições no privado face ao público, influenciam diretamente a oferta destas estratégias. Estes resultados demonstram que a organização dos serviços, a gestão dos recursos humanos e a distribuição das tarefas têm um impacto decisivo na capacidade dos profissionais integrarem as ENF na prática clínica.

Deste modo, compreende-se que a não adesão às ENF não decorre apenas da decisão individual da parturiente, mas resulta também de um sistema de cuidados que frequentemente não cria as condições institucionais necessárias para que a mulher possa escolher e usufruir destas estratégias.

Fatores relacionados com a pessoa significativa

Dois estudos analisaram especificamente a presença da pessoa significativa como estratégia não farmacológica para lidar com a dor de trabalho de parto. Embora o conceito de pessoa significativa possa abranger diferentes figuras de apoio, Emelonye et al. (2017) centraram-se especificamente na presença do cônjuge, analisando o seu papel enquanto acompanhante e fonte de suporte durante o trabalho de parto. As barreiras identificadas incluíram infraestruturas inadequadas, como salas sobrelotadas e sem privacidade, ausência de políticas que permitissem a presença do cônjuge, atitudes negativas de algumas EE-ESMO e resistências culturais por parte de alguns homens, que viam o parto como um evento exclusivamente feminino.

Por sua vez, a revisão de Bohren et al. (2019) trouxe uma perspetiva mais abrangente. Neste estudo foram exploradas as perceções e experiências associadas ao *labour companionship*, que abrange as diferentes pessoas escolhidas pela mulher para acompanhar o trabalho de parto, podendo ser o cônjuge, familiares, amigas ou uma doula. Também nesta revisão, destacaram-se barreiras como regras institucionais restritivas, limitações de espaço e privacidade,

atitudes negativas de alguns profissionais e receios das pessoas significativas, que não se sentiam “preparadas” devido à falta de formação.

Estas evidências demonstram que as barreiras à presença da pessoa significativa decorrem da interação entre fatores pessoais, culturais e institucionais, refletindo tanto as crenças sociais sobre o papel do homem no parto, como também a ausência de políticas e condições que favoreçam a participação ativa da pessoa significativa. Neste contexto, o EE-ESMO desempenha um papel central ao promover a sensibilização das equipas e ao criar condições que permitam a presença informada e participativa da pessoa significativa, respeitando as especificidades culturais de cada mulher e família.

Fatores pessoais: preferências, crenças e escolhas da parturiente

No estudo de Ferraz et al. (2023), a partir dos relatos da equipa de enfermagem, verificaram a resistência de algumas parturientes à utilização das ENF, associada a medo da dor e preferência pela cesariana ou pela analgesia farmacológica, percecionada como mais eficaz e rápida. Também Boateng et al. (2019) concluíram que muitas mulheres consideravam as ENF como opções secundárias, influenciadas por crenças e receios individuais, nomeadamente o medo de que algumas práticas pudessem prejudicar o bebé. Estas perceções condicionavam a adesão às estratégias propostas e reforçavam a preferência pelos métodos farmacológicos, que as parturientes e alguns profissionais percebiam como mais eficazes para o alívio da dor.

Na revisão de Bohren et al. (2019), que integrou também as vozes das mulheres, algumas parturientes expressaram o desejo de não ter pessoa significativa durante o parto, associando essa decisão à necessidade de preservar a privacidade e ao desconforto emocional perante a presença de terceiros. Na mesma linha de pensamento, Emelonye et al. (2017) destacou que algumas mulheres manifestaram preferência por acompanhantes do sexo feminino, como amigas ou familiares, evidenciando que as escolhas sobre quem as acompanha durante o trabalho de parto são influenciadas por fatores culturais e relacionais.

Assim, de uma forma geral, os fatores pessoais englobam as preferências, crenças e escolhas das parturientes que influenciam a sua adesão às ENF. Contudo, estes fatores não atuam de forma isolada, mas interagem com dimensões culturais, profissionais e institucionais, que condicionam a experiência da mulher e a sua decisão de recorrer a estas estratégias.

Implicações para a enfermagem

Da análise dos artigos conclui-se que a não adesão das parturientes às ENF para lidar com a dor do TP constitui um fenómeno multifatorial. Para os EE-ESMO, a evidência reforça a necessidade de formação contínua sobre ENF e de uma assistência pré-natal que desmistifique crenças e prepare as mulheres e famílias para escolhas informadas. Compete-lhes ainda promover o uso de ENF durante o trabalho de parto, capacitar as mulheres para a sua aplicação e sensibilizar as equipas para práticas centradas na mulher e baseadas em evidência.

A nível institucional, as conclusões apontam para a necessidade de criar condições físicas e institucionais que favoreçam a adoção destas práticas, como espaços que assegurem privacidade, recursos adequados e a inclusão efetiva da pessoa significativa, respeitando a decisão da mulher. Embora estas medidas ultrapassem a esfera de intervenção direta do EE-ESMO, é fundamental que este profissional exerça um papel de advocacia e liderança, contribuindo para a promoção de políticas e ambientes favoráveis à implementação das ENF.

Apesar da riqueza dos dados, é importante reconhecer que esta revisão narrativa integrou apenas oito estudos, constituindo um corpo de evidência limitado. Além disso, a sua distribuição geográfica restringe-se maioritariamente a contextos africanos e latino-americanos, não tendo sido identificado qualquer estudo desenvolvido em Portugal. Acresce que poucos estudos incluíram diretamente as parturientes como participantes, o que revela uma lacuna significativa no conhecimento acerca das suas motivações, perceções e barreiras relativamente às ENF. Esta limitação condiciona a transferibilidade dos resultados para o contexto nacional, uma vez que a organização dos cuidados, os recursos disponíveis e o papel do EE-ESMO apresentam diferenças significativas entre países.

Responder a esta problemática exige, por um lado, uma abordagem integrada que combine a capacitação e envolvimento dos profissionais, das mulheres e das pessoas significativas, assim como, a reorganização dos serviços de saúde, garantindo condições estruturais e políticas que favoreçam a adoção destas práticas. Por outro lado, impõe-se a necessidade de desenvolver investigação em Portugal que explore, de forma contextualizada, os fatores que condicionam a adesão às ENF, de modo a orientar políticas de saúde e práticas ajustadas à realidade nacional. Torna-se, particularmente importante, realizar estudos que incluam as “vozes” das mulheres, permitindo compreender as suas experiências, perceções e motivações relativamente à utilização das ENF. Esta perspetiva é essencial para adequar as intervenções de enfermagem e promover cuidados centrados na mulher e sustentados em evidência científica.

2.5. Síntese da revisão

Desta revisão da literatura conclui-se que os fatores subjacentes à não adesão das parturientes às ENF para lidar com a dor de TP constituem um fenómeno multifatorial, sendo possível agrupá-los em quatro categorias principais: profissionais, institucionais, relacionados com a pessoa significativa e pessoais.

Entre os fatores profissionais destacam-se a ausência de formação específica e o défice de conhecimento sobre as ENF, associados à perceção de ineficácia que condiciona a sua oferta. No plano institucional, evidenciam-se a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos e de condições estruturais, bem como a ausência de políticas que favoreçam a utilização destas estratégias. Os fatores relacionados com a pessoa significativa referem-se às suas crenças e ao nível de conhecimento sobre o trabalho de parto, aspetos que podem favorecer ou dificultar a adesão das parturientes às ENF. Além disso, a inclusão da pessoa significativa durante o TP,

que funciona como um elemento de apoio emocional e físico, depende simultaneamente de fatores profissionais, institucionais e da própria vontade da mulher. Por fim, do lado das parturientes, evidenciam-se escolhas conscientes, como a preferência por métodos farmacológicos, bem como recusas motivadas por crenças, receios ou pela necessidade de preservar a privacidade.

A síntese obtida demonstra que a decisão da mulher deve ser compreendida no contexto mais alargado em que decorre o trabalho de parto, influenciada pela interação com os profissionais, familiares e pelo ambiente institucional.

Assim, a evidência reforça a importância de investir na formação contínua dos profissionais, na preparação das mulheres e famílias durante a assistência pré-natal e na reorganização dos serviços, de modo a favorecer a utilização das estratégias não farmacológicas. O EE-ESMO assume um papel central neste processo, ao promover o conhecimento e a utilização destas estratégias, apoiar decisões informadas e contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados prestados à mulher durante o trabalho de parto.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL - UNIDADE MATERNO-FETAL

O estágio de internamento na UMF, integrado na unidade curricular *“Estágio de natureza profissional com relatório final”*, teve uma duração total de 200 horas, decorrendo entre o dia 16 de setembro a 25 de outubro de 2024, num hospital da zona Norte.

De acordo com o *Regulamento n.º 391/2019*, no que diz respeito ao período pré-natal, é competência do EE-ESMO cuidar da mulher inserida na família e comunidade, potenciando a sua saúde, detetando e tratando precocemente complicações e promovendo o bem-estar materno-fetal (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Esta competência insere-se no domínio *“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”*, sendo o desenvolvimento destas capacidades fundamentais durante este estágio clínico.

Assim, neste contexto, desenvolvi as minhas competências como futura EE-ESMO no internamento de grávidas com complicações, na UMF, contactando com grávidas desde as 18 semanas de gravidez até às 39 semanas, com diversas patologias associadas à gravidez, tais como: Ameaça de Parto Pré-termo (APPT); Rotura Prematura de Membranas; Restrição de Crescimento Intrauterino; Placenta prévia; Doenças hipertensivas da gravidez; Diabetes gestacional; Colestase gravídica; Hiperemese gravídica e Infecção pelo Citomegalovírus na gravidez.

3.1. Caracterização do contexto clínico [Unidade Materno-Fetal]

Do ponto de vista físico e estrutural, a UMF localiza-se próxima das restantes valências de obstetrícia, nomeadamente a urgência, o bloco de partos e o internamento de puerpério, o que facilita a articulação entre profissionais e serviços. O internamento dispõe de seis camas, distribuídas entre duas enfermarias, uma com três camas, outra com duas camas, e um quarto individual. As grávidas são habitualmente organizadas por motivo de internamento, sendo prática do serviço manter numa enfermaria as grávidas em processo de indução de trabalho de parto (ITP) e na outra as grávidas com patologia clínica. Esta organização permite uma maior adequação do ambiente às necessidades emocionais de cada grupo, tendo como objetivo evitar que uma grávida com complicações partilhe o espaço com uma mulher a aguardar o início do TP, o que poderia causar, por exemplo, ansiedade ou sentimentos de frustração em ambas.

O serviço contempla uma sala de enfermagem, destinada à preparação de medicação e aos registos informáticos no *SClínico*, duas casas de banho para uso das grávidas, uma sala de observação médica, uma zona de sujos e uma pequena sala de refeições, onde as grávidas podem conviver, promovendo a partilha de experiências e diminuindo o isolamento associado ao internamento. O serviço está também equipado com quatro monitores de cardiotocografia (CTG), distribuídos pelas três enfermarias.

Cada grávida pode estar acompanhada por uma pessoa significativa, de acordo com a sua vontade, sendo também autorizadas visitas em horário definido. A presença de uma pessoa significativa representa um apoio emocional importante durante o internamento, sobretudo em situações de maior vulnerabilidade, como a instabilidade clínica, a incerteza quanto ao prognóstico, a necessidade de tomada de decisão partilhada ou o risco de parto prematuro.

A equipa de enfermagem da UMF é composta exclusivamente por EE-ESMO, sendo cada turno assegurado por uma Enfermeira Especialista, com o apoio de uma Técnica Auxiliar de Saúde. Neste contexto, a metodologia de trabalho adotada é a individual e a enfermeira é responsável por todos os cuidados às grávidas internadas, independentemente do motivo de internamento ou do grau de complexidade clínica. Importa referir que, neste hospital da zona Norte, os EE-

ESMO exercem funções em regime de rotação entre os diferentes contextos assistenciais da unidade de ginecologia e obstetrícia, nomeadamente urgência, bloco de partos e internamento. Esta organização, embora favoreça uma abordagem especializada e integrada ao longo do percurso da mulher, no contexto de internamento pode condicionar a continuidade relacional de cuidados, entendida como a ligação sustentada entre a pessoa e o(s) profissional(is) de saúde (Haggerty et al., 2003). No campo da saúde materna e obstétrica, Tuominen et al (2014), com base na análise dos estudos de Waldenström & Turnbull (1998) e Homer et al. (2002), formularam esta continuidade como as circunstâncias em que o mesmo EE-ESMO, ou um pequeno grupo de EE-ESMO, acompanha a mulher e a família durante toda a gravidez, o parto e o período pós-parto inicial.

De acordo com o *Parecer n.º 43/2019 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO)*, devem ser respeitadas as seguintes dotações seguras: uma enfermeira por três grávidas em gravidez de alto risco (1:3), uma por três grávidas em ITP (1:3) e uma por seis grávidas em vigilância de risco moderado (1:6) (MCEESMO, 2019). Durante o estágio, constatou-se que, mesmo quando se verificava a presença de grávidas com patologia complexa ou em indução, os turnos eram assegurados por apenas uma enfermeira, acompanhada por uma Técnica Auxiliar de Saúde. Esta configuração, embora suficiente em momentos de menor afluência, não permite cumprir os rácios recomendados em situações clínicas mais exigentes.

Esta condição adquire particular relevância quando a única Enfermeira Especialista presente necessita de se ausentar temporariamente para acompanhar uma mulher ao bloco operatório, à realização de exames ou a uma consulta médica. Nestas situações, a ausência de uma segunda EE-ESMO impossibilita a continuidade da vigilância clínica e a resposta imediata a outras necessidades que possam surgir no internamento. A Técnica Auxiliar de Saúde, embora desempenhe um papel complementar, não possui formação nem competência legal para assegurar cuidados clínicos de enfermagem, deixando o serviço, ainda que por breves períodos, sem supervisão técnica qualificada.

Assim, embora o serviço beneficie da presença contínua de EE-ESMO, a inexistência de dotações seguras, tal como preconizado no *Parecer n.º 43/2019* (MCEESMO, 2019), compromete a capacidade de assegurar cuidados simultâneos e diferenciados, ajustados à complexidade das situações clínicas observadas. A garantia de cuidados seguros e eficazes exige, por isso, uma equipa de enfermagem dimensionada em função das exigências assistenciais, com profissionais com competência autónoma disponíveis em permanência.

No que diz respeito às mulheres grávidas com complicações associadas, estas podem ser admitidas, a qualquer momento, provenientes da urgência obstétrica. Assim, a grávida que dá entrada no serviço de urgência é triada e, quando existe a necessidade de internamento, a informação sobre a condição clínica da mesma é, primeiramente, transmitida via telefone à enfermeira responsável da UMF e, posteriormente, a grávida é acompanhada até à UMF pela Técnica Auxiliar de Saúde e pela Enfermeira alocada no serviço de Urgência de Obstetrícia.

O acolhimento da grávida na UMF inclui a apresentação dos profissionais, do espaço físico e explicação das rotinas e horário das visitas. O EE-ESMO tem um papel preponderante no acolhimento e apoio emocional da grávida. Ao longo do internamento procurava-se que a grávida se sentisse segura, bem como a sua pessoa significativa, estabelecendo uma relação de empatia e confiança, bem como uma comunicação clara sobre a situação em que a grávida se encontrava.

Posteriormente, procede-se à avaliação inicial da grávida, que consiste na recolha de dados através de entrevista com a mesma, análise do processo clínico e avaliação da evolução da gravidez. No processo clínico, conjuntamente com o boletim de grávida, são obtidos dados relativos ao motivo de internamento, aos antecedentes pessoais, ao historial obstétrico e à idade gestacional. Os restantes dados, como as alergias, a medicação domiciliária e o contacto telefónico da pessoa significativa são adquiridos durante a entrevista com a grávida e pessoa significativa.

Após a avaliação inicial estar concluída, é realizada a avaliação da evolução da gravidez, que consiste na monitorização dos sinais vitais da grávida, na avaliação do bem-estar fetal com recurso a CTG ou *doppler*, de acordo com a idade

gestacional, e também na avaliação e vigilância dos sinais/sintomas associados à patologia. Durante todo este processo, são ainda esclarecidas eventuais questões da grávida e da pessoa significativa.

A hospitalização decorrente de uma gravidez com complicações pode representar uma experiência disruptiva, geradora de sentimentos de incerteza, medo ou perda de controlo, particularmente quando contrasta com as expectativas inicialmente criadas em torno da gravidez. Neste contexto, é fundamental que o EE-ESMO atue como facilitador de uma transição saudável, ajudando a grávida a compreender e integrar a sua experiência de forma construtiva e mantendo o foco na parentalidade futura (Meleis, 2010; MCEESMO, 2021). Esta intervenção especializada implica não apenas competência técnica, mas também escuta ativa, empatia e atenção à forma como a mulher atribui significado à sua condição clínica. Ao validar as emoções vividas e ao reconhecer os significados atribuídos à gravidez com complicações, o EE-ESMO contribui ainda para fortalecer a perceção de segurança e o papel ativo da mulher na gestão do processo. Este tipo de acompanhamento é essencial para que a vigilância clínica se articule com o apoio emocional, respeitando a singularidade de cada mulher e promovendo uma experiência de internamento mais positiva, reflexiva e integradora (MCEESMO, 2021).

Para a elaboração do presente relatório de estágio optou-se por apresentar um caso de uma grávida com o diagnóstico de APPT, uma situação com elevada prevalência no internamento na UMF e com implicações relevantes para a saúde materna e neonatal. Este quadro clínico exige uma vigilância rigorosa e cuidados altamente diferenciados, sendo da responsabilidade do EE-ESMO assegurar uma intervenção tecnicamente competente, que garanta a segurança materna e fetal e responda às necessidades específicas de cada mulher/casal.

3.2. Entre o tempo e o termo: promoção da adaptação à gravidez e preparação para a parentalidade num contexto de ameaça de parto pré-termo

“Entre o tempo e o termo” traduz o contexto vivido por Catarina, uma grávida internada devido a uma ameaça de parto pré-termo, numa fase em que o desenvolvimento fetal ainda não atingiu a maturidade necessária à transição para a vida extrauterina. Esta situação exige ao EE-ESMO competências técnico-científicas e relacionais, que contribuem para a promoção da adaptação à gravidez com complicações e para a preparação para o parto e parentalidade em condições adversas.

Para o desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar a mulher durante o período pré-natal – Unidade Materno-Fetal, destaco o seguinte caso clínico: A Catarina, 36 anos, encontra-se grávida de 28 semanas e 4 dias, do seu segundo filho, o Tomás. Foi uma gravidez desejada e planeada pelo casal. Deu entrada na UMF, por contratilidade uterina regular, sendo diagnosticada com APPT. Índice Obstétrico: (2G, 1P). Grupo sanguíneo é A fator *Rhesus* positivo; Toxoplasmose: IgG (+) e IgM (-): Imune; Vacinação: Rubéola IgG (+) e IgM (-): Imune; Sífilis (VDRL): negativo; Hepatite B: negativo; HIV: negativo, Pesquisa de *Streptococcus beta hemolítico do grupo B* (SGB) em curso.

A Catarina encontra-se internada para vigilância e realização de Tocólise, Maturação Pulmonar Fetal e Antibioterapia. Tem indicação médica de repouso absoluto no leito. Plano de cuidado elaborado referente ao turno da tarde (14h00-20h30) que corresponde ao segundo dia de internamento da grávida. Neste dia, além da presença da sua pessoa significativa, o Henrique, teve a visita da sua primeira filha, a Inês.

Medicação prescrita:

- Atosiban – segundo protocolo de administração: 3º passo (Atosiban 7,5 mg/ml – 37,5mg/5ml – perfusão de 6mg/h até 24 horas a 8ml/h)
- Ampicilina 1 G EV 6/6h (durante 2 dias) – 18h
- Dexametasona 6mg – 12/12h 4 doses via intramuscular - (3ª dose às 21h)
- Progesterona 200 mg - Capsulas de aplicação vaginal (durante 4 dias)

Atitudes terapêuticas prescritas:

- Monitorização de CTG (1x/turno e SOS)
- Monitorização de sinais vitais (1x/turno e SOS)
- Repouso absoluto no leito (s/horário)

3.2.1.Da necessidade de cuidados às intervenções de enfermagem: conceção de cuidados [Unidade Materno-Fetal]

O Trabalho de Parto Pré-Termo (PPT) é definido pela OMS como aquele que ocorre antes das 37 semanas completas de gestação e após ser atingido o limite inferior da viabilidade (OMS, 2023). Em Portugal, o limiar inferior de viabilidade fetal é considerado, clinicamente, a partir das 24 semanas de gestação. Apesar de não existir uma definição legal formal, este limite é amplamente consensual entre profissionais de saúde, com base na evidência da possibilidade de sobrevivência com suporte intensivo neonatal a partir dessa idade gestacional (Quintas et al., 2024). Este fenómeno representa uma das principais causas de morbilidade e mortalidade neonatal a nível global, sendo responsável por cerca de um milhão de mortes por ano. Estima-se que, anualmente, cerca de 13,4 milhões de bebés nasçam antes do termo, o que corresponde a uma taxa de prematuridade global de 10,6 % (OMS, 2023). Do ponto de vista clínico, o trabalho de PPT pode ser

classificado em três categorias, consoante a idade gestacional: pré-termo extremo (antes das 28 semanas), pré-termo moderado (entre as 28 e as 31 semanas e 6 dias) e pré-termo tardio (entre as 32 e as 36 semanas e 6 dias) (OMS, 2023). Esta estratificação permite adequar as intervenções clínicas e os cuidados neonatais, com impacto significativo no prognóstico da díade.

Para uma melhor adequação das intervenções de enfermagem, e uma vez que influencia as propostas de atuação clínica e prognóstico perinatal, é também importante distinguir o Trabalho de PPT, a APPT e o Falso trabalho de PPT. A APPT é caracterizada pela ocorrência de contrações uterinas frequentes, regulares e dolorosas antes da 37ª semana de gestação, acompanhadas de distensão do segmento inferior do útero, mas sem dilatação ou extinção do colo uterino; o trabalho de PPT efetivo verifica-se quando há progressão cervical, nomeadamente extinção e dilatação do colo uterino, acompanhados de contrações regulares; o Falso Trabalho de PPT refere-se à presença de contrações uterinas, antes das 37 semanas de gestação, com duração de 2 a 4 horas, sem progressão do segmento inferior do útero, nem modificações no colo uterino, resolvendo-se de forma espontânea (Jenkins & Mikes, 2025). O PPT sucede-se entre a 22.ª e a 36.ª semana e seis dias de gestação e sabe-se que afeta aproximadamente 10% das gravidezes, sendo uma das principais causas de morbilidade e mortalidade neonatal (Magro et al., 2016).

De acordo com Graça (2017) a etiologia do trabalho de PPT não está completamente esclarecida e, por isso, em grande parte dos casos, não se sabe se resulta do início idiopático da ativação do processo normal de TP ou se, pelo contrário, é resultado de um mecanismo etiológico indeterminado, estimando-se que em 20-30% dos casos não é possível identificar-se uma causa concreta. Contudo, segundo o mesmo autor, as principais causas do desencadeamento prematuro do trabalho de PPT espontâneo são as seguintes: Hiperdistensão do miómetro e/ou alterações cervicais precoces, *stress* materno-fetal e, por último, infeção fetal/materna.

Medicação prescrita e a sua relação com a APPT

Antes de se administrar qualquer terapêutica é importante conhecer os protocolos de administração, bem como as possíveis reações adversas dos diversos fármacos. Como referido no caso clínico, a Catarina encontra-se a fazer tocólise. A administração de agentes tocolíticos, como neste caso em específico o atosiban, está indicada entre as 24 e as 34 semanas de gestação, com o principal objetivo de prevenir o início do PPT em grávidas com fatores de risco. Quando o trabalho de PPT já está em curso, estes agentes visam suspender a contratilidade uterina, permitindo assim que a grávida consiga completar o ciclo de maturação fetal (Graça, 2017; Magro et al., 2016). Contudo, importa sublinhar que a eficácia da administração de terapêutica inibidora da contratilidade uterina em grávidas com sinais de alarme de PPT tem sido questionada, dado que não está comprovada a eficácia no prolongamento da gravidez de forma significativa (Graça, 2017).

O atosiban é um antagonista da ocitocina que se liga competitivamente aos recetores da ocitocina-vasopressina e que demonstrou ser eficiente nas contrações induzidas pela ocitocina. Pode ter como efeitos secundários náuseas, vômitos, cefaleias e tonturas (Graça, 2017). Também a administração de progesterona, quer por via oral, quer sob a forma de cápsulas de aplicação vaginal, foi considerada recentemente como terapêutica profilática em grávidas de alto risco para PPT devido ao seu efeito inibidor da contratilidade prematura. Para se compreender melhor a sua utilização e relevância para o caso clínico, importa também referir que existe a hipótese de que a súbita diminuição dos níveis circulantes de progesterona pode desencadear espontaneamente o TP, daí a importância da sua administração de modo profilático nos casos de APPT (Graça, 2017).

A maturação pulmonar fetal está indicada entre as 24 e as 34 semanas de gestação em situação de APPT e de trabalho de PPT espontâneo ou iatrogénico sendo que, como referido anteriormente, a administração de terapêutica tocolítica tem como objetivo a grávida “ganhar tempo” para a sua administração. Assim, todos os casos elegíveis para tocólise, são também para terapêutica corticosteroide (Graça, 2017; Magro et al., 2016). A dexametasona (6 mg) é um glucocorticoide e está comprovada a sua eficiência a nível da estimulação da maturação pulmonar. Esta

deve ser administrada por via intramuscular, com intervalos de 12 horas, em 4 doses. A sua administração tem efeitos sobre os alveolócitos do tipo II, promovendo a libertação de surfactante, e também é responsável pela diminuição de incidência de hemorragia intraventricular, de enterocolite necrotizante e da mortalidade dos recém-nascidos pré-termo (Graça, 2017).

Por último, importa refletir sobre a administração da terapêutica antibiótica nos casos de APPT. De acordo com Graça (2017) a administração profilática de antibióticos nos casos em que existem sinais de alarme de PPT é ainda controversa. Sugere-se que poderá haver alguma eficácia nas etapas iniciais de um processo infeccioso que eventualmente originou a contratilidade precoce, ou seja, quando a infeção ainda não se estendeu até às membranas ovulares. Além disto, na maioria dos casos o agente infeccioso não está ainda identificado, pelo que esta atitude terapêutica tem quase sempre um carácter empírico e só deve ser implementada em casos selecionados. O mesmo autor refere ainda que, não estando nitidamente demonstrada a eficácia da terapêutica antibiótica para prevenção do PPT, a administração desta terapêutica a grávidas com sinais de alarme de PPT, ou mesmo em Trabalho de PPT não está recomendada.

Ainda relativamente a esta terapêutica, as infeções genitais e/ou urinárias por SGB representam uma situação particular devido ao elevado risco de mortalidade por sépsis neonatal. Dado isto, mesmo que o intuito da terapêutica não seja o de evitar do PPT, a todas as grávidas em TP que não tenham sido rastreadas para colonização vaginal e/ou retal por estes microorganismos, ou com resultado positivo, deve ser administrada a profilaxia com ampicilina por via endovenosa. Em casos de alergia à penicilina, os antibióticos alternativos são a clindamicina e a eritromicina (Graça, 2017).

Também Flenady et al. (2013) afirmam que a administração profilática de antibióticos em situações de APPT com membranas íntegras não se demonstra benéfica, uma vez que, apesar de poder reduzir infeções maternas, não melhora os desfechos neonatais e pode até estar associada a um aumento da mortalidade infantil a longo prazo. No entanto, no caso clínico de Catarina, o resultado inconclusivo do rastreio para SGB justificou a decisão clínica de administrar

ampicilina profilática durante o internamento. Esta conduta está alinhada com as recomendações dos *Centers for Disease Control and Prevention* e do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), que indicam a profilaxia antibiótica intraparto em grávidas com colonização desconhecida ou positiva por SGB, independentemente da presença de APPT, com o objetivo de prevenir a sépsis neonatal precoce (Verani et al., 2010; ACOG, 2020).

De acordo com Rodrigues et al. (2016), uma gravidez de alto risco é definida como qualquer gravidez em que há evidência de ameaça real, ou potencial, que coloca em perigo a vida da mãe ou do feto, devido a uma perturbação ou situação coincidente ou exclusiva da gravidez. Nestes casos, é frequente a necessidade de hospitalização para vigilância materno-fetal contínua, implementação de terapêutica medicamentosa e realização de cuidados diferenciados, segundo protocolos específicos. Contudo, a vivência de uma gravidez com complicações vai além da dimensão física, podendo comprometer o bem-estar emocional da grávida e influenciar negativamente o processo de adaptação à gravidez e à parentalidade. A incerteza quanto à evolução da gravidez, a alteração das expectativas previamente construídas e a hospitalização inesperada são fatores que podem gerar ansiedade, medo ou sentimentos de perda de controlo. Assim, para além da vigilância clínica, o EE-ESMO assume um papel fundamental no apoio à integração da experiência e na promoção de uma transição saudável, respeitando a singularidade de cada mulher e a sua forma de se ajustar a uma gravidez vivida em contexto de vulnerabilidade.

Domínio: Gestação

Do ponto de vista hemodinâmico, perante uma situação de APPT é essencial manter uma vigilância de sinais de alarme tais como: queixas álgicas pélvicas, abdominais ou lombares, pressão pélvica, modificação ou aumento do fluxo vaginal (que poderá ser mucoso ou, por vezes, hemático) e presença de contrações uterinas. Para além disso, e que vai ao encontro do protocolo hospitalar, no início de cada turno devem ser monitorizados os sinais vitais, o estado geral da grávida e a avaliação do bem-estar materno-fetal através de CTG ou *doppler* (Sousa, 2021). Esta vigilância, desempenhada por um EE-ESMO, é essencial para identificar

alterações clínicas de forma precoce e permitir intervenção imediata ou referenciação médica urgente, reduzindo a morbidade e assegurando uma recuperação pós-parto segura e eficaz. Por este motivo, no início do turno, foi realizada a avaliação física da Catarina para despistar sinais de alarme e avaliar o estado hemodinâmico, como consta no Quadro 1.

Quadro 1. Vigilância da Gravidez [Catarina]

DOMÍNIO: GESTAÇÃO	
FOCO: GRAVIDEZ	
Dados: - Idade gestacional 28 sem + 4 dias	
DIAGNÓSTICO: GRAVIDEZ	
Objetivo: - Determinar sinais de complicações da gravidez e/ou desenvolvimento fetal	CrITÉRIOS de resultado: - Detetar precocemente sinais de complicações da gravidez e/ou desenvolvimento fetal
Intervenções: • Avaliar evolução da gravidez - Monitorizar pressão sanguínea (1 x turno e SOS) - Monitorizar frequência cardíaca Materna (1 x turno e SOS) - Avaliar bem-estar fetal (1 x turno e SOS) - Recurso a CTG e relato materno sobre a perceção dos movimentos fetais. - Avaliar padrão de contractilidade uterina (1 x turno e SOS) - Recurso a CTG. - Avaliar dor de TP (8/8h e SOS). - Avaliar perda de líquido amniótico (SOS). - Avaliar características do colo do útero (SOS). - Avaliar perda sanguínea (SOS) • Referenciar compromisso da Gravidez ao médico (SOS)	
Dados de avaliação da evolução da gravidez no corpo da mãe e do desenvolvimento fetal durante o turno: - Idade gestacional: 28 semanas + 4 dias de gestação - Pressão sanguínea: 110/57 mmHg - Frequência cardíaca materna: 78 batimentos por minuto (bpm) - Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea - Efeitos colaterais da gravidez: edemas membros inferiores - Posição do colo do útero: posterior - Dilatação do colo do útero: fechado - Consistência do colo do útero: firme - Extinção do colo do útero: inteiro - Padrão de Contratilidade Uterina: Padrão de contractilidade uterina normal (sem contrações) - Dor de TP: ausente, segundo a Grávida - Posição fetal: direita - Apresentação fetal: cefálica	

- Frequência Cardíaca Fetal: 130 bpm (foco: quadrante inferior direito)
- Movimento fetal: Padrão normal de movimentos fetais
- Bem-estar fetal: linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas
- Perda de Líquido amniótico: sem perdas de líquido amniótico
- Ruptura de membranas: membranas íntegras

Após a colheita de dados, verificou-se que a Catarina se encontrava hemodinamicamente estável e foram excluídos os sinais de alarme previamente referidos.

Domínio: Adaptação à gravidez com complicações

De acordo com Cardoso et al. (2023), no sentido de facilitar a adaptação à gravidez com complicações, e após avaliada a necessidade/pertinência, são implementadas intervenções autónomas de enfermagem com o objetivo de promover a autogestão de complicações da gravidez, que incluem intervenções no âmbito do conhecimento sobre complicações durante a gravidez, do conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez e da consciencialização da relação entre autogestão do regime de repouso/terapêutico e os resultados perinatais, bem como intervenções de enfermagem com a finalidade de promover a autogestão do regime terapêutico durante a gravidez, que incluem o conhecimento sobre regime dietético durante a gravidez, o conhecimento sobre regime de exercício durante a gravidez e, por fim, o conhecimento sobre regime medicamentoso durante a gravidez.

Foco: Conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez

Logo num primeiro contacto com a Catarina, esta referiu que *“Eu neste momento estou sem contrações. Contudo, se voltar a ter, devo tocar à campainha certo? Existe mais algum sintoma com o qual eu deva estar preocupada, além das contrações?”* Assim, percebeu-se que um dos focos de atenção neste turno seria o conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez com o intuito de promover a autovigilância de complicações durante a gravidez. No quadro

seguinte apresentam-se as intervenções de enfermagem implementadas neste âmbito (Quadro 2).

Quadro 2. Conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez [Catarina]

DOMÍNIO: ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	
FOCO: CONHECIMENTO SOBRE AUTOVIGILÂNCIA DE COMPLICAÇÕES DURANTE A GRAVIDEZ	
Dados: - “Eu neste momento estou sem contrações. Contudo, se voltar a ter, devo tocar à campainha certo? Existe mais algum sintoma com o qual eu deva estar preocupada, além das contrações?”	
DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE AUTOVIGILÂNCIA DE COMPLICAÇÕES DURANTE A GRAVIDEZ	
Objetivo: - Promover autovigilância de complicações durante a gravidez	Critérios de resultado: - Que a grávida seja capaz de reconhecer os sinais de alarme de PPT;
Intervenções: • Ensinar sobre autovigilância: sinais de complicações durante a gravidez (neste contacto e SOS) Atividade que concretiza a intervenção: - Ensinar sobre sinais de Alarme de PPT: Referir que, além das contrações, são sinais e sintomas de alarme de trabalho e PPT as algias pélvicas (constantes ou intermitentes); lombalgias (constantes ou intermitentes); pressão pélvica; algias abdominais; modificação/aumento do fluxo vaginal, ou seja, mucoso, ou mais fluído, ou mesmo hemático; contrações uterinas, como referiu, em intervalos menores ou iguais a 10 min, com ou sem dor (Graça, 2017; Sousa, 2021). • Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez (Próximo contacto e SOS)	

A promoção do conhecimento sobre sinais de alarme durante a gravidez é uma dimensão essencial dos cuidados de enfermagem em contexto de gravidez com complicações, uma vez que permite capacitar a mulher para uma autovigilância eficaz, potenciando uma intervenção atempada e minimizando riscos para a díade materno-fetal.

A literatura científica destaca que a promoção da literacia em saúde em grávidas tem impacto significativo na capacidade de identificar sinais de alerta precocemente. Num estudo recente realizado nos Estados Unidos da América, que envolveu 588 grávidas e puérperas, identificou-se que mais de metade era incapaz de reconhecer sinais de complicações durante a gravidez ou no período pós-parto

(55%–56%), o que reforça a necessidade de formação específica em contexto hospitalar para prevenir atrasos na procura de cuidados (Fagan et al., 2024). Além disso, um estudo quase-experimental longitudinal, realizado em dois hospitais universitários na Nigéria, avaliou o efeito de uma intervenção de enfermagem no âmbito do conhecimento sobre os sinais de alarme durante a gravidez. Os resultados demonstraram uma melhoria estatisticamente significativa no conhecimento das mulheres do grupo de intervenção, em contraste com o grupo controlo, confirmando que as intervenções com foco na literacia em saúde executadas por enfermeiros são eficazes para reforçar o conhecimento das grávidas acerca dos sinais de alarme e, por sua vez, apoiar a sua autovigilância (Masoi & Kibusi, 2019).

No caso da Catarina, a sua pergunta explícita relativamente aos sinais de alarme reforça a pertinência deste foco de cuidados e permitiu identificar uma oportunidade concreta de intervenção. Ao ser esclarecida sobre os sintomas a que deve estar atenta, como as contrações regulares, dor pélvica, alterações no corrimento vaginal ou pressão na região pélvica, a Catarina passou a dispor de ferramentas para reconhecer precocemente alterações no seu estado clínico, favorecendo a procura atempada de cuidados.

Esta intervenção, concretizada por um EE-ESMO, profissional detentor de competências específicas para a vigilância clínica em contexto de gravidez com complicações, pode revelar-se determinante para o prognóstico materno-fetal, ao permitir que sinais precoces de progresso do trabalho de PPT sejam prontamente reportados à equipa de saúde, possibilitando a reavaliação clínica e eventual reajuste da terapêutica. Adicionalmente, a aquisição deste conhecimento contribui para o reforço da perceção de controlo da Catarina sobre a sua situação clínica, atenuando a ansiedade associada à incerteza e promovendo a sua participação ativa no processo de vigilância da gravidez.

Foco: Conhecimento sobre complicações durante a gravidez

Ainda no seguimento da interação anterior, a Catarina partilhou: *“Eu fiquei aqui internada porque sentia contrações regulares. Apesar de neste momento já não ter contrações, há probabilidades de ele nascer, certo?”*. Esta questão revelou não só

dúvidas em relação ao diagnóstico de APPT, mas também alguma incerteza quanto à evolução da gravidez. Perante esta partilha, verificou-se que o conhecimento sobre complicações durante a gravidez constituía igualmente um dos focos de atenção neste turno, sendo fundamental clarificar conceitos, ajustar expectativas e promover a autogestão clínica informada. No quadro seguinte apresentam-se as intervenções de enfermagem implementadas neste âmbito (Quadro 3).

Quadro 3. Conhecimento sobre complicações durante a gravidez [Catarina]

DOMÍNIO: ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	
FOCO: CONHECIMENTO SOBRE COMPLICAÇÕES DURANTE A GRAVIDEZ	
Dados: - <i>“Eu fiquei aqui internada porque sentia contrações regulares. Apesar de neste momento já não ter contrações, há probabilidades de ele nascer, certo?”</i>	
DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE COMPLICAÇÕES DURANTE A GRAVIDEZ	
Objetivo: - Promover a autogestão de complicações da gravidez	Crítérios de resultado: - Que a grávida seja capaz de compreender o que é o diagnóstico de APPT;
Intervenções: • Ensinar sobre complicações do compromisso da gravidez [APPT] (neste contacto e SOS) Atividade que concretiza a intervenção: - Referir que a APPT é caracterizada pela ocorrência de contrações uterinas frequentes, regulares e dolorosas antes da 37ª semana de gestação, mas sem repercussões ao nível do colo do útero. - Referir que a atitude nestes casos destina-se, fundamentalmente, a evitar o desenvolvimento de PPT efetivo e a diagnosticar uma possível causa para a APPT, que é o que estão a fazer neste momento. - Referir ainda que mais de metade das grávidas com APPT têm o parto após 37 semanas, mesmo sem realizar tocólise, que é a medicação que está a fazer neste momento. • Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações da gravidez (Próximo contacto e SOS)	

Como referido acima, a promoção do conhecimento sobre complicações associadas à gravidez, nomeadamente a APPT, e em momento oportuno, assume particular relevância em contexto de internamento, dado o impacto que pode ter na perceção de risco, na ansiedade da mulher e na sua capacidade de autogestão clínica.

A OMS (2023) sublinha que o acesso a informação adequada e esclarecida é determinante para melhorar os desfechos perinatais e evitar o uso desnecessário de recursos hospitalares. A literatura demonstra que, embora a contratilidade uterina antes das 37 semanas seja comum, apenas uma minoria das grávidas com esse padrão evolui efetivamente para PPT, o que reforça a importância de um esclarecimento adequado sobre o diagnóstico e prognóstico da APPT (Goldenberg et al., 2008; Pais-Cunha et al., 2024).

No caso da Catarina, a explicação prestada pelo EE-ESMO permitiu-lhe compreender que a APPT não implica, necessariamente, evolução imediata para TP (Jenkins & Mikes, 2024). A Catarina referiu: *“Agora percebi melhor... até posso conseguir ter o meu bebé depois das trinta e sete semanas... não se sabe.”* Esta intervenção contribuiu não só para a melhoria da literacia em saúde, mas também para o bem-estar emocional. Neste domínio, o EE-ESMO assume um papel fundamental, ao ser o profissional habilitado para traduzir a complexidade clínica em informação compreensível e pertinente, ajustada ao nível de literacia em saúde da grávida.

Foco: Consciencialização da relação entre autogestão do regime de repouso e os resultados perinatais

Relativamente à atitude terapêutica de repouso no leito, Graça (2017) refere que o repouso em decúbito lateral diminui a frequência e a intensidade das contrações, alivia a pressão da apresentação sobre o colo e melhora o fluxo uteroplacentar. Assim, perante o diagnóstico de APPT é prática comum a prescrição de repouso no leito, seja relativo ou absoluto. Contudo, já uma revisão da Cochrane de Sosa et al. (2015) havia concluído não existir evidência que apoie ou refute o uso desta intervenção para prevenir o parto pré-termo, alertando ainda para potenciais efeitos adversos, nomeadamente o aumento do risco de tromboembolismo, a atrofia muscular e a redução da densidade óssea. Mais recentemente, a ACOG (2020) salientou que o repouso no leito não demonstrou eficácia na prevenção do parto pré-termo e não deve ser recomendado de forma rotineira. Do mesmo modo, a *Society for Maternal-Fetal Medicine* reforça que não existe evidência de que a restrição de atividade reduza o risco de parto pré-termo ou melhore os resultados

neonatais, emitindo uma recomendação contra a sua utilização rotineira (Lauder et al., 2020).

Além das implicações fisiológicas, importa refletir sobre o impacto psicológico que o repouso no leito acarreta. De acordo com Domínguez Luna et al. (2012) as mulheres submetidas a esta restrição tendem a experimentar perda de autonomia e isolamento social, o que pode levar ao desenvolvimento de sentimentos de inutilidade. Isso, adicionado à vulnerabilidade emocional resultante do internamento, pode afetar negativamente a adaptação ao papel parental. A Catarina encontrava-se num quarto individual e, como estava em repouso absoluto no leito, não tinha qualquer contacto com as outras grávidas no internamento. Além disso, uma vez que o horário das visitas era das 11h às 19h30, havia alturas do dia em que se encontrava isolada.

Perante isto, considerou-se importante avaliar a consciencialização da relação entre autogestão do regime de repouso e os resultados perinatais, bem como avaliar a forma como a Catarina percecionava e integrava a experiência de repouso absoluto no leito. Após questionar a Catarina, ela referiu *“Tenho noção que neste momento é importante manter o repouso no leito e que isso pode influenciar o desfecho desta gravidez. Desde que estou a fazer esta medicação e que estou aqui deitada que não sinto contrações”*. *“Quando estou sozinha, ocupo-me a ler e a fazer uns trabalhos no computador. Para já, tenho estado bem e como sei que é para o meu bem e do meu filho, custa menos.”*

Com estes dados foi possível concluir que, apesar da natureza controversa do repouso no leito enquanto prática clínica, a Catarina demonstrava compreensão sobre a sua importância no contexto atual e associava a cessação das contrações ao cumprimento do regime de repouso prescrito. Neste sentido, não se justificou qualquer intervenção, uma vez que a Catarina já apresentava conhecimento adequado e uma atitude alinhada com as práticas/prescrições em vigor no internamento. A minha atuação centrou-se, assim, na escuta ativa e na validação do saber demonstrado, reforçando positivamente a perceção de controlo da mulher sobre a sua situação clínica. Esta validação, por si só, constitui uma intervenção promotora de segurança e continuidade dos cuidados.

Domínio: Adaptação à gravidez

No seguimento das intervenções autónomas de enfermagem, e tendo sempre por base que a mulher grávida que está no internamento não se resume à patologia que o originou, são ainda implementadas intervenções que promovam a adaptação à gravidez, com o objetivo de promover o ajustamento à gravidez, onde está incluído o conhecimento sobre gravidez, o conhecimento sobre desenvolvimento fetal e o significado atribuído à gravidez, bem como intervenções com o objetivo de promover o autocuidado durante a gravidez, que incluem o conhecimento sobre autocuidado durante a gravidez, o conhecimento sobre autogestão dos efeitos colaterais da gravidez, o conhecimento sobre medidas de segurança durante a gravidez, o conhecimento sobre sinais de complicações durante a gravidez e a consciencialização da relação entre o padrão alimentar e o peso corporal durante a gravidez (Cardoso et al., 2023).

Segundo Cardoso et al. (2023, p. 10), *“a adaptação à gravidez pode ser definida como o processo contínuo e dinâmico que envolve alterações físicas, emocionais, cognitivas e comportamentais, através do qual a mulher grávida reorganiza o seu autoconceito e os seus papéis, em resposta às exigências e transformações inerentes à gravidez”*.

Foco: Conhecimento sobre [recém nascido prematuro]

Durante a gravidez, tanto a mãe como o pai constroem expectativas em torno do filho imaginado, projetando desejos quanto à sua saúde e desenvolvimento, ainda que conscientes das possíveis complicações. Neste processo, o conhecimento sobre o desenvolvimento fetal desempenha um papel central, pois fornece à grávida e à sua pessoa significativa elementos que sustentam a construção de uma imagem do filho em desenvolvimento (Cardoso et al., 2023).

No entanto, perante a possibilidade de um nascimento pré-termo, surgem incertezas que podem comprometer este processo de ajustamento. A Catarina manifestou várias dúvidas relativamente ao cenário de um possível nascimento pré-termo, expressando preocupações quanto à evolução fetal, ao prognóstico neonatal e às condições de internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos

Neonatais (UCIN). Perante questões como “*Se o Tomás nascer entretanto, vai para a Neonatologia, certo?*” ou “*O Tomás neste momento já está desenvolvido a que ponto?*”, percebeu-se que o conhecimento sobre o recém-nascido prematuro era também um dos focos de atenção neste turno. Esta preocupação fundamenta a pertinência de uma intervenção centrada no domínio da adaptação à gravidez, orientada para o esclarecimento das especificidades do recém-nascido prematuro e das implicações clínicas da sua eventual hospitalização (Quadro 4).

Quadro 4. Conhecimento sobre recém-nascido prematuro [Catarina]

DOMÍNIO: ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ	
FOCO: CONHECIMENTO SOBRE [RECÉM-NASCIDO PREMATURO]	
Dados: - “ <i>Se o Tomás nascer entretanto, vai para a Neonatologia, certo? Se ele ficar lá, quanto tempo é que vai ficar? Eu vou poder estar sempre com ele?...</i> ” - “ <i>O Tomás neste momento já está desenvolvido a que ponto? O que é que ele consegue fazer? Como seria o aspeto dele se nascesse hoje?.</i> ”	
DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE [RECÉM-NASCIDO PREMATURO]	
Objetivo: - Promover ajustamento à Gravidez	Critérios de resultado: - Que a Catarina reconheça os marcos de desenvolvimento fetal. - Que a Catarina seja capaz de reconhecer os cuidados necessários a ter com um recém-nascido prematuro; - Que a Catarina seja capaz de compreender o que é uma UCIN
Intervenções: • Ensinar sobre desenvolvimento fetal (neste contacto e SOS) Atividade que concretiza a intervenção: - Desenvolvimento fetal das 28-32 semanas: Referir à Catarina que nesta fase a maioria dos órgãos dos sentidos estão formados e o Tomás já consegue sentir o cheiro e o sabor do líquido amniótico, além de escutar os sons externos, respondendo com movimentos. Além disso, começa a desenvolver um ciclo normal de sono-vigília e as pálpebras estão separadas, o que permitirá abrir os olhos (Cardoso et al., 2023). - Mostrar imagens alusivas ao recém-nascido prematuro e explicar o aspeto e características: Fisicamente o bebé prematuro tem algumas características específicas: Pequenos em tamanho e baixo peso ao nascer; Com 27 semanas o feto tem 36,5 centímetros de comprimento e pesa cerca de 875 gramas (Cardoso et al., 2023); apresentam pele fina, brilhante e rosada, que pode estar coberta por uma penugem fina, a que chamamos de lanugo; têm escasso tecido adiposo sob a pele, com veias facilmente visíveis; Cabeça desproporcionalmente grande em relação ao corpo (SPN, 2016).	

- Mostrar vídeos de recém-nascidos¹ prematuros e explicar que: eles podem ser hipo ou hiper-reactivos/responsivos, ou seja, podem apresentar momentos em que reagem em excesso e noutros momentos ser mais letárgicos e apáticos, uma vez que têm uma maior necessidade de descanso; Reflexos de sucção fracos/inexistentes; Imaturidade respiratória; digestiva; imunológica; maior dificuldade na coordenação da sucção-deglutição-respiração, o que faz com que possa ser necessário alimentar-se por uma sonda (SPN, 2016).

- **Ensinar sobre o [recém-nascido prematuro] (neste contacto e SOS)**

- Em relação à necessidade de ficar internado no serviço de Neonatologia: Explicar que os recém-nascidos prematuros, principalmente se nascerem antes das 35 semanas, têm maior dificuldade de adaptação ao meio fora do útero, uma vez que tem de o fazer mais cedo e num ambiente para o qual não estão preparados, e por isso são transferidos para a UCIN (SPN, 2016).

- Em relação ao tempo em que ficará internado. Explicar que o Tomás apenas terá alta do hospital quando: Se alimentar adequadamente; crescer adequadamente (Peso mínimo 1800g); for capaz de manter estabilidade térmica; Assim, não existe um tempo estabelecido prévio, será consoante a evolução do seu bebé (SPN, 2016).

- Em relação ao acompanhamento do Tomás durante o internamento: Explicar que a UCIN providencia cuidados especializados a recém-nascidos que se encontram doentes ou nasceram prematuramente. Nesta unidade, os pais são considerados parte essencial da equipa cuidadora e por isso podem estar com o seu bebé sempre que quiserem. A Unidade proporciona almoço e jantar a um dos pais, desde que permaneça junto do bebé, sendo que só terá de informar a equipa de enfermagem no início do turno de cada manhã se quiser usufruir da refeição.

- **Avaliar evolução do conhecimento sobre recém-nascido prematuro (Próximo contacto e SOS)**

Dados de avaliação:

A Catarina referiu: *“De certa forma, fico mais descansada ao saber de todas estas coisas. Assim, já sei mais ou menos o que esperar, o que me tranquiliza. Vou guardar estas imagens para mostrar ao meu marido. Ele já se foi embora com a nossa filha, mas amanhã vou mostrar-lhe. Obrigada por esclarecer todas as minhas dúvidas.”*

Após a implementação das intervenções, a Catarina referiu: *“De certa forma, fico mais descansada ao saber de todas estas coisas. Assim, já sei mais ou menos o que esperar, o que me tranquiliza. Vou guardar estas imagens para mostrar ao meu marido. Ele já se foi embora com a nossa filha, mas amanhã vou mostrar-lhe. Obrigada por esclarecer todas as minhas dúvidas.”*

Esta partilha evidencia um ganho efetivo em literacia em saúde, refletido numa compreensão mais clara do cenário clínico e numa preparação mais informada para diferentes possibilidades, fortalecendo o seu papel ativo na vigilância da gravidez. Ao antecipar, de forma informada, os possíveis cenários decorrentes de um PPT,

¹ Link dos vídeos: <https://create.vista.com/pt/videos/cuidados-neonataes/>

incluindo as características do recém-nascido prematuro e as condições de internamento numa UCIN, a Catarina sentiu-se mais preparada para lidar com a incerteza vivida no momento. Esta intervenção do EE-ESMO visa ajustar as expectativas, apoiar o processo de tomada de decisão e reforçar a adaptação à gravidez com complicações.

Domínio: Adaptação à parentalidade

A adaptação à parentalidade corresponde ao processo através do qual a grávida e a pessoa significativa com quem partilha o projeto de maternidade integram o papel parental e reestruturam a sua identidade individual, conjugal e familiar em função da chegada de um novo elemento. Trata-se de uma transição complexa, influenciada por múltiplos fatores contextuais, emocionais e relacionais, que se inicia ainda durante a gravidez e se prolonga após o parto (Cardoso et al., 2023; Meleis, 2010).

Este processo implica reorganizações profundas a vários níveis, como rotinas, expectativas e prioridades, exigindo da mulher/casal recursos internos e externos para integrar a nova realidade, através da reconstrução de papéis e rotinas familiares, bem como da atribuição de significados à nova configuração da vida em família.

Foco significado atribuído à chegada do recém-nascido

No caso da Catarina, a partilha espontânea *“Vou ter tantas preocupações com o Tomás porque ele vai precisar de tantos cuidados e tempo da minha parte que a Inês vai ficar para segundo plano... (...) nem vou ter tempo de deixar a casa pronta antes dele nascer”* evidencia um conflito interno entre o idealizado e o real.

Apesar de se tratar de uma gravidez desejada, o eventual internamento do Tomás numa UCIN surge como uma ameaça à imagem antecipada da maternidade e da vivência familiar harmoniosa com os dois filhos. A preocupação com a desorganização doméstica, com as alterações nas rotinas e dinâmicas familiares e com a carga de trabalho que possa advir do Tomás ficar internado na UCIN representam fatores de perturbação e desvio face ao que havia sido planeado, o

que leva a Catarina a atribuir um significado à chegada do recém-nascido dificultador.

Neste contexto, o significado atribuído à chegada do recém-nascido deve ser compreendido como parte do processo de transição descrito por Meleis (2010), no qual a vivência de mudança pode ser marcada por sentimentos de perda de controlo, ambivalência e necessidade de reestruturação emocional. A atuação do EE-ESMO, ao reconhecer e validar este impacto emocional, torna-se essencial para apoiar a grávida na reconstrução de significados e na reorganização da sua parentalidade em torno das reais necessidades familiares.

Face aos dados recolhidos, identificou-se o diagnóstico Potencial para melhorar o significado atribuído à chegada do recém-nascido, como consta no Quadro 5.

Quadro 5. Potencial para melhorar o significado atribuído à chegada do Tomás

DOMÍNIO: ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE	
FOCO: SIGNIFICADO ATRIBUÍDO À CHEGADA DO RECÉM-NASCIDO	
Dados: <i>“Tem sido mais complicado porque tenho uma filha de 5 anos em casa. É difícil estar cá e deixá-la em casa... Na realidade, apesar de ter sido uma gravidez planeada e desejada, não deixo de pensar nas possíveis complicações que possa trazer se o Tomás precisar de ir para a Neonatologia. Como vai ser a minha rotina com a Inês? Ao pensar nisso fico extremamente preocupada, vai ser tão difícil, não é nada do que eu tinha planeado... não vou conseguir estar presente para a Inês. Vou ter tantas preocupações com o Tomás porque ele vai precisar de tantos cuidados e tempo da minha parte que a Inês vai ficar para segundo plano... Já para não pensar em como deve estar a minha casa...tudo desarrumado, nem vou ter tempo de deixar a casa pronta antes dele nascer.”</i>	
DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR SIGNIFICADO ATRIBUÍDO À CHEGADA DO RECÉM-NASCIDO	
Objetivo: - Promover a reformulação do significado dificultador	Critérios de resultado: - Que a grávida reformule o significado dificultador
Intervenções: • Assistir cliente a analisar o significado dificultador (neste contacto e SOS) - Explicar o que é um significado: o significado é uma representação interna que vai definir o nosso modo de agir, pensar e de ser em relação às coisas. O modo como pensa em relação ao nascimento do seu filho prematuro é algo que pode vir a mudar nos próximos dias. - Colocar questões de reflexão: “Como se sentiu quando soube que estava grávida? O que lhe parece de recordarmos agora esse momento? Como é que a Inês reagiu à notícia? Tente imaginar o que irá sentir quando a Inês e o Tomás estiverem juntos consigo em casa”.	

- **Incentivar a procura de experiências positivas junto de pessoas significativas (neste contacto e SOS)**
 - Colocar questões de reflexão: “Existe alguém que conheça que tenha estado na mesma situação e tenha tido uma experiência bem-sucedida? O que pode aprender com essa experiência?”
- **Promover o envolvimento da pessoa significativa (pai) (neste contacto e SOS)**
 - “Já conversou com o Henrique sobre as suas preocupações? Juntos poderiam pensar em estratégias para facilitar este processo de adaptação.”
- **Incentivar a expressão de sentimentos (neste contacto e SOS)**
 - Estimular a Catarina a verbalizar os seus sentimentos e receios face à gravidez e maternidade.
- **Avaliar evolução do significado atribuído ao recém-nascidos (Próximo contacto e SOS)**

A reformulação do significado atribuído à chegada do recém-nascido constitui um processo progressivo, que exige tempo, escuta ativa, estímulo à reflexão e continuidade (Cardoso et al., 2023). Neste contexto, o EE-ESMO assume um contributo fundamental enquanto facilitador desta transição, tendo como objetivo promover uma transição saudável da grávida, reforçando os seus recursos pessoais e capacitando-a para lidar com as exigências desta nova realidade.

As intervenções implementadas permitiram à Catarina verbalizar os seus sentimentos e questionar o impacto que atribui ao eventual internamento do Tomás na UCIN, ponderando novas formas de encarar essa possibilidade. Este processo poderá contribuir para que venha a desenvolver interpretações mais ajustadas, integrando as exigências do internamento sem que estas comprometam o seu papel enquanto mãe de dois filhos. No final da interação, a Catarina afirmou: *“Se calhar estou a antecipar demais as coisas... ainda não sei se ele vai mesmo precisar da Neonatologia. Acho que tenho de tentar pensar mais passo a passo. E mesmo que vá? Temos suporte e apoio familiar e certamente vou-me organizar para também passar tempo com a Inês. Quando a Inês soube que ia ter um irmão agarrou-se logo à minha barriga. Foi um momento muito bonito. Está sempre a dizer que vai ter um irmão e que vai ser a melhor amiga dele.”* Esta partilha demonstra um início de reformulação do significado dificultador, favorecendo a reorganização emocional e a adaptação à parentalidade num contexto clínico adverso.

3.2.2. Contributos da análise do caso clínico para o desenvolvimento de competências [Unidade Materno-Fetal]

Através do acompanhamento do caso clínico em questão, foi possível desenvolver um conjunto abrangente de competências inerentes ao exercício do EE-ESMO, conforme preconizado pelo *Regulamento n.º 391/2019* da Ordem dos Enfermeiros. A complexidade da situação clínica, associada ao impacto emocional do internamento hospitalar, exigiu uma atuação sistematizada, integral e centrada na mulher, onde a vigilância clínica e a escuta ativa coexistiram de forma contínua e articulada.

Ao longo da intervenção, monitorizou-se a gravidez da Catarina, recorrendo a uma avaliação sistematizada e ao uso de meios clínicos e técnicos apropriados para avaliar o bem-estar materno-fetal; realizou-se a vigilância de sinais e sintomas de risco, bem como de desvios ao padrão fisiológico da gravidez e ao processo de adaptação da mulher; acompanhou-se a evolução do seu estado de saúde e a construção de planos terapêuticos partilhados com a equipa multidisciplinar, contribuindo ativamente para a tomada de decisões clínicas e reforçando a segurança e continuidade dos cuidados prestados.

Para além da vertente técnico-científica, mobilizaram-se competências essenciais à atuação do EE-ESMO, com foco no conhecimento e na capacitação da Catarina para a autogestão da sua gravidez. As intervenções foram planificadas e implementadas de forma centrada nas necessidades reais da Catarina, com o objetivo de promover uma experiência de gravidez segura e positiva, sempre com base na singularidade que esta acarreta. As estratégias incidiram sobre os sinais de alarme, o regime terapêutico instituído e as características e necessidades de um recém-nascido prematuro, permitindo capacitar a Catarina e estimular a sua participação ativa e informada no processo de cuidados.

Paralelamente, a escuta ativa, a empatia e o acolhimento emocional favoreceram a criação de uma relação terapêutica segura, promovendo a validação das emoções e o início de um processo de reformulação do significado atribuído à possível chegada antecipada do Tomás. Esta dimensão relacional revelou-se determinante na adaptação ao internamento e na transição para a parentalidade num contexto de maior vulnerabilidade.

Este caso clínico, representativo de uma das complicações mais prevalentes nas UMF, evidenciou o valor dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna. A abordagem centrada na singularidade da Catarina permitiu articular a vigilância clínica com a compreensão dos seus significados, expectativas e necessidades, promovendo uma transição mais consciente e segura para a parentalidade. O plano de cuidados delineado potenciou a aquisição de conhecimentos, a redução da ansiedade face ao desconhecido e a melhoria da perceção de controlo da Catarina sobre a sua condição clínica, traduzindo-se numa experiência mais positiva do internamento.

Assim, esta vivência clínica permitiu consolidar competências específicas e reafirmar o papel do EE-ESMO enquanto elemento diferenciador nos contextos de gravidez com complicações.

Por fim, levo deste plano de cuidados a certeza de que a presença qualificada e sensível do EE-ESMO pode transformar realidades complexas em oportunidades de crescimento, confiança e dignidade.

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER DURANTE O PERÍODO PÓS-PARTO - INTERNAMENTO DE PUERPÉRIO

O estágio de internamento de puerpério, integrado na unidade curricular “*Estágio de natureza profissional com relatório final*”, teve uma duração total de 100 horas, decorrendo entre o dia 20 de janeiro de 2025 a 14 de fevereiro de 2025, num hospital da zona Norte.

De acordo com o *Regulamento n.º 391/2019*, é competência do EE-ESMO cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade. Segundo o mesmo regulamento, o EE-ESMO deve promover a saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-parto, concebendo, planeando, implementando e avaliando intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, especificamente à amamentação e à recuperação pós-parto.

O puerpério, também denominado período pós-parto, corresponde ao intervalo que se inicia com a dequitação e se estende até à recuperação anatômica e funcional do organismo materno, aproximando-se ao estado pré-gravídico. Tradicionalmente, este período é estimado em seis a oito semanas, embora possa prolongar-se em situações em que a mulher esteja a amamentar ou tenha enfrentado complicações no parto (Costa & Azevedo, 2021; Olivindo et al., 2021). De acordo com Graça (2017), este período é subdividido em puerpério imediato, precoce e tardio. O puerpério imediato corresponde às primeiras 24 horas pós-parto; o puerpério precoce diz respeito à primeira semana pós-parto, enquanto o puerpério tardio compreende o período entre a primeira semana e as seis/oito semanas pós-parto. Mais do que uma fase biológica, o puerpério constitui uma etapa complexa, na qual ocorrem profundas alterações físicas, emocionais e sociais, exigindo uma

abordagem de cuidados integrada e centrada na mulher (Costa & Azevedo, 2021; Olivindo et al., 2021).

Assim, durante o ensino clínico desenvolvi as minhas competências como futura EE-ESMO no internamento de puerpério, contactando com, aproximadamente, 140 puérperas, sendo que 40 delas experienciavam um puerpério patológico. Foram clientes alvo dos meus cuidados mulheres que não tinham os seus filhos com elas por complicações fetais ou neonatais, e que por isso culminaram no internamento na neonatologia.

A OMS (2022) considera o período pós-natal como uma janela crítica para a promoção da saúde e prevenção de complicações, tanto para a mulher como para o recém-nascido. Reconhecendo que muitas mortes maternas e neonatais ocorrem nas primeiras semanas após o parto, a OMS (2022) defende uma abordagem que vá além da mera sobrevivência, promovendo uma experiência positiva de transição para a parentalidade. Nesse sentido, recomenda a implementação de cuidados contínuos e integrados, com pelo menos quatro momentos de acompanhamento nas primeiras seis semanas, abrangendo não só a vigilância clínica, mas também o bem-estar emocional, a capacitação da mulher, a valorização do vínculo familiar e o respeito pelas escolhas culturais. Estas orientações sublinham a importância de cuidados centrados na díade mãe-bebé, respeitadores, equitativos e baseados na melhor evidência disponível, como meio para alcançar os objetivos globais de promoção da saúde materna e neonatal, com destaque para a redução da mortalidade materna e a eliminação das mortes neonatais evitáveis até 2030.

4.1. Caracterização do contexto clínico [Puerpério]

No que diz respeito ao nível físico e estrutural, o serviço de internamento de puérperas encontra-se próximo das restantes valências de obstetrícia,

nomeadamente a urgência, o bloco de partos e a UMF, o que facilita a articulação entre toda a equipa. Este é composto por vinte e uma camas, distribuídas entre enfermarias com duas ou quatro camas e um quarto individual. Cada enfermaria está equipada com uma cama para a puérpera, um berço para o recém-nascido e um cadeirão destinado à pessoa significativa. Para além disso, conta com banheira e zona muda fralda, destinado aos cuidados de higiene ao recém-nascido, permitindo a sua prestação no próprio quarto. Existe ainda uma casa de banho partilhada entre as puérperas e outra destinada à pessoa significativa.

O serviço dispõe de duas salas de trabalho de enfermagem, uma sala de tratamento onde é realizada a avaliação puerperal, um berçário para a realização de cuidados ao recém-nascido e um espaço de demonstração e treino do banho do recém-nascido com os pais. Conta ainda com um gabinete de enfermagem destinado aos registos no *SClínico* e passagem de turno, um gabinete para a preparação de medicação e uma sala de sujos, onde são higienizados e desinfetados objetos e materiais, como biberões, copos coletores e bombas elétricas.

Cada puérpera pode ter a sua pessoa significativa presente desde o momento da admissão na urgência ou sala de partos até ao momento da alta. Para além disso, são permitidas visitas em horário estipulado e está contemplada a visita de crianças, permitindo à puérpera incluir o filho mais velho, se for o caso, fator que considero facilitador neste processo de transição que envolve todos os elementos da família.

A equipa de enfermagem do serviço de puerpério é composta maioritariamente por EE-ESMO e três Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Neste contexto, a metodologia de trabalho adotada é a individual, sendo que cada profissional de enfermagem assume a responsabilidade pela díade mãe-bebé que lhe é atribuída, desenvolvendo e executando o respetivo plano de cuidados ao longo do turno. O serviço organiza-se em três turnos: o da manhã (08h00 às 14h30), com quatro enfermeiras; o da tarde (14h00 às 20h30), com três enfermeiras; e o da noite (20h00 às 08h30), igualmente com três enfermeiras. De segunda a sexta-feira, no turno da manhã, encontra-se em funções a Enfermeira de Referência, a quem compete acompanhar a visita médica e proceder à

atribuição de altas às puérperas e aos recém-nascidos. Durante os fins de semana, essas responsabilidades recaem sobre a enfermeira responsável pelo turno.

Tendo em conta que o serviço de internamento de puérperas dispõe de 21 camas, importa refletir sobre a adequação do número de enfermeiras por turno face aos rácios preconizados pelo *Parecer n.º 43/2019* (MCEESMO, 2019). De acordo com este documento, recomenda-se a presença de uma enfermeira por cada três utentes em puerpério patológico (rácio 1:3) e uma por cada seis utentes em puerpério normal (rácio 1:6).

Considerando um cenário mais favorável, em que todas as puérperas se encontrem em situação clínica normal, seriam necessárias, aproximadamente, quatro enfermeiras por turno, valor que é apenas cumprido no turno da manhã, o qual é assegurado por quatro profissionais. Nos turnos da tarde e da noite, que contam com apenas três enfermeiras, o rácio encontra-se abaixo do recomendado mesmo para este cenário. Caso exista um número significativo de puérperas em situação patológica, por exemplo, 10 a 11 puérperas, seriam necessárias, respetivamente, quatro enfermeiras para essas puérperas e mais duas para as restantes em puerpério normal, o que totalizaria cerca de seis enfermeiras por turno. Verifica-se, portanto, um claro desfasamento entre os rácios recomendados e os recursos humanos efetivamente disponíveis, sobretudo nos turnos da tarde e da noite. Esta insuficiência é agravada pela presença de enfermeiros não detentores da Especialidade em Saúde Materna e Obstétrica, contrariando as recomendações do mesmo parecer, que determina que os cuidados em contexto de puerpério devem ser assegurados exclusivamente por EE-ESMO. Ainda que se verifique a presença de pelo menos um enfermeiro especialista em cada turno, considero que a totalidade das mulheres e recém-nascidos internadas beneficiariam da intervenção especializada e diferenciada de profissionais com competências reconhecidas nesta área.

Esta recomendação assenta no reconhecimento de que o puerpério constitui uma fase crítica do ciclo reprodutivo, com necessidades específicas e complexas, tanto a nível fisiológico, como emocional, para a mulher, o recém-nascido e a família. A prestação de cuidados por EE-ESMO é essencial, pois estes profissionais detêm

competências clínicas especializadas, adquiridas através de formação avançada e validadas pela Ordem dos Enfermeiros, que lhes permitem realizar uma vigilância rigorosa da recuperação pós-parto, identificar precocemente sinais de complicações, apoiar de forma técnica e emocional a transição para a parentalidade, e promover a amamentação segundo práticas baseadas na evidência. O *Regulamento n.º 391/2019* (Ordem dos Enfermeiros, 2019b) e os PQCEESMO (MCEESMO, 2021) reforçam que os cuidados em saúde materna devem ser prestados exclusivamente por profissionais com competência reconhecida nessa área, não apenas para garantir a segurança clínica, mas também para assegurar a continuidade e especificidade dos cuidados prestados. A presença de enfermeiros sem esta especialidade pode traduzir-se, por exemplo, em falhas na identificação precoce de situações de risco, ou no apoio inadequado à amamentação. Assim, a exclusividade de EE-ESMO no internamento de puérperas não é apenas uma questão de cumprimento normativo, mas um imperativo ético e técnico que visa garantir cuidados de elevada qualidade, centrados nas necessidades reais das mulheres e das suas famílias neste período vulnerável.

No serviço de internamento de puerpério as mulheres são, habitualmente, admitidas cerca de duas horas após o parto, acompanhadas do seu recém-nascido, salvo em casos em que estes necessitem de cuidados diferenciados em neonatologia, bem como da sua pessoa significativa. A puérpera é admitida no serviço de puerpério proveniente do bloco de partos, após contacto telefónico, onde fornecem informações sobre o parto, estado da puérpera e recém-nascido e a hora da última mamada. Em caso de cesariana, compete ao EE-ESMO do internamento, que está atribuído à diáde, realizar diretamente a transferência desde o bloco de partos ao internamento. No pós-parto eutócico, é a Técnica Auxiliar de Saúde alocada ao internamento de puerpério que realiza esta tarefa. No momento da entrada da puérpera no serviço, o profissional de saúde apresenta-se e confirma a identificação da mulher e do recém-nascido. Seguidamente, é apresentado o espaço físico e dinâmica de serviço, incluindo o horário de visitas.

Posteriormente, o EE-ESMO organiza e implementa um plano de cuidados individualizado de modo a garantir uma avaliação cuidada da recuperação pós-

parto da puérpera, bem como assegurar cuidados no âmbito do autocuidado pós-parto e da adaptação à parentalidade, promovendo uma transição segura e confiante para o novo papel parental, que integra dimensões físicas, emocionais e relacionais da mulher.

Como referido anteriormente, o puerpério é subdividido em puerpério imediato, precoce e tardio. Durante o internamento hospitalar, o EE-ESMO concentra-se, na sua maioria, no acompanhamento do puerpério imediato e precoce, cada fase com intervenções específicas sob a sua competência, mas sempre adaptadas à realidade e necessidades de cada puérpera, recém-nascido e família.

4.2. Ser mãe, sem o colo presente

“Ser mãe, sem o colo presente” traduz a experiência da Mariana, cujo puerpério imediato foi marcado pela ausência do Afonso devido ao internamento na neonatologia. Esta separação precoce, aliada à vivência de um parto distócico auxiliado por ventosa, desencadeia sentimentos de perda associados ao luto pelo filho imaginado e influencia os significados atribuídos à sua experiência de parto, constituindo um desafio acrescido na adaptação à parentalidade.

Para o desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, destaco o seguinte caso clínico:

A Mariana, 28 anos, primigesta, encontra-se nas primeiras 24 horas após um parto distócico auxiliado por ventosa. Foi submetida a ITP com 39 semanas de gestação. A Mariana tem como antecedentes pessoais obesidade classe 2 e o seu grupo sanguíneo é O fator *Rhesus* positivo.

O contacto com a Mariana ocorreu no turno da manhã, ainda nas primeiras 24 horas após o parto, e esta encontra-se acompanhada pelo seu marido, o Pedro.

Durante o período expulsivo e o período imediatamente pós-parto ocorreram algumas complicações, nomeadamente distócia de ombros e atonia uterina. Além disso, a Mariana apresenta uma ferida cirúrgica no períneo, decorrente da episiotomia.

O Afonso, primeiro filho de ambos, nasceu com 4165 g e com índice de APGAR de 7/9/9 ao 1.º, 5.º e 10.º minuto, respetivamente. O seu grupo sanguíneo é O fator *Rhesus* positivo. O Afonso mamou na primeira hora de vida. Posteriormente, foi transferido para o serviço de Neonatologia por apresentar sinais de dificuldade respiratória, lesão do plexo braquial e suspeita de fratura bilateral das duas clavículas.

Medicação prescrita

- 12h00: Paracetamol 1000mg oral
- 19h00: Ferro bivalente 329,7mg oral
- SOS: Ibuprofeno 400mg oral
- SOS: Glicerina + gelatina 6,5g retal

4.2.1.Da necessidade de cuidados às intervenções de enfermagem: conceção de cuidados [Puerpério]

De acordo com a OMS (2022), uma das recomendações para que a experiência pós-natal seja positiva é a avaliação fisiológica da puérpera. Assim, todas as puérperas devem ser submetidas a avaliações regulares da perda hemática via vaginal, contração e involução uterina, temperatura e frequência cardíaca, rotineiramente, durante as primeiras 24 horas a partir da primeira hora após o parto.

A pressão arterial deve ser medida logo após o parto. Se estiver dentro dos parâmetros normais, a segunda medição da pressão arterial deve ser feita dentro de 6 horas. Nas primeiras 24 horas após o parto é ainda relevante vigiar a eliminação urinária, a eliminação intestinal, a ferida perineal e a dor. A micção deve ser documentada dentro de 6 horas.

Importa ainda salientar que, tal como enunciado no cenário clínico, o parto e o pós-parto da Mariana foi marcado por algumas complicações. No processo clínico está descrito ter ocorrido uma distócia de ombros. A distócia de ombros é uma emergência obstétrica caracterizada pela dificuldade na progressão do ombro anterior fetal após a saída da cabeça, resultando na sua impactação na sínfise púbica materna. Esta condição, apesar de rara, está associada a um aumento significativo de morbilidade materna e neonatal, incluindo traumatismo do canal de parto, lacerações perineais extensas, hemorragia pós-parto, rotura uterina e disfunção do nervo pudendo. No recém-nascido, podem ocorrer complicações como fraturas da clavícula e do úmero, lesões do plexo braquial, encefalopatia hipóxico-isquémica e, em casos extremos, morte neonatal (Davis et al., 2023).

A atonia uterina é também uma emergência obstétrica e é uma das principais causas da hemorragia pós-parto. Globalmente, é uma das cinco principais causas de mortalidade materna. A atonia uterina refere-se à contração inadequada das células miométricas do corpo uterino em resposta à libertação endógena de ocitocina. Após o parto, na ausência de contração uterina, as artérias espirais podem continuar a sangrar e o útero tende a ficar cheio de sangue e coágulos, impedindo a hemóstase dos vasos no local de inserção da placenta, resultando em hemorragia pós-parto (Gill et al., 2023; Sequeira et al., 2020). De acordo com a OMS (2022), a hemorragia pós-parto é definida pela perda de 500ml ou mais de sangue nas primeiras 24 horas após o parto.

Devido ao risco acrescido de complicações decorrentes da distócia de ombros e da atonia uterina, é fundamental garantir uma avaliação rigorosa da recuperação pós-parto (*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, 2012), sendo que neste caso clínico destaco a monitorização do estado hemodinâmico, a avaliação da contração e involução uterina, lóquios e ferida perineal.

Esta vigilância, desempenhada por um EE-ESMO é essencial para identificar alterações clínicas de forma precoce e permitir intervenção imediata ou referência médica urgente, reduzindo a morbidade e assegurando uma recuperação pós-parto segura e eficaz.

Domínios: Sistema Cardiovascular e Sistema Tegumentar

A atonia uterina é uma das principais causas da hemorragia pós-parto. No caso de hemorragia é comum haver alterações dos parâmetros vitais, que se traduzam em hipotensão e taquicardia. Além disso, podem ser também associados sinais como a cor das mucosas, perda vaginal abundante e tolerância ao ortostatismo (Graça, 2017). Nos Quadros 6 e 7 apresenta-se os dados de avaliação relativos aos processos do sistema cardiovascular e tegumentar, nomeadamente.

Quadro 6. Sistema Cardiovascular

DOMÍNIO: SISTEMA CARDIOVASCULAR
Dados: - Às 8h30, a Mariana apresenta um pulso regular, rítmico, amplo e simétrico. Frequência cardíaca de 68 bpm. Apresenta uma pressão sanguínea de 132/74 mmHg, avaliada no braço esquerdo, na posição sentada. Extremidades mantêm-se quentes e bem perfundidas. - Realizado primeiro levante sem intercorrências no turno anterior.

Quadro 7. Sistema Tegumentar

DOMÍNIO: SISTEMA TEGUMENTAR
FOCO: MEMBRANA MUCOSA
Dados: Mucosas coradas e hidratadas

Após a colheita de dados, verificou-se que a Mariana se encontrava hemodinamicamente estável.

Domínio: Pós-Parto

Posteriormente, avaliou-se a involução uterina e os lóquios (Quadro 8). A contração e a posição uterina devem ser avaliadas, por palpação, para confirmar que o útero permanece firme e em involução contínua, sinalizando uma recuperação fisiológica adequada (Gill et al., 2023). Os lóquios necessitam de vigilância quanto à cor,

quantidade e odor, permitindo a deteção precoce de hemorragias ou sinais de infeção (Lopez-Gonzalez & Kopparapu, 2022).

Quadro 8. Avaliação da involução uterina e perda sanguínea [Mariana]

DOMÍNIO: PÓS-PARTO
Dados: - A Mariana encontra-se nas primeiras 24 horas após um parto distócico auxiliado por ventosa;
DIAGNÓSTICO: PUERPÉRIO
Objetivo: - Determinar evolução da recuperação pós-parto
Intervenções: • Avaliar evolução da recuperação pós-parto (1x/turno ou SOS) - Vigiar coloração, quantidade e cheiro dos lóquios; - Vigiar involução uterina; • Referenciar compromisso da recuperação pós-parto ao médico (SOS)
Dados de avaliação: - Lóquios: Durante a observação, a puérpera apresenta lóquios hemáticos, com cheiro <i>suis generis</i> e de quantidade moderada (puérpera refere que trocou o penso higiénico há 3 horas e o mesmo não se encontra saturado). - Contração do útero: Durante a palpação, o útero encontra-se contraído e numa posição infra-umbilical. A puérpera urinou antes da avaliação.

A involução uterina consiste no retorno gradual do útero ao estado pré-gravídico (Graça, 2017). De acordo com Sequeira et al. (2020), o útero no final do parto palpa-se na linha média do abdómen, e ao nível da cicatriz umbilical, com o fundo sobre o promontório sagrado. Involui rapidamente, cerca de 1 centímetro por dia, deixando de ser palpável, habitualmente, após o décimo dia pós-parto. Segundo o mesmo autor, é sinal de alarme o desvio do útero da linha média, mole, acima do umbigo após as primeiras 24 horas. A vigilância da involução uterina é realizada através da palpação abdominal e deve-se ter em conta a perceção da contração uterina, localização do útero (avaliando-se a distância entre o fundo uterino e a sínfise púbica) e perceção da dor pela puérpera (Graça, 2017; OMS, 2022). Assim, concluiu-se que no que diz respeito à involução uterina, a Mariana se apresentava dentro do expectável.

Os lóquios correspondem à perda de sangue vaginal resultante da regeneração do epitélio uterino após o parto, decorrente da eliminação da camada funcional do

endométrio durante a dequitação placentar. Iniciam-se logo após o parto e podem persistir até três semanas, embora cerca de 15% das puérperas os apresentem até às oito semanas (Lowdermilk & Perry, 2008; Graça, 2017). A sua avaliação deve considerar cor, cheiro, fluxo e evolução temporal, sendo classificados em hemáticos, sero-hemáticos e serosos.

Os lóquios hemáticos, predominantes nos três primeiros dias, são abundantes, compostos por eritrócitos, restos de decídua e fragmentos de trofoblasto, com odor semelhante ao menstrual. A sua manutenção excessiva pode indicar hemorragia associada a retenção de fragmentos placentares, lacerações ou atonia uterina (Lowdermilk & Perry, 2008; Sequeira et al., 2020). Relativamente à perda sanguínea, verificou-se que esta era em quantidade moderada, hemática e sem presença de coágulos.

A avaliação da perda sanguínea foi realizada através do método visual e era esse que vigorava em todo o serviço. Durante este período, segundo Sequeira et al. (2020) deve-se ter como referência para a avaliação dos lóquios a saturação de um penso higiénico em duas horas. No entanto, esta avaliação merece uma reflexão sobre a subjetividade deste método em situações, tais como as da Mariana, em que existe um maior risco de complicações, como já referido e demonstrado nos parágrafos anteriores.

Segundo a ACOG (2019), a estimativa visual da perda sanguínea no pós-parto apresenta limitações significativas, com tendência para subestimar perdas volumosas e sobrestimar perdas ligeiras, o que pode comprometer a deteção atempada de hemorragia. A sua fiabilidade depende, em grande medida, da experiência prática do profissional. Por isso, recomenda-se o uso de métodos quantitativos, como a pesagem de compressas ou pensos, por se revelarem mais precisos na avaliação do volume real de sangue perdido. Embora não exista evidência clara de que esta maior precisão se traduza diretamente em melhores resultados clínicos, pode constituir uma mais-valia na vigilância de mulheres com risco acrescido, como a Mariana, e proporcionar maior segurança aos profissionais de saúde.

Domínio: Sistema Tegumentar

A integridade perineal deve ser observada, sobretudo em casos de traumatismo do canal de parto, lacerações perineais extensas ou feridas, verificando sinais de dor, edema, hematoma ou infecção (Ramar et al., 2023). Como referido no caso clínico, a Mariana encontra-se nas primeiras 24 horas após um parto distócico auxiliado por ventosa e apresenta uma ferida perineal mediolateral resultante da episiotomia.

A episiotomia consiste numa incisão cirúrgica no períneo realizada habitualmente aquando do coroamento da apresentação fetal, com o objetivo de alargar o orifício vaginal, de forma a evitar lacerações perineais graves e/ou facilitar a expulsão fetal, nomeadamente em casos de sofrimento fetal (Luo et al., 2024). No Quadro 9 apresenta-se a avaliação da ferida cirúrgica [por episiotomia] da Mariana, bem como as intervenções de enfermagem implementadas com o objetivo de promover as condições favoráveis à cicatrização da mesma.

Quadro 9. Avaliação da ferida cirúrgica por episiotomia [Mariana]

DOMÍNIO: PELE	
Dados: - A Mariana apresenta uma ferida perineal mediolateral resultante da episiorrafia da episiotomia. - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida: facilitador	
DIAGNÓSTICO: FERIDA CIRÚRGICA [POR EPISIOTOMIA]	
Objetivo: -Determinar evolução da ferida cirúrgica -Promover as condições favoráveis ao processo de cicatrização da ferida cirúrgica	CrITÉRIOS de resultado: -Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações da ferida cirúrgica
Intervenções: • Avaliar evolução da ferida (1x/turno ou SOS) - Ausência de exsudado - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: sem alterações - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: presente - Sutura da lesão tegumentar: contínua - Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível - Tecido/estrutura afetada: mucosa vaginal; submucosa vaginal; músculo bulbocavernoso; músculo transverso superficial do períneo • Executar crioterapia (SOS) - Providenciar à Mariana gelo e compressas para aplicar no períneo	

Após a colheita de dados, foi possível verificar que a ferida cirúrgica se apresentava com sinais favoráveis de cicatrização.

Domínio: Sensações Somáticas

A episiotomia, como procedimento invasivo realizado no parto, associa-se frequentemente a dor de intensidade moderada a severa nos primeiros dias pós-parto, afetando negativamente a funcionalidade da mulher (Beleza et al., 2012). Por esse motivo, no domínio das sensações somáticas a dor foi também um dos focos de atenção (Quadro 10). A dor deve ser diminuída através da aplicação de pensos de gelo no períneo durante períodos de 20 minutos, anestésicos tópicos, bem como analgésicos e anti-inflamatórios não-esteróides orais (Schmidt, & Fenner, 2024).

Quadro 10. Avaliação da dor no períneo [Mariana]

DOMÍNIO: SENSações SOMÁTICAS	
Dados: -08h00: A Mariana referiu dor no períneo de intensidade 4 (Escala Numérica da Dor), do tipo moedeira.	
DIAGNÓSTICO: DOR	
Objetivo: -Diminuir a dor	Crítérios de resultado: -Que a grávida refira diminuição da intensidade da dor
INTERVENÇÕES: • Gerir analgesia (SOS) - 08h00: Administrado 1 grama de Paracetamol oral, conforme prescrição médica; - 12h00: Administrado 400 miligramas de Ibuprofeno oral, conforme prescrição médica, em SOS. • Executar crioterapia (SOS) - Providenciar à puérpera gelo e compressas para aplicar no períneo. • Avaliar evolução da dor (s/horário)	
Dados de avaliação: - 09h00: Dor no períneo de intensidade 2 (Escala Numérica da Dor), do tipo moedeira. - 10h00: Dor no períneo de intensidade 1 (Escala Numérica da Dor), do tipo moedeira. - 12h00: Dor no períneo de intensidade 3 (Escala Numérica da Dor), do tipo moedeira.	

Domínio: Adaptação à Parentalidade

A parentalidade é definida como o *“tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos,*

famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (ICN, 2018, p.69).

A adaptação à parentalidade corresponde ao processo de transição pelo qual a mulher, o homem e o casal passam ao assumirem o novo papel de mãe, pai e cuidadores de um recém-nascido. Trata-se de uma experiência que implica reorganização pessoal, emocional, relacional e social, marcada por mudanças profundas na identidade, nas responsabilidades e nas rotinas quotidianas. A parentalidade não se inicia apenas com o nascimento do filho. Esta começa a desenvolver-se desde a gravidez, prolongando-se ao longo do ciclo de vida familiar, com maior intensidade nas primeiras semanas após o parto (Cardoso, 2011; Meleis, 2010).

Enquanto processo complexo, a adaptação à parentalidade pode ser compreendida à luz da Teoria das Transições em Enfermagem, proposta por Meleis, que assume a transição como um fenómeno central no cuidar. Este modelo considera que as transições, como a parentalidade, envolvem períodos de instabilidade, reestruturação de papéis e identidade, e necessidade de apoio profissional para facilitar a adaptação (Meleis, 2010; Chick & Meleis, 1986). A transição para a parentalidade é reconhecida como uma transição desenvolvimental, por fazer parte do ciclo vital da mulher, do homem e da família. As propriedades associadas à transição incluem a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o espaço temporal e os eventos críticos, que influenciam o desfecho e a capacidade de integração deste novo papel na identidade dos indivíduos (Meleis, 2010).

A consciencialização traduz-se na perceção de que algo está a mudar e no reconhecimento das implicações dessa mudança para o futuro, ou seja, está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento de uma experiência de transição. É, por isso, uma condição essencial para que a pessoa esteja envolvida no seu próprio processo de transição. O envolvimento apenas se torna possível após a consciencialização das mudanças de natureza física, emocional, social ou ambiental e traduz-se na procura ativa de informações e estratégias. Já os indicadores de resultado de uma transição saudável incluem a mestria, entendida como o domínio de novas competências, e a integração fluida

da identidade, que traduz a incorporação dinâmica e contínua desse papel na identidade pessoal e familiar (Meleis, 2010).

Neste contexto, torna-se claro o papel do EE-ESMO: avaliar a etapa da transição em que a mulher e o casal se encontram, identificar barreiras e potencialidades, e implementar intervenções promotoras de adaptação e bem-estar. A parentalidade exige apoio continuado, especialmente no pós-parto, onde o confronto com a realidade da maternidade/paternidade pode intensificar sentimentos de incerteza, insegurança ou desajustamento (Cardoso, 2011).

Importa ainda ter em consideração que a experiência da transição para a parentalidade difere entre a mãe e o pai. No estudo qualitativo de Silva e Carneiro (2014), que tinha como objetivo compreender as vivências da parentalidade, após o nascimento do primeiro filho saudável, no internamento, nas primeiras 48 horas, concluiu-se que as mães experienciavam sobretudo o cansaço físico e a ambivalência emocional, marcada pela alegria da maternidade e simultaneamente pela insegurança e tristeza, bem como a necessidade de atenção e apoio profissional. Já os pais descreveram a sua vivência de modo distinto, percecionando-se frequentemente como observadores, assumindo um papel acessório face à mãe e ao recém-nascido, embora expressassem o desejo de maior participação. Estes resultados evidenciam que, apesar de partilharem a mesma etapa de vida, mãe e pai vivem a transição com percepções e necessidades distintas, o que reforça a importância da intervenção diferenciada do EE-ESMO junto de ambos os elementos do casal.

Foco: Significado atribuído à experiência de Trabalho de Parto e parto

Na Teoria das Transições, Meleis (2010) identifica os significados atribuídos à situação de transição como uma das condições pessoais que influenciam profundamente o processo de adaptação. Os significados expressam a forma como o indivíduo interpreta a transição, nomeadamente, o que esta representa, como a entende e o que espera dela, e afetam diretamente o seu envolvimento, a percepção de controlo e a capacidade de integração da nova identidade. Quando a experiência do parto é vivida como negativa ou inesperada, esse significado pode dificultar a transição para a parentalidade. Por isso, é fundamental que o enfermeiro

especialista identifique, explore e promova a ressignificação desses significados, facilitando a adaptação e o reforço do papel parental (Meleis, 2010; Cardoso et al., 2023).

De acordo com Cardoso et al. (2023, p. 117), *“O Trabalho de Parto é um evento crítico da transição para a parentalidade, quer na perspectiva da mulher, quer na perspectiva do homem. De facto, as experiências de parto, vivenciadas ou imaginadas, são os processos psicológicos, ou até mesmo fisiológicos, subjetivos e únicos, influenciados por fatores sociais e/ou ambientais”*. O Autor acrescenta ainda que *“Se a mulher, ou o pai da criança/pessoa significativa, atribuir um significado dificultador ao Trabalho de Parto, isso condicionará a prontidão para a integração de novos conhecimentos e capacidades”* (Cardoso et al., 2023, p. 115). Assim, no Quadro 11 será sintetizada a avaliação do significado atribuído à experiência de trabalho de parto e parto, bem como as intervenções do EE-ESMO no sentido de promover a ressignificação dessa experiência.

Quadro 11. Significado atribuído à experiência de trabalho de parto e parto

DOMÍNIO: ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE
FOCO: SIGNIFICADO ATRIBUÍDO À EXPERIÊNCIA DE TRABALHO DE PARTO E PARTO
Dados: - A Mariana encontra-se nas primeiras 24 horas após um parto distócico auxiliado por ventosa, às 23h18 de dia 06.02.2025; - A Mariana apresenta uma ferida cirúrgica na zona perineal (por episiotomia). - A Mariana refere: <i>“Não estava preparada para um parto com tantas complicações. Não foi nada como tinha imaginado. Não consegui ter o Afonso sozinho, tiveram que usar uma ventosa. Eu preparei-me, estive nas sessões de preparação para o parto. Eu esforcei-me durante o processo todo... estive na bola de pilates, deambulei... Procurei fazer tudo o que dizia nos livros... Não sei o que fiz de mal para isto acontecer. E agora sinto que falhei como mãe. Ainda por cima ele está longe de mim, internado na Neonatologia e não sei como ele vai ficar. Além do parto ser difícil, depois comecei a perder muito sangue. Era só pessoas a entrar e sair da sala. Imenso barulho. Senti que perdi todo o controlo da situação. Não foi nada como imaginei.”</i> - O Pedro refere: <i>“Não foi bem o que esperávamos. Foi complicado e eu não consegui fazer nada. Só estive ali, enquanto tudo acontecia”</i> - O Afonso foi transferido para a neonatologia com suspeita de fratura bilateral das clavículas e lesão do plexo braquial.
DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR SIGNIFICADO ATRIBUÍDO À EXPERIÊNCIA DE TRABALHO DE PARTO E PARTO

Objetivo: -Reformular significado atribuído à experiência de trabalho de parto e parto	CrITÉrios de resultado: - Que a Mariana e o Pedro reconheçam que participaram ativamente no processo de TP; - Que a Mariana e o Pedro compreendam que, apesar do seu envolvimento e preparação, a imprevisibilidade inerente ao TP pode conduzir a eventos que escapam ao seu controlo, como as complicações que vivenciou.
Intervenções: • Assistir a Mariana e Pedro a analisar o significado dificultador (Neste contacto e SOS) Atividades que concretizam: - Explicar o que é um significado: o significado é uma representação interna que vai definir o nosso modo de agir, pensar e de ser em relação às coisas. O modo como pensa em relação à sua experiência do TP e do parto, pode alterar-se ao longo do tempo (Cardoso et al., 2023) - Colocar questões de reflexão sobre o assunto, como por exemplo: - Referiu (a Mariana) que não estava preparada para um parto com tantas complicações e que sentiu que perdeu todo o controlo da situação. O que a leva a pensar dessa forma? - Referiu (o Pedro) que não conseguiu fazer nada. O que o leva a pensar dessa forma? - Como se sentiram durante todo o TP? Desde o primeiro momento em que entraram no Hospital até o Afonso nascer? - Agora que o Afonso nasceu, o que ganham e o que perdem por pensar dessa forma? (Cardoso et al., 2023) • Avaliar evolução do significado atribuído à experiência de TP e parto (Próximo contacto e SOS)	

Após a colheita de dados foi possível observar diferenças entre a forma como Mariana e Pedro atribuem significado à experiência do trabalho de parto e parto. Enquanto a Mariana expressou sentimentos de falha e perda de controlo face ao desenrolar do processo e às complicações ocorridas, o Pedro descreveu a experiência de modo mais contido, salientando sobretudo a dificuldade em participar ativamente e a percepção de impotência. Esta discrepância vai ao encontro do estudo qualitativo de Silva e Carneiro (2014), referido acima, que evidenciou que, apesar de partilharem a mesma etapa de vida, mães e pais vivem a transição com percepções distintas, reforçando a importância da intervenção diferenciada do EE-ESMO junto de ambos os elementos do casal.

A reformulação do significado atribuído à experiência do TP é um processo gradual, que exige tempo e continuidade. Pode ser iniciada através da promoção da reflexão sobre as razões pelas quais a mulher e/ou a pessoa significativa interpretam a sua experiência de determinada forma, explorando como pensam e sentem essa vivência (Cardoso et.al., 2023)

Com as intervenções descritas acima foi possível fomentar uma mudança no modo de pensar e na carga emocional associada à experiência de TP e parto (Cardoso et.al., 2023). Importa referir que no final da intervenção a Mariana referiu que *“o parto não correu como eu esperava, mas acho que fiz o melhor que consegui. Eu solicitei a bola para fazer exercícios. Eu caminhei. Eu coloquei música. Eu sei que apesar disso há coisas que não conseguimos controlar”*. Também o Pedro referiu: *“Agora que estamos a refletir sobre o momento, eu talvez tenha feito o que estava ao meu alcance. Estive ao lado dela o tempo todo, a dar-lhe a mão. Caminhei com ela... estive a fazer os exercícios sempre com ela. Estive presente”*. Este discurso revela um início de reformulação do significado atribuído à experiência, integrando o reconhecimento do seu papel ativo e a aceitação de fatores que não estavam sob o seu controlo.

Domínio: Emoção

Neste contacto que destaco do caso clínico em análise o Afonso já se encontrava internado na Neonatologia. Percebeu-se logo no início da interação que este era o maior foco da preocupação da Mariana e do Pedro. Quando foram abordadas as primeiras horas do Afonso, ainda no bloco de partos, a Mariana referiu que *“foi um momento bom, ele ainda mamou, mas depois levaram-no logo para a Neonatologia. Sinto que o perdi sem o ter perdido... ele não conseguia respirar bem sozinho e teve de ser internado. Ele estava a gemer... disseram que pode ter fraturas e que tem lesão do plexo braquial. Isto não era o que eu tinha sonhado”*. O Pedro referiu *“É como a Mariana diz. Senti um vazio ao vê-lo a ir na incubadora e a gemer. É um sentimento de perda difícil de explicar”*. Percebeu-se pelo discurso da Mariana e do Pedro que o internamento do Afonso na neonatologia era o culminar de um processo que correu exatamente ao contrário daquilo que eles esperavam.

Durante a gravidez, os futuros pais tendem a construir mentalmente uma imagem idealizada do seu bebé e da experiência parental, associando-lhe características positivas como saúde, força e perfeição. Este processo simbólico inicia-se muitas vezes antes mesmo da conceção e intensifica-se ao longo da gestação, tornando o bebé o centro das expectativas e desejos do casal. Contudo, quando o nascimento é marcado por complicações clínicas ou pela necessidade de internamento neonatal, ocorre uma rutura entre a fantasia construída e a realidade vivida, exigindo uma reconfiguração emocional que pode desencadear mecanismos de defesa intensos e sentimentos de perda simbólica. Esta discrepância entre o filho idealizado e o filho real dá origem a um processo de luto pelo filho ainda vivo, que implica tempo e apoio para ser elaborado e integrado emocionalmente (Silva, 2010).

Foco: Luto

O Foco Luto encontra-se no domínio da emoção e é definido pela CIPE (2018, p.64) como uma *“Emoção: Sentimentos de pena associados à perda ou morte significativa, antecipatória ou real; choque e descrença (fase de choque); exaustão, cansaço extremo e letargia, angústia mental, reacções de perda e pranto, chorar ou soluçar, alarme, descrença, raiva, negação (fase de reacção); ajuste, aceitação, reorientação, expressão de sentimentos de perda, aceitação da realidade da perda, ausência de stress somático, expressão de expectativas positivas sobre o futuro (fase de aceitação)”*.

A emoção é um *“Processo Psicológico: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stress ou com a doença”* (CIPE, 2018, p.55).

Assim, a avaliação da vivência de luto na Mariana e do Pedro (Quadro 12) tornou-se um foco da minha atenção e foi essencial para compreender o impacto emocional da separação precoce do casal e do Afonso, bem como a discrepância entre a experiência idealizada da maternidade e a realidade vivida.

Quadro 12. Luto do filho imaginado

DOMÍNIO: EMOÇÃO	
FOCO: LUTO	
Dados: - A Mariana referiu <i>“Depois de nascer, ele ainda mamou, mas depois levaram-no logo para a Neonatologia. Sinto que o perdi sem o ter perdido. Não sei o que vai acontecer... disseram que pode ter fraturas e que tem lesão do plexo braquial. Isto não era o que eu tinha sonhado”</i> - O Pedro referiu <i>“É como a Mariana diz. Senti um vazio ao vê-lo a ir na incubadora e a gemer. É um sentimento de perda difícil de explicar”</i>. - O Afonso foi transferido para o serviço de Neonatologia por apresentar sinais de dificuldade respiratória, lesão do plexo braquial e suspeita de fratura bilateral das duas clavículas.	
DIAGNÓSTICO: LUTO DO FILHO IMAGINADO	
Objetivo: -Facilitar o processo de luto	Crítérios de resultado: -Que a Mariana e o Pedro vivenciem o seu processo de luto da forma mais saudável possível
Intervenções: • Gerir o ambiente (s/horário) Atividades que concretizam a intervenção: - Articular com a equipa da neonatologia para facilitar o contacto precoce e frequente entre a Mariana, o Pedro e o Afonso; - Garantir privacidade no espaço de internamento para favorecer a expressão emocional; - Assegurar a presença contínua da pessoa significativa (pai ou outro acompanhante) para suporte emocional à puerpera. • Promover ligação mãe/pai-filho (s/horário) Atividades que concretizam a intervenção: - Incentivar visitas à Neonatologia; - Incentivar a participação nos cuidados ao Afonso; - Elogiar aspetos positivos do Afonso. - Gerir informação sobre o estado de saúde do Afonso. • Promover a amamentação (s/horário) Atividades que concretizam a intervenção: - Estimular a extração de leite materno (manual ou com bomba), promovendo a manutenção da lactação mesmo na ausência física do Afonso; - Articular com a equipa da neonatologia para que o leite materno seja administrado ao Afonso, reforçando o papel da mãe nos cuidados. • Promover o autocuidado pós-parto (s/horário) - Vigiar a ingestão nutricional; - Vigiar o estado emocional; - Vigiar sono e repouso - Incentivar mobilização precoce	

A separação mãe/pai-filho e a hospitalização neonatal constituem eventos potencialmente traumáticos para os casais, frequentemente associados a sentimentos de perda, ansiedade e frustração, interferindo negativamente na transição para a parentalidade.

Num estudo prospetivo randomizado, Yilmaz e Küçük Alemdar (2022) avaliaram os efeitos das intervenções de apoio de enfermagem nos níveis de *stress* e ansiedade de mães com filhos internados numa UCIN. A amostra incluiu 85 mães, divididas em grupo experimental (n = 45) e grupo de controlo (n = 40). A recolha de dados foi realizada através da Escala de *Stress* Parental; Escala de Crenças dos Pais na UCIN; Inventário de Ansiedade Traço-Estado e análise do cortisol na saliva das mães como indicador fisiológico de stress. Os resultados revelaram que as intervenções de enfermagem de apoio reduziram significativamente o stress relacionado com a UCIN, os níveis de ansiedade das mães e os níveis de cortisol salivar, enquanto aumentaram as crenças parentais.

Estes dados reforçam a importância da implementação de estratégias de proximidade, continuidade afetiva e apoio emocional no acompanhamento de puérperas e casais com recém-nascidos internados, com o objetivo de atenuar a vivência de luto simbólico pelo filho imaginado e de promover uma adaptação positiva à parentalidade em contexto de adversidade.

No caso de Mariana, a transferência precoce do Afonso para a UCIN intensificou sentimentos de perda e desilusão face à experiência parental idealizada, pelo que as intervenções implementadas, como a facilitação do contacto com o filho, o incentivo à amamentação e a promoção do autocuidado, revelam-se fundamentais para apoiar e facilitar o seu processo de luto. Também Pedro viveu esta separação de forma marcante, exprimindo “vazio” e perda ao recordar o momento em que o Afonso foi levado para a neonatologia. Neste seguimento, o envolvimento de ambos nos cuidados, ainda que parcial, e o contacto precoce e frequente entre a Mariana, o Pedro e o Afonso, constituiu um recurso essencial para facilitar o processo de luto do Pedro pelo filho imaginado.

Domínio: Processo Secreto – Lactação

A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam que a amamentação seja iniciada na primeira hora após o nascimento, dada a sua importância na promoção do vínculo e na proteção imunológica do recém-nascido. Além disso, afirmam que o início precoce da amamentação está associado a uma redução significativa da mortalidade neonatal, uma vez que o colostro fornece anticorpos e fatores protetores essenciais nas primeiras horas de vida (OMS & UNICEF, 2023).

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

A Mariana afirmou que pretendia amamentar o Afonso e referiu que o amamentou durante a primeira hora de vida. Na passagem de turno, a enfermeira responsável pelo turno da noite informou que já tinha articulado com a equipa de enfermagem da neonatologia, tendo sido confirmado que o recém-nascido poderia ser alimentado com leite materno. Assim, durante a manhã, a Mariana foi novamente questionada acerca do método pelo qual gostaria que o Afonso continuasse a ser alimentado, tendo manifestado a preferência pelo seu leite materno. Referiu que *“por volta das 5h da manhã tentei realizar extração de leite com bomba, tal como me disseram, mas saiu muito pouco leite. Eu quero amamentar o Afonso, é o melhor que posso fazer por ele. Por isso, se não o posso amamentar, quero extrair para depois lhe darem do meu leite. Contudo, quando extraí saiu mesmo pouco leite. Não sei se era o esperado ou não nesta fase”*.

Neste seguimento, abordou-se com a Mariana os fatores que influenciam a produção do leite, de forma a avaliar o seu conhecimento sobre os mesmos, sendo que respondeu que seria importante o bebé mamar muitas vezes durante o dia, não acrescentado nenhum outro fator. Ainda no decorrer da conversa, a Mariana referiu

não saber nenhuma estratégia para que ocorresse a libertação do leite materno. Desta forma, primeiramente, o meu foco passou a ser o conhecimento sobre lactação e o conhecimento sobre extração do leite materno, que serão apresentados nos Quadros 13 e 14.

Foco: Conhecimento sobre lactação

De acordo com Cardoso et.al. (2023, p. 97) a “(...) produção e a libertação do leite materno são fatores críticos de sucesso da amamentação” e “o conhecimento sobre como funciona a lactação, contribui para suportar as melhores decisões e ações”.

Quadro 13. Conhecimento sobre lactação

DOMÍNIO: PROCESSO SECRETOR - LACTAÇÃO	
FOCO: CONHECIMENTO SOBRE LACTAÇÃO	
Dados: - A Mariana refere “por volta das 5h da manhã tentei realizar extração de leite com bomba, tal como me disseram, mas saiu muito pouco. Eu quero amamentar o Afonso, é o melhor que posso fazer por ele. Por isso, se não o posso amamentar, quero extrair para depois lhe darem do meu leite. Contudo, quando extraí saiu mesmo pouco leite. Não sei se era o esperado ou não nesta fase”. - O Afonso foi transferido para o serviço de Neonatologia por apresentar sinais de dificuldade respiratória, lesão do plexo braquial e suspeita de fratura bilateral das duas clavículas. - A Mariana apresenta disponibilidade para aprender e encontra-se motivada com a possibilidade de continuar a aleitar o seu filho, afirmando que “Eu quero amamentar o Afonso, é o melhor que posso fazer por ele (...)”	
DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHOR CONHECIMENTO SOBRE LACTAÇÃO	
Objetivo: -Promover conhecimento sobre lactação	Crítérios de resultado: - Que a Mariana seja capaz de compreender o processo de produção e libertação de leite materno. - Que a Mariana seja capaz de adotar estratégias de estimulação da produção e libertação de leite materno. - Que a Mariana seja capaz de reconhecer as características do leite materno
Intervenções: • Ensinar sobre lactação (Neste contacto e SOS) Atividades que concretizam a intervenção: - Explicar o processo de lactação: Explicar que a prolactina é produzida por resposta à estimulação (habitualmente do recém-nascido, mas neste caso por estimulação artificial como é o caso da bomba extratora de leite). Esta hormona é produzida tendo em conta a “procura” e, por isso, quanto maior for a quantidade de leite removida,	

maior será a produção; explicar que a ocitocina é a hormona responsável pela libertação de leite e que é produzida quando o mamilo é estimulado através da sucção. Quando ocorre esta estimulação, esta hormona entra na corrente sanguínea e atua desde os alvéolos até aos ductos. Importa salientar que a produção de prolactina é mais acentuada à noite, pelo que amamentar, e neste caso, extrair o leite, durante a noite, contribuiu para a produção de leite neste primeiro mês. A ejeção do leite, geralmente, acontece um minuto após o recém-nascido começar a sucção. No entanto, nas mães que amamentam pela primeira vez, poderá demorar entre 3 e 5 minutos (Cardoso et al., 2023).

- Explicar fatores que influenciam a produção e a libertação de leite materno: Amamentar logo que possível após o parto, tal como fez com o Afonso, é um fator que influencia positivamente o processo de produção e libertação de leite. Outros fatores importantes é extrair leite num ambiente calmo, com pensamentos de confiança e tranquilidade, e ter em conta o aumento da prolactina no período noturno, que leva à necessidade de extrair leite nesse período (Cardoso et al., 2023).

- Explicar as características do leite materno em função da sua evolução ao longo do tempo: O leite materno evolui ao longo do tempo. Numa fase inicial é colostro, depois leite de transição e depois leite maduro. Estas designações significam distintas características entre eles, nomeadamente a composição e a quantidade; Explicar que nos primeiros 2-3 dias pós-parto o leite materno é designado de colostro. O colostro é amarelo e cremoso, tem baixo teor em gordura e elevado teor em hidratos de carbono e proteínas, elevada digestibilidade. O colostro é produzido em quantidades reduzidas (2-20 ml), volume adequado, uma vez que o Afonso possui rins imaturos, incapazes de filtrar grandes quantidades de fluidos (Cardoso et al., 2023).

- **Avaliar evolução sobre o conhecimento sobre lactação (neste contacto e SOS)**

Dados de avaliação do conhecimento:

- A Mariana foi capaz de compreender o processo de produção e libertação de leite materno, de adotar estratégias de estimulação da produção e libertação de leite materno e de reconhecer as características do leite materno.

Foco: Conhecimento extração do leite materno

Quadro 14. Conhecimento sobre extração de leite materno

DOMÍNIO: PROCESSO SECRETOR - LACTAÇÃO
FOCO: CONHECIMENTO SOBRE EXTRAÇÃO DO LEITE MATERNO
Dados: - A Mariana refere <i>“Eu quero amamentar o Afonso, é o melhor que posso fazer por ele. Por isso, se não o posso amamentar, quero extrair para depois lhe darem do meu leite. Contudo, quando extraí saiu mesmo pouco leite. Não sei se era o esperado ou não nesta fase”</i>. - A Mariana referiu não saber nenhuma estratégia para que ocorresse a libertação do leite materno. - O Afonso foi transferido para o serviço de Neonatologia por apresentar sinais de dificuldade respiratória, lesão do plexo braquial e suspeita de fratura bilateral das clavículas. - Estava disponível no serviço uma bomba de extração de leite.

- Quando questionada sobre os princípios da extração do leite materno com bomba elétrica, a Mariana referiu: “<i>Sei que devo colocar o funil sobre a mama de forma que este fique centrado</i>”, não referindo mais nenhum fator.	
DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHOR CONHECIMENTO SOBRE EXTRAÇÃO DE LEITE MATERNO	
Objetivo: - Promover conhecimento sobre extração do leite materno	Crítérios de resultado: - Que a Mariana seja capaz de preparar o ambiente promotor para a extração de leite materno. - Que a Mariana seja capaz de compreender os princípios da extração do leite materno de modo manual e/ou mecânico.
Intervenções: • Ensinar sobre extração do leite materno (Neste contacto e SOS) Atividades que concretizam a intervenção: 1) Explicar como gerir as condições favoráveis para a extração de leite materno: O ambiente físico e emocional em torno da extração de leite deverá obedecer aos mesmos princípios que para a amamentação, dado que a ação das hormonas funcionam exatamente da mesma forma. Podem ser usadas estratégias como: - Escolher um espaço com privacidade, confortável e calmo para extrair leite e/ou amamentar; - Antes de realizar a extração, adotar uma posição confortável - Pode colocar uma almofada atrás das costas para ficar mais confortável. - Usar o bebé como estímulo de bem-estar: Explicar que pode estar em contacto pele com pele (quando for possível); estar fisicamente próximo do bebé, ou olhar para uma fotografia ou vídeo, ouvir uma gravação de som produzido pelo bebé ou cheirar uma peça de roupa; - Relaxamento corporal: Relaxar os ombros e respirar fundo antes de começar. Para não pensar na quantidade de leite produzido/extraído, procurar encontrar fontes de distração relaxantes – ouvir música a gosto, ver televisão ou até mesmo conversar com alguém tranquilamente; - Estratégias para reduzir o stress: Procurar identificar os pensamentos positivos que pode usar durante a extração (exemplo, “eu sou capaz”, “eu consigo produzir o leite de que o Afonso necessita”, etc.) e/ou realizar visualização do processo de libertação e saída do leite materno; 2) Explicar os princípios da extração do leite materno com dispositivo - bomba elétrica: - Explicar que a bomba elétrica é útil para manter a simulação de padrão de sucção nutritiva e não nutritiva; - Explicar que deve começar por lavar as mãos; - Recorrer a massagem nas mamas ou aplicar calor: colocar uma toalha morna nas mamas, ou massajar durante alguns minutos, com a mão fechada todo o tecido mamário, ajudando assim a estimular a produção e ejeção de leite; - Explicar que deve colocar o funil sobre a mama de forma que este fique centrado e deve segurá-lo com o polegar e o indicador; - Explicar que deve iniciar com um padrão de estimulação (máximo durante dois minutos) e em seguida deve passar para um programa que permita o leite fluir, através de força de vácuo numa intensidade que lhe seja confortável; explicar que pode ser benéfico realizar uma massagem na mama durante a extração;	

- Referir que a extração deve ser realizada na mesma frequência em que normalmente amamentaria, ou seja, 8 a 12 vezes por dia;
- Reforçar que é normal que das primeiras vezes não consiga extrair quase leite nenhum, provavelmente vai conseguir encher uma seringa de 1 ml, e à medida que vai extraindo, vai aumentando a produção de leite (Cardoso et.al., 2023).

- **Avaliar evolução sobre o conhecimento sobre extração do leite materno (neste contacto e SOS)**

Dados de avaliação:

A Mariana foi capaz de preparar o ambiente promotor para a extração de leite materno e capaz de compreender os princípios da extração do leite materno de modo manual e/ou mecânico.

Foco: Capacidade para extrair leite

A OMS (2023) refere explicitamente que, em caso de separação, as mães devem ser apoiadas a expressar o leite de forma eficaz e tão frequentemente quanto o bebé normalmente alimentaria.

No contexto do puerpério precoce com separação mãe-filho, a promoção da lactação requer uma abordagem faseada, que parta do reforço do conhecimento até ao desenvolvimento da capacidade prática da mulher para manter a produção de leite. A identificação dos diagnósticos de enfermagem "Potencial para melhor conhecimento sobre lactação" e "Potencial para melhor conhecimento sobre amamentação" reflete a necessidade de fornecer à Mariana informação clara e acessível sobre os mecanismos fisiológicos da lactação, bem como as estratégias de extração. A aquisição deste conhecimento é um pré-requisito fundamental para o desenvolvimento de competências, permitindo formular um diagnóstico centrado na capacidade para extrair leite, como podemos verificar no Quadro 15.

Quadro 15. Capacidade para extrair leite materno

DOMÍNIO: PROCESSO SECRETOR - LACTAÇÃO
FOCO: CAPACIDADE PARA EXTRAIR LEITE MATERNO
Dados: - A Mariana apresenta conhecimento sobre lactação e extração de leite materno; - A Mariana refere que se encontra no momento para extrair leite materno; - A Mariana refere: <i>"já não me recordo como preparo a bomba elétrica para extrair o leite. Tenho aqui as peças na minha mesa de cabeceira"</i>; - Existe uma bomba elétrica disponível no serviço.
DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHOR CAPACIDADE PARA EXTRAIR LEITE MATERNO

Objetivo: - Melhorar capacidade para extrair leite materno	Critérios de resultado: - Que a Mariana seja capaz de extrair leite materno
Intervenções: • Instruir e treinar a extrair leite materno (Neste contacto e SOS) Atividades que concretizam a intervenção: - Explicar que deve começar por lavar as mãos; - Explicar, demonstrar e treinar a montagem do kit extração: empurrar o funil em direção ao conector; empurrar a cabeça da válvula e membrana sobre o conector; enroscar o frasco no conector; empurrar a peça conectora amarela (tubo) sobre o conector com uma ligeira torção; introduzir a outra extremidade do tubo na unidade do motor; - Escolher um espaço com privacidade, confortável e calmo para extrair leite e/ou amamentar; - Adotar uma posição confortável – Fornecer à Mariana uma almofada para colocar atrás das costas, para ficar mais confortável. - Incentivar/realizar a massagem nas mamas ou aplicar calor: colocar uma toalha morna nas mamas, ou massajar durante alguns minutos, com a mão fechada todo o tecido mamário, ajudando assim a estimular a produção e ejeção de leite; - Explicar, demonstrar e treinar extração: Colocar o funil sobre a mama de forma a que este fique centrado e segurá-lo com o polegar e o indicador; iniciar com um padrão de estimulação (máximo durante dois minutos) e em seguida passar para um programa que permita o leite fluir, regulando a força de vácuo para uma intensidade que lhe seja confortável; explicar que pode ser benéfico realizar uma massagem na mama durante a extração também; - Reforçar à Mariana que é normal que das primeiras vezes não consiga extrair quase leite nenhum, e que pode “apenas” encher uma seringa de 1 mililitro, que será o expectável. Contudo, à medida que vai extraindo, vai aumentando a produção de leite (Cardoso et.al., 2023). • Avaliar evolução sobre a capacidade para extrair leite materno (neste contacto e SOS)	
Dados de avaliação: - Após a intervenção, a Mariana foi capaz de extrair leite materno.	

4.2.2. Contributos da análise do caso clínico para o desenvolvimento de competências [Puerpério]

A implementação do plano de cuidados à Mariana e ao Pedro, no contexto do internamento nas primeiras 24 horas após um parto distócico com complicações,

permitiu consolidar competências essenciais como futura EE-ESMO. Através de uma abordagem clínica fundamentada em evidência científica e orientada para as necessidades específicas da puérpera/casal, foi possível não apenas garantir a vigilância clínica rigorosa da recuperação física da puérpera, como também promover a adaptação emocional do casal e o reforço do papel parental, mesmo perante um cenário de adversidade marcado pela separação precoce mãe/pai-filho.

A análise dos dados de avaliação permitiu verificar que os objetivos definidos em cada diagnóstico foram globalmente alcançados. No âmbito do diagnóstico de puerpério, constatou-se a evolução fisiológica adequada da involução uterina, a perda hemática dentro dos parâmetros expectáveis e a manutenção da estabilidade hemodinâmica. Relativamente ao diagnóstico de ferida cirúrgica por episiotomia, observaram-se sinais de cicatrização favorável, sem evidência de complicações. No diagnóstico de dor perineal, a intensidade da dor diminuiu progressivamente após a administração de analgesia e a aplicação de crioterapia, garantindo alívio eficaz.

No domínio da adaptação à parentalidade, verificou-se, através do diagnóstico de potencial para melhorar o significado atribuído à experiência de trabalho de parto e parto, que Mariana e o Pedro iniciaram a reformulação do significado atribuído à experiência, reconhecendo a sua participação ativa no processo, apesar das complicações. Também no domínio da emoção, o diagnóstico de luto do filho imaginado permitiu identificar sentimentos de perda e desilusão, tendo sido facilitada a expressão emocional e promovido o início de aceitação da realidade vivida pelo casal.

No domínio do processo secretor, os diagnósticos de potencial para melhor conhecimento sobre lactação e potencial para melhor conhecimento sobre extração de leite materno possibilitaram a aquisição de informação sobre a fisiologia da lactação, fatores que a influenciam e estratégias de extração, culminando no diagnóstico de potencial para melhor capacidade para extrair leite materno, no qual a Mariana conseguiu montar corretamente a bomba extratora elétrica e realizar extração de leite, assegurando a continuidade da amamentação apesar da separação física do filho. Estas conquistas foram sustentadas por intervenções

específicas e diferenciadas, assentes em evidência científica atualizada e na escuta ativa da experiência da mulher/casal.

Todo este processo confirmou o impacto distintivo e transformador dos cuidados prestados por um EE-ESMO. A complexidade e a vulnerabilidade do puerpério imediato exigem um profissional que não apenas domine a vigilância clínica, mas que compreenda a transição para a parentalidade como fenómeno vivido, emocional e simbólico. Foi precisamente nesse espaço de intersubjetividade, entre o corpo, a experiência e o vínculo, que as intervenções implementadas ganharam significado, dando resposta a necessidades implícitas muitas vezes não verbalizadas, mas profundamente sentidas pela puérpera/casal.

Também a capacidade de detetar precocemente sinais de compromisso clínico, de apoiar processos emocionais complexos como o luto simbólico e de capacitar a mulher/casal no seu novo papel parental constitui-se como marca diferenciadora desta especialidade. Além disso, a abordagem centrada na mulher e na família permitiu uma prática ética, reflexiva e promotora de autonomia, em consonância com as orientações da OMS (2018; 2022) e com os normativos da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente o *Regulamento n.º 391/2019*, os PQCEESMO (MCEESMO, 2021) e o *Parecer n.º 43/2019* (MCEESMO, 2019).

A experiência clínica com a Mariana e com o Pedro foi, por isso, altamente formativa e transformadora. Permitiu aplicar com profundidade os referenciais teóricos, consolidar competências técnicas e relacionais e, sobretudo, perceber o alcance do cuidar especializado enquanto instrumento de dignificação da maternidade, mesmo em contextos de maior fragilidade. Como futura EE-ESMO, levo deste plano de cuidados a convicção de que a presença qualificada, informada e sensível pode fazer a diferença decisiva no caminho da mulher e da sua família na transição para a parentalidade.

5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO

O ensino clínico em contexto de bloco de partos, integrado na unidade curricular “*Estágio de natureza profissional com relatório final*”, decorreu entre os dias 17 de fevereiro e 20 de julho de 2025, num hospital da zona Norte, totalizando 500 horas de prática supervisionada.

De acordo com o *Regulamento n.º 391/2019*, é competência do EE-ESMO cuidar da mulher durante o TP, prestando-lhe apoio emocional, conforto físico e segurança, e promovendo a sua participação ativa no processo, bem como o envolvimento da pessoa significativa. Além disso, deve assegurar cuidados de enfermagem tecnicamente rigorosos, integrando a monitorização materno-fetal, a gestão da dor (com recurso a terapêutica farmacológica e não farmacológica) e a vigilância contínua da evolução do parto, respeitando os desejos e decisões informadas da mulher. Cabe ainda ao EE-ESMO a prestação de cuidados no parto eutócico, quando devidamente habilitado, contribuindo para uma transição segura e humanizada da gravidez para a parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

5.1. Caracterização do contexto clínico [Bloco de Partos]

No que diz respeito ao nível físico e estrutural, o bloco de partos dispõe de seis salas de parto, destinadas à assistência a grávidas em TP ativo, em indução ou com complicações que exigem monitorização diferenciada. Possui ainda uma sala operatória, utilizada exclusivamente para realizar cesarianas, uma unidade de recobro com duas camas, uma sala para cuidados imediatos ao recém-nascido

após cesariana, uma sala de trabalho, uma copa para os profissionais e uma zona de resíduos. O serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia está integrado nesta unidade, incluindo uma sala de avaliação com dois equipamentos de CTG, uma sala de observação, gabinetes médicos e de enfermagem.

Cada sala de parto encontra-se equipada com uma cama de parto, monitor de CTG, cadeirão para a pessoa significativa, casa de banho com coluna de hidromassagem, reanimador neonatal, iluminação regulável e sistema de som, permitindo a criação de um ambiente mais acolhedor e ajustado às preferências da mulher e do casal. Existe também uma sala de relaxamento equipada com bolas de pilates, espaldares e um rebozo suspenso, concebida para permitir a adoção de ENF para lidar com a dor, nomeadamente deambulação, alongamentos, posicionamentos alternativos e mobilização pélvica. O corredor do serviço permite também a deambulação, sendo essa uma prática valorizada, pois está associada a maior conforto, menor necessidade de analgesia farmacológica e maior satisfação com a experiência de parto (OMS, 2018).

Na revisão narrativa da literatura apresentada, as barreiras institucionais surgiram como determinantes da não adesão às ENF, destacando-se a falta de espaço físico, de privacidade e de recursos materiais adequados (Ingram et al., 2022; Boateng et al., 2019; Emelonye et al., 2017; Bohren et al., 2019). No entanto, no contexto em análise, estas limitações não se verificaram, uma vez que o serviço dispõe de salas de parto amplas, bem equipadas e de uma sala exclusivamente destinada à utilização destas estratégias, que inclui, como referido acima, alguns recursos adicionais. Importa esclarecer que as parturientes que não desejassem recorrer a esta sala podiam permanecer nas suas salas de parto habituais, pelo que a eventual recusa não se deveu a essa razão. De facto, durante o estágio observou-se que a sala permaneceu sempre vazia, não tendo sido utilizada por nenhuma parturiente, ainda que, caso fosse ocupada, só seria partilhada com outra grávida após consentimento.

Esta constatação evidencia que o problema não residiu nas condições estruturais, mas sim noutros fatores. Assim, estes parecem relacionar-se com a ausência de estímulo por parte dos profissionais e com aspetos culturais e emocionais,

acrescendo ainda a possibilidade de algumas mulheres privilegiarem a privacidade e a intimidade durante o TP, optando por permanecer no espaço inicialmente atribuído e acompanhadas apenas pela pessoa significativa, tal como identificado por Bohren et al. (2019). Esta realidade é consistente com a evidência de que a não adesão às ENF resulta também de fatores profissionais, como a desvalorização ou falta de formação (Mwakawanga et al., 2024; Abikou et al., 2024), e de fatores individuais, como a preferência ativa por métodos farmacológicos ou a valorização da privacidade (Bohren et al., 2019).

Durante todo o processo a parturiente encontra-se acompanhada pela sua pessoa significativa, sendo esta presença habitualmente assumida pelo pai, que permanece na sala desde o acolhimento até ao pós-parto imediato. A presença contínua da pessoa significativa constitui um fator protetor, promovendo conforto, confiança e redução da ansiedade, além de favorecer a comunicação com os profissionais e o envolvimento do casal nos cuidados ao recém-nascido. A evidência demonstra que o apoio contínuo no TP está associado a melhores resultados maternos e neonatais, menor recurso a intervenções obstétricas, maior satisfação com a experiência de parto e maior probabilidade de parto vaginal (Bohren et al., 2017).

A equipa de enfermagem é constituída por cinco EE-ESMO por turno: três dedicadas à assistência do TP e parto, um à urgência de obstetrícia/ginecologia e um ao internamento de grávidas com complicações na UMF. Esta organização assegura a presença de profissionais com competência legalmente reconhecida na área da Saúde Materna e Obstétrica, garantindo cuidados diferenciados, individualizados e centrados na mulher. Os EE-ESMO que asseguram a intervenção de grupo referente à preparação para o parto e parentalidade também intervêm no bloco de partos, o que permite a continuidade da relação terapêutica e favorece a ligação com os casais acompanhados.

Cada EE-ESMO é responsável por uma ou duas mulheres/casais ao longo do turno, assegurando a prestação de cuidados de forma autónoma, integrando a dimensão técnica, relacional e de literacia em saúde. Durante o ensino clínico verificou-se que foi sempre possível respeitar os rácios de dotação recomendados no *Parecer n.º*

43/2019 (MCEESMO, 2019): um enfermeiro por duas mulheres no primeiro estágio do TP (rácio 1:2) e um por mulher no segundo estágio (rácio 1:1) (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Estes rácios, embora exigentes, são essenciais para garantir a assistência contínua e a segurança da díade mãe-bebé. Contudo, reconheço que esta adequação depende do número de parturientes em simultâneo e do estágio em que se encontram. No contexto específico deste serviço, o cumprimento dos rácios foi possível porque, em nenhum momento, as seis salas estiveram ocupadas por mulheres no segundo estágio de TP. Em cenários com maior número de parturientes a evoluir simultaneamente para a fase expulsiva, torna-se difícil garantir a dotação ideal.

A admissão no bloco de partos ocorre, habitualmente, após o diagnóstico de TP ativo. A maioria das mulheres é proveniente da UMF, após ITP programada às 39 semanas, prática que se generalizou durante a pandemia por SARS-CoV-2 e que se mantém atualmente. Relativamente a esta prática, será discutida no capítulo *“Contributos da análise do caso clínico para o desenvolvimento de competências [Bloco de Partos II]”*. Após o acolhimento, são recolhidos dados clínicos, obstétricos e emocionais através da análise do boletim de saúde da grávida e de entrevista dirigida, incluindo informação sobre expectativas, existência de plano de parto, estratégias de conforto preferidas e nome do recém-nascido.

Posteriormente, o EE-ESMO procede à implementação de um plano de cuidados individualizado, ajustado ao estágio do TP, ao estado clínico da grávida e centrado nos significados atribuídos pela mulher à sua experiência de parto, promovendo a sua participação ativa e informada em todas as decisões. Esta atuação visa garantir a vigilância contínua da evolução do TP, a monitorização do bem-estar materno-fetal, a gestão da dor, a promoção da segurança, bem como a preparação para o parto e para o contacto precoce com o recém-nascido.

5.2. No ritmo do nascimento - promoção da autoeficácia como caminho para o parto fisiológico

“No ritmo do nascimento” traduz a experiência vivida pela Ana Rita, uma grávida que deu entrada no Bloco de Partos, em trabalho de parto ativo e com uma convicção clara: vivenciar o nascimento do seu filho, Vasco, de forma consciente, autónoma e respeitada, optando exclusivamente por estratégias não farmacológicas para lidar com a dor. Esta escolha, refletida no seu plano de parto, contrastou com a maioria das situações observadas ao longo do ensino clínico, em que o recurso à analgesia epidural e a permanência no leito surgiam como respostas prevalentes à intensidade do processo de parto.

Também a apresentação fetal em posição occipito-posterior direita (OPD), reconhecida pela sua associação a partos mais prolongados e desconfortáveis (Graça, 2017), exigiu uma vigilância clínica rigorosa e a mobilização de estratégias facilitadoras da rotação e progressão fetal, como por exemplo, a adoção de posições verticais, com inclinação para a frente e assimetrias. Este cenário revelou-se particularmente desafiante, não só pelas exigências biomecânicas do parto, mas sobretudo pela necessidade de respeitar o tempo próprio da mulher, promovendo simultaneamente a segurança clínica e o empoderamento feminino.

A intervenção do EE-ESMO centrou-se, neste contexto, numa abordagem integrada, sustentada na escuta ativa, no reforço da autonomia e na adaptação contínua dos cuidados às suas necessidades reais e preferências da parturiente. Ao apoiar as decisões da Ana Rita, encorajar a sua participação ativa e valorizar os seus recursos internos para lidar com a dor, o EE-ESMO potenciou o desenvolvimento da sua autoeficácia, elemento essencial para uma vivência positiva do TP (Prata et al., 2019).

Assim, para o desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar a mulher durante o trabalho de parto destaco o seguinte caso:

A Ana Rita, primigesta, 38 semanas e 1 dia, recorreu ao serviço de urgência de obstetrícia acompanhada pelo seu marido, Augusto, pelas 7 horas, por apresentar perda de líquido amniótico, desde as 3 horas, em moderada quantidade, de cor clara e cheiro *suis generis* e por contratilidade uterina dolorosa (3 contrações a cada 10 minutos). Após avaliação pela equipa médica, fica internada no Bloco de Partos, por se encontrar em TP. O grupo de sangue da Ana Rita é A, fator Rhesus positivo e o SGB é negativo. Não apresenta antecedentes clínicos relevantes, desconhece alergias medicamentosas ou alimentares e teve uma gravidez vigiada desde a décima semana de gestação pela sua equipa de saúde familiar. Integrou o programa de preparação para o parto e adaptação à parentalidade no seu centro de saúde, com o seu marido. Aquando da admissão no bloco de partos, a Ana Rita refere *“Estive em casa até a dor começar a ficar mais forte, como está neste momento, porque quero que este parto tenha a menor intervenção possível. O meu objetivo é ter um parto fisiológico e preparei-me nesse sentido. Trouxe a minha coluna de música comigo porque sei que me vai ajudar a concentrar. Tenho aqui comigo o plano de parto”*. O plano de cuidados que será apresentado de seguida é referente ao turno da manhã (8h00-14h30), uma hora após a entrada da Ana Rita no Bloco de Partos.

5.2.1. Da necessidade de cuidados às intervenções de enfermagem: conceção de cuidados [Bloco de Partos I]

O Trabalho de Parto é definido como o *“conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à contratilidade uterina regular, à dilatação do colo do útero, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior”* (Graça, 2017, p.220). Este constitui um processo fisiológico

complexo, dinâmico e multifásico, que culmina com o nascimento do recém-nascido e a expulsão da placenta. De acordo com a OMS (2018), o TP constitui uma experiência única, influenciada por fatores fisiológicos, emocionais, culturais e sociais, que deve ser assistida de forma segura, respeitadora e centrada na mulher. A forma como este é vivenciado pode ter impacto significativo na transição para a parentalidade, bem como na ligação entre mãe e filho, sendo essencial assegurar cuidados sensíveis, baseados na melhor evidência e integrados numa abordagem humanizada.

Do ponto de vista clínico, o TP organiza-se em três estadios principais, conforme descrito por Graça (2017) e Hutchison et al. (2025). O primeiro estadio tem início com contrações uterinas regulares, eficazes e dolorosas, acompanhadas de alterações progressivas no colo do útero e termina com a sua dilatação completa. Subdivide-se em fase latente, com dilatação até cerca de 5 centímetros, e fase ativa, caracterizada por dilatação mais rápida, associada a contrações mais intensas e frequentes. De acordo com a ACOG (2024a), a fase ativa do TP inicia-se aos 6 centímetros de dilatação. O segundo estadio, reconhecido também como período expulsivo, estende-se da dilatação completa à expulsão do feto e pode envolver esforços expulsivos voluntários ou espontâneos, consoante o tipo de analgesia e a perceção da mulher. O terceiro estadio, também denominado dequitadura, inicia-se após o nascimento do feto e termina com a expulsão da placenta e das membranas ovulares, podendo ser conduzido de forma expectante ou ativa (Graça, 2017; Hutchison et al., 2025).

Alguns autores propõem a inclusão de um quarto estágio do TP, correspondente às primeiras três horas após o nascimento, durante as quais se promove o contacto pele com pele, a amamentação precoce, a vigilância da mulher para deteção de hemorragia pós-parto e implementação de intervenções com foco nos conhecimentos e capacidades. Embora não formalmente reconhecido nas classificações tradicionais, este período é considerado por Hutchison et al. (2025) como uma fase crítica no processo de adaptação pós-parto, com implicações importantes para o bem-estar materno e fetal.

Domínio: Parto

Quando observada pela equipa médica no serviço de urgência, pelas 7 horas, verificou-se que a Ana Rita apresentava o colo uterino com aproximadamente 70% de extinção e 5 centímetros de dilatação, sinalizando a transição para a fase ativa do primeiro estágio do TP (OMS, 2018). Em mulheres nulíparas, como o caso da Ana Rita, é frequente que a extinção se complete antes de ocorrer uma dilatação expressiva, padrão descrito por Langen et al. (2016) como determinante para a aceleração subsequente da evolução do parto. Esta sequência fisiológica explica-se pelo facto de a remodelação do tecido conjuntivo e a reorganização das fibras de colagénio, necessárias ao afinamento completo do colo, reduzirem a resistência cervical à força das contrações, permitindo que a dilatação progrida de forma mais rápida.

De acordo com a *Orientação n.º 002/2023 da DGS* (2024), o EE-ESMO assume uma intervenção central na prestação de cuidados durante a fase latente do TP de baixo risco. Compete-lhe consultar o plano de parto, quando existente, e informar a mulher e a sua pessoa significativa sobre as condições e regras do bloco de partos, promovendo uma comunicação clara e centrada nas preferências da mulher/casal.

O plano de parto constitui uma ferramenta que possibilita à mulher e à sua pessoa significativa refletir, antecipadamente, sobre os diferentes momentos do TP, à luz das suas crenças, valores e expectativas. Permite, assim, a manifestação das suas vontades e preferências em relação aos cuidados prestados, promovendo a sua participação ativa e informada. Embora funcione como um guia orientador, o plano de parto não é um documento rígido ou definitivo, podendo ser revisto e ajustado sempre que necessário, em função da evolução do processo e das necessidades da mulher. A sua elaboração deve ser iniciada durante a preparação para o parto, sendo esta orientada a partir da primeira versão do plano, de modo a apoiar a mulher na tomada de decisões conscientes e fundamentadas (Cardoso et al., 2023).

Durante o estágio verificou-se que várias parturientes entregavam o seu plano de parto à admissão no serviço, sendo este integrado no processo clínico e os seus aspetos principais partilhados entre os profissionais na passagem de turno. Na

maioria das situações, os EE-ESMO liam atentamente o documento e promoviam um momento de diálogo com o casal, valorizando as suas preferências e esclarecendo aspetos relevantes. Além disso, na ausência de um plano formal escrito, era habitual que o enfermeiro especialista explorasse com a parturiente as suas expetativas e escolhas para o TP, garantindo que essa informação era comunicada à equipa seguinte.

Assim, para além da leitura cuidadosa do plano de parto, este foi analisado em conjunto com a Ana Rita e com o Augusto, promovendo uma comunicação eficaz e o alinhamento de expetativas relativamente a um momento de grande significado para o casal. A Ana Rita expressou claramente a intenção de lidar com a dor do TP exclusivamente através de ENF e que pretendia manter a ingestão de líquidos claros ao longo de todo o processo. Manifestou o desejo de usufruir de liberdade de movimentos e de escolher a posição que considerasse mais confortável durante a fase expulsiva. Recusou a realização de episiotomia, solicitou que o cordão umbilical fosse cortado pelo Augusto e expressou a vontade de realizar contacto pele com pele com o Vasco, assim como iniciar a amamentação na primeira hora de vida.

Diagnóstico: Trabalho de Parto

Perante o diagnóstico de “Trabalho de Parto”, o EE-ESMO tem objetivos específicos de acordo com o estadio em que a grávida se encontra, sendo um deles determinar a evolução do TP e avaliar o bem-estar fetal. No Quadro 16 sintetiza-se a avaliação da evolução do TP e bem-estar fetal no início do turno da manhã.

Quadro 16. Avaliação da evolução do trabalho de parto da Ana Rita e bem-estar fetal

DOMÍNIO: PARTO
Dados: - Posição do colo do útero: centrado (segundo avaliação das 7 horas) - Extinção do colo do útero: 70% (segundo avaliação das 7 horas) - Consistência do colo do útero: amolecido (segundo avaliação das 7 horas) - Dilatação do colo do útero: 5 centímetros (segundo avaliação das 7 horas) - Frequência da contração uterina: 3 em cada 10 minutos - Duração da contração uterina: 45 segundos - Intensidade da contração: moderada - Integridade das membranas amnióticas: Rotura espontânea de membranas às 3h: Líquido amniótico claro, moderada quantidade e com cheiro suis generis - Posição fetal: direita

- Apresentação fetal: cefálica - Variedade fetal: posterior - Descida do feto: acima do 1º plano de Hodge - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas) - Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea - Dor de TP: apresenta dor grau 5 segundo a Escala numérica de avaliação da dor	
DIAGNÓSTICO: TRABALHO DE PARTO	
Objetivos: - Determinar evolução do TP e bem-estar fetal - Facilitar TP /nascimento	Critérios de resultado: - Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o TP e do bem-estar fetal;
Intervenções: • Avaliar evolução do TP e bem-estar fetal (s/horário) - Avaliar bem-estar fetal, através da CTG contínua: Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas) - Avaliar características da contração uterina, através da CTG e relato da grávida (frequência e duração): Frequência da contração uterina: 3 contrações uterinas em 10 minutos; duração da contração uterina: 45 segundos - Dor de TP: apresenta dor grau 4 segundo a Escala numérica de avaliação da dor - Presença de Globo vesical: Ausente. Urinou no WC - Avaliar perda de líquido amniótico, através de observação: Características do líquido amniótico - líquido amniótico claro, moderada quantidade e com cheiro suis generis - Avaliar perda sanguínea vaginal, através de relato da grávida e/ou observação: sem perda sanguínea • Promover a ingestão de líquidos (s/horário) • Promover escuta-ativa (s/horário) • Elogiar desempenho (s/horário) • Referenciar compromisso da evolução do trabalho parto e bem-estar fetal ao médico (s/horário)	

A avaliação da evolução do TP permite compreender se este decorre dentro dos parâmetros esperados, facilitando a deteção precoce de desvios à normalidade (Downe et al., 2013). Para tal, podem ser utilizados diversos métodos não invasivos, como a observação da frequência, duração e intensidade das contrações uterinas, a palpação abdominal para avaliar a descida da apresentação fetal, a observação da linha púrpura e do losango de Michaelis, e ainda a identificação de alterações comportamentais e vocais por parte da mulher, sobretudo à medida que se aproxima a fase expulsiva (Pan et al., 2022). A ultrassonografia poderá também ser utilizada para complementar esta avaliação.

Paralelamente à avaliação comportamental, a evolução do TP tem sido descrita com base em parâmetros objetivos. Na década de 1950, Friedman com os seus

colaboradores desenvolveu uma curva que descrevia a progressão típica da dilatação cervical, estimando que a fase ativa se inicia após os 4 centímetros e que, em primíparas, a dilatação deverá progredir a uma média de 1,2 centímetros/hora (ACOG, 2024a). Mais recentemente, Zhang et al. (2010) propuseram um novo modelo, defendendo que a transição para a fase ativa ocorre apenas a partir dos 6 centímetros, considerando que a progressão entre os 4 e os 6 centímetros é semelhante em mulheres primíparas e múltiparas. A ACOG (2024a), apoiando-se neste modelo, reconhece esta atualização, sublinhando a necessidade de evitar intervenções desnecessárias com base apenas em critérios rígidos de dilatação.

Estas diferentes abordagens evidenciam que a evolução do TP deve ser avaliada de forma individualizada, conjugando dados objetivos com a observação do comportamento e a experiência subjetiva da mulher. Durante o estágio, foi possível constatar que, em muitas situações, a alteração do comportamento da parturiente precede alterações cervicais evidentes, podendo antecipar a transição entre fases.

Apesar de existirem abordagens menos invasivas, o toque vaginal continua a ser amplamente utilizado na prática clínica para a avaliação da evolução do TP. Este permite avaliar múltiplas variáveis relevantes, como a posição, consistência, extensão e dilatação do colo do útero, bem como as condições da bacia materna e da estática fetal, incluindo a apresentação, a variedade de posição, a atitude, a descida da apresentação fetal e a integridade das membranas ovulares (Downe et al., 2013; Fatia & Tinoco, 2016). Contudo, a repetição excessiva de toques vaginais deve ser evitada uma vez que aumenta o risco de infeção e é um procedimento associado a desconforto, sendo recomendada a sua realização em intervalos adaptados à fase do TP e à situação clínica da mulher. De acordo com a *Orientação n.º 002/2023* da DGS (2024) na fase latente do TP os exames vaginais devem ser realizados em função das queixas da mulher, sendo a ausência de evolução cervical em 8 horas motivo de comunicação ao médico.

Assim, durante a fase ativa do TP, na ausência de alterações clínicas relevantes, como um traçado cardiotocográfico suspeito ou a necessidade de monitorização interna, os exames vaginais poderão ser realizados com intervalos de aproximadamente quatro horas. Já no segundo estadio, correspondente ao período

expulsivo, a frequência do exame vaginal varia conforme a fase: na fase latente, pode ser efetuada de duas em duas horas; na fase ativa deste estadió, recomenda-se que seja realizada em intervalos de cerca de 30 minutos, sempre que clinicamente justificado (DGS, 2024).

A vigilância do bem-estar fetal é alvo de atenção do EE-ESMO. Em contexto de TP, esta vigilância é realizada através da monitorização da parturiente com recurso a CTG. Após a análise do Plano de Parto, a Ana Rita foi puncionada no membro superior esquerdo com um cateter venoso periférico 20G e iniciou monitorização com CTG contínua, segundo protocolo hospitalar e que vai ao encontro da *Orientação n.º 002/2023* da DGS (2024), que refere que é da responsabilidade do EE-ESMO cateterizar uma veia periférica com um cateter de 18G ou 20G e monitorizar a parturiente com recurso a CTG contínua externa, preferencialmente com recurso a telemetria, garantindo a qualidade do sinal e contactando o médico obstetra em caso de alterações relevantes.

Contudo, esta prática não se encontra alinhada com as recomendações da OMS (2018), que não recomenda a realização de CTG contínua de forma sistemática em mulheres saudáveis em TP espontâneo, uma vez que não melhora os desfechos clínicos e aumenta o risco de intervenções obstétricas desnecessárias, como partos instrumentados e cesarianas. Segundo as recomendações da *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO), a monitorização contínua da frequência cardíaca fetal (FCF) através de CTG está indicada sempre que se identifiquem situações de risco acrescido de hipóxia ou acidose fetal. Entre as condições maternas que justificam esta vigilância encontram-se a hemorragia vaginal, a febre e a utilização de analgesia epidural. Do ponto de vista fetal, a presença de mecónio no líquido amniótico, o diagnóstico de anomalias congénitas ou alterações do crescimento intrauterino constituem igualmente critérios para a realização de CTG contínua (Ayres-de-Campos et al., 2015).

Além disso, importa referir que a limitação da deambulação e da liberdade de movimentos associadas a esta prática pode representar um entrave à vivência ativa e autónoma do parto (OMS, 2018), aspeto particularmente relevante no caso de

mulheres que manifestam o desejo de adotar ENF para lidar com a dor, como era o caso da Ana Rita.

Relativamente à avaliação da evolução do TP da Ana Rita, optou-se por privilegiar a observação das manifestações comportamentais como principal indicador da progressão do processo, em complemento à avaliação objetiva já realizada anteriormente. O TP constitui um fenómeno simultaneamente físico, psicológico, social e neuroendócrino, durante o qual a mulher vivencia alterações profundas no seu estado de consciência, percepção corporal e ligação ao meio envolvente (Olza et al., 2020; Uvnäs Moberg et al., 2019).

Numa fase inicial, o comportamento tende a ser predominantemente social: as mulheres comunicam com a sua rede de apoio, preparam os últimos detalhes do enxoval e demonstram atividade focada na criação do “ninho” (Olza et al., 2018). À medida que o TP evolui, observa-se um progressivo afastamento do mundo exterior, com crescente interiorização e concentração na tarefa física de parir, acompanhada por uma intensificação da dor provocada pelas contrações uterinas e por uma maior necessidade de apoio emocional e físico (Olza et al., 2018; Olza et al., 2020). Estas alterações comportamentais refletem um estado de consciência modificado, caracterizado por alterações na percepção do tempo e do espaço, podendo ser vividas como experiências transformadoras e, em alguns casos, transcendentais (Uvnäs Moberg et al., 2019). Durante o período expulsivo, muitas mulheres retomam uma postura mais alerta e ativa, voltando a direcionar-se para o exterior (Olza et al., 2020). A identificação e interpretação destas manifestações constitui, por isso, uma ferramenta clínica relevante para a avaliação do TP, nomeadamente em contextos em que se pretende respeitar a fisiologia e a autonomia da mulher.

No caso da Ana Rita, a avaliação realizada às 7 horas revelou uma dilatação cervical de 5 centímetros, colo centrado, amolecido e contrações regulares com duração de 45 segundos, o que indicava possível transição para a fase ativa do primeiro estadio. Pelas 9 horas, a reavaliação do estado clínico foi realizada através da observação de sinais comportamentais: A Ana Rita passou de uma interação social espontânea para uma atitude mais introspetiva e silenciosa, adotando

posições instintivas, com inclinação para a frente, tanto em quatro apoios com bola de pilates, como sentada e em pé. Segundo Olza et al. (2020), estes comportamentos resultam da ação de hormonas como a ocitocina e as beta-endorfinas, estando associados ao progresso fisiológico do TP. A sua identificação por parte dos profissionais de saúde deve ser valorizada como parte integrante da avaliação clínica. Além disso, o Augusto encontrava-se a fazer-lhe uma massagem nas costas, com recurso a uma bola de pilates pequena. O casal demonstrou ainda iniciativa na regulação do ambiente, ajustando a luminosidade e selecionando música do seu agrado, o que evidenciou o controlo sobre o meio envolvente.

De acordo com a *Orientação n.º 002/2023* da DGS (2024), em todas as interações, o EE-ESMO deve ainda avaliar a dor e a capacidade da parturiente para lidar com a mesma, fornecendo informação sobre ENF e farmacológicas para o seu alívio. Por fim, deve respeitar a fisiologia do TP, evitando intervenções desnecessárias como a amniotomia artificial ou a administração de ocitocina em casos de início espontâneo com evolução normal e garantir o acesso a líquidos claros ou alimentos leves, de acordo com a vontade da parturiente e a evolução clínica (DGS, 2024).

Neste segundo contacto com o casal, verificou-se que a Ana Rita se encontrava em fase ativa do TP e tinha capacidade para utilizar estratégias tanto para promover a progressão do TP, como para lidar com a dor de TP com recurso a ENF. Importa referir que, embora existissem outras opções que pudessem ser sugeridas naquele momento, como por exemplo a aplicação de calor ou hidroterapia, considerou-se que, dada a sua atitude introspetiva, típica desta fase do TP, seria benéfico manter uma intervenção de suporte e reforço positivo, evitando estímulos que ativassem o córtex pré-frontal, visto que, poderiam interferir negativamente na construção hormonal que o seu corpo, espontaneamente, estava a desenvolver. Além disso, quando questionada sobre a dor, a Ana Rita referiu que a alternância das posições e a massagem a estavam a ajudar a lidar com a sua dor. Assim, neste contexto, o papel do EE-ESMO centrou-se em reconhecer estes sinais comportamentais como expressão da evolução do TP e facilitar a progressão do TP no sentido de preservar a fisiologia, através de escuta ativa, promoção da ingestão de líquidos, presença contínua e reforço da perceção de controlo da Ana Rita sobre o seu próprio parto, elogiando o seu comportamento.

Foco: Capacidade para lidar com a dor de Trabalho de Parto com recurso a estratégias não farmacológicas

Pelas 10 horas, a Ana Rita referiu que a dor estava a aumentar, na região lombar, e que precisava de trocar a estratégia para gerir a sua dor. Quando questionei a Ana Rita sobre *“O que tinha pensado fazer agora? Em momentos que sentiu dor, o que fez para a ajudar?”*, referiu: *“Talvez ir para o chuveiro fosse uma boa opção, porque normalmente ajuda-me a relaxar em situações de stress e dor, mas não sei se consigo porque estou cansada, talvez precise de me sentar”*.

A dor inerente ao TP é amplamente reconhecida pelas mulheres como uma componente central da experiência de nascimento. Desenvolver competências para utilizar estratégias de controlo da dor durante este processo tem impacto comprovado na diminuição da perceção dolorosa e da ansiedade, favorecendo uma vivência de parto mais positiva (Cardoso et al., 2023). Por esse motivo, a avaliação da capacidade para lidar com a dor assume particular relevância sempre que se anteveja um parto eutócico e quando a mulher atribui um significado positivo à utilização de métodos não farmacológicos de controlo da dor, como é o caso da Ana Rita.

As expectativas individuais e as preferências previamente manifestadas no Plano de Parto constituem um guia relevante para a identificação das estratégias mais valorizadas por cada mulher, orientando a priorização das intervenções a apresentar (Cardoso et al., 2023). No contexto da preparação para o parto, é essencial proporcionar momentos que permitam à mulher experimentar previamente o efeito real dessas estratégias, mesmo na ausência de dor ativa, de modo a promover maior autoconfiança e apropriação da experiência.

Retomando a distinção já anteriormente enunciada, a diferença entre “aliviar a dor” e “lidar com a dor” adquire aqui particular pertinência. O termo “aliviar a dor” está associado à ideia de que a dor é um sintoma patológico a ser eliminado, podendo reforçar perceções negativas sobre o TP. Por outro lado, a expressão “lidar com a dor” pressupõe uma abordagem ativa e consciente da mulher, na qual a dor é entendida como um sinal funcional e orientador do processo fisiológico de nascimento. Ao valorizar esta perspetiva, o EE-ESMO promove uma relação mais

positiva com a dor, estimulando a mulher a reconhecer o seu corpo e a utilizá-la como um guia para a escolha de posições e estratégias adequadas em cada fase do TP (Cardoso et al., 2023). Olhar para a dor como uma aliada e não como uma ameaça pode, assim, ser um fator libertador. Esta abordagem deve ser incentivada durante a gravidez, através da preparação para o parto, promovendo uma postura de aceitação e convivência com a dor, com o apoio de ENF previamente exploradas. Cada contração pode ser percecionada como um passo de aproximação ao bebé, reforçando o sentido e a positividade da experiência (Cardoso et al., 2023).

Os efeitos desta abordagem refletem-se também na perceção da dor no pós-parto. Um estudo realizado por Waldenström e Schytt (2009) demonstrou que as mulheres que recorreram a analgesia epidural mantiveram uma memória mais vívida do pico da dor, quando comparadas com mulheres que não a utilizaram. Estes resultados sugerem que a utilização de técnicas farmacológicas de alívio da dor não garante, por si só, uma experiência de parto mais positiva. O modo como a dor é compreendida, integrada e gerida pela mulher pode ter um impacto mais significativo na construção dessa experiência. No Quadro 17 será sintetizada a avaliação da capacidade da Ana Rita para lidar com a dor de TP com recurso a ENF.

Quadro 17. Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto com recurso a estratégias não farmacológicas [Ana Rita]

DOMÍNIO: PARTO	
Dados: - Quando questionei a Ana Rita sobre <i>“O que tinha pensado fazer agora? Em momentos que sentiu dor, o que fez para a ajudar?”</i> ela respondeu <i>“Talvez ir para o chuveiro fosse uma boa opção, porque normalmente ajuda-me a relaxar em situações de stress e dor, mas não sei se consigo porque estou cansada, talvez precise de me sentar”</i>. - Significado atribuído às ENF para lidar com a dor: facilitador	
DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO COM RECURSO A ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS	
Objetivo: - Promover autocontrolo: lidar com a dor do TP	Critérios de resultado: - Que a grávida adote posições corporais facilitadoras da progressão do TP - Que a grávida seja capaz de lidar com a dor de TP
Intervenções:	

• Assistir e Instruir na utilização de ENF para lidar com a dor de TP (s/horário) - Questionar a Mariana: <i>“O que lhe parece de trazer a bola de pilates para o chuveiro e ficar sentada, inclinada para a frente, enquanto continua com a água quente? Assim consegue relaxar com a água, como queria, e pode descansar ao mesmo tempo. O Augusto pode ficar ao seu lado, ajudando-a a equilibrar-se na bola. Também pode optar por estar sentada na cadeira, inclinada para a frente. A Combinação da água quente com a posição sentada inclinada para a frente tem muitos benefícios, tanto para lidar com a dor, como para ajudar na progressão do bebé. Pode manter até a música e a luminosidade baixa. O que for melhor para si e a deixar mais confortável.”</i> • Avaliar evolução da capacidade para lidar com a dor de TP usando ENF (s/horário) • Envolver pessoa significativa (s/horário)
Dados de avaliação: - Mariana: <i>“Parece-me uma excelente ideia. Vamos experimentar”</i>
Dados de avaliação: [10h30] Mariana - <i>“Realmente a água ajuda-me muito a lidar com a dor. Fiquei muito mais relaxada. Vou agora voltar para o quarto. Tenho adotado diferentes posições, conforme me sinto melhor. Se eu for para a cama descansar um bocadinho, há alguma posição que ajude o Vasco a descer?”</i>

A dor do TP constitui um fenómeno multidimensional que integra componentes fisiológicos, emocionais e sociais, sendo reconhecida como uma das experiências mais intensas vivenciadas pela mulher durante o ciclo reprodutivo (Lowe, 2002). A sua natureza é simultaneamente sensorial e afetiva, influenciada não apenas pelos estímulos nociceptivos, mas também pelas expectativas, crenças, vivências anteriores, relação com os profissionais de saúde e ambiente envolvente (Whitburn et al., 2014). Esta perceção da dor é profundamente individual, variando conforme fatores como a preparação prévia, suporte emocional, cultura, estado psicológico e contexto em que o parto ocorre (IASP, 2020; Prata et al., 2019).

A dor durante o TP resulta, em grande medida, da contração uterina e da dilatação cervical, refletindo-se em diferentes componentes. Segundo Marchand (2012), a dor pode ser analisada em quatro dimensões: nociceptiva (estímulo físico direto, como a distensão do colo do útero e da vagina), física (relativa à intensidade e limiar de dor), psicoafetiva (influenciada por emoções, medos e valores culturais) e cognitivo-comportamental (relativa à forma como a mulher interpreta e reage à dor). Estas dimensões podem manifestar-se de forma simultânea, contribuindo para a variabilidade da experiência dolorosa entre mulheres.

Importa ainda referir que a dor assume características distintas conforme os diferentes estadios do TP. No primeiro estadio, sobretudo durante a fase latente, a dor é geralmente descrita como tipo cólica, localizada na região lombar inferior e hipogástrica, resultante da distensão cervical e isquemia miometrial. Com a transição para a fase ativa, a intensidade aumenta progressivamente, acompanhando a dilatação cervical mais rápida e as contrações regulares. No segundo estadio, a dor decorre principalmente da distensão do períneo, vagina e estruturas do pavimento pélvico, agravada pelo posicionamento da apresentação fetal e pela pressão exercida nos tecidos pélvicos. Já no terceiro estadio, a dor tende a ser menos intensa, associada à contração uterina e eventual manipulação obstétrica (Hutchison et al., 2025).

Apesar de ainda não ter sido realizado nenhum exame vaginal à Ana Rita, as queixas algícas na região lombar são características de uma variedade posterior do feto, como tinha sido referido pela equipa médica à admissão. A variedade OPD corresponde a uma posição fetal em que o occipício está orientado posteriormente, para o lado direito da mãe. Esta variedade está associada a um TP mais prolongado e doloroso, com maior probabilidade de intervenções obstétricas. A dor tende a ser mais intensa e localizada na região lombo-sagrada, em virtude da pressão direta exercida pelo crânio fetal sobre os plexos nervosos lombares e sacrais, o que pode comprometer a perceção de controlo e aumentar a necessidade de suporte contínuo (Bahmaei et al., 2023).

Um estudo randomizado controlado conduzido por Bahmaei et al. (2023), no Irão, teve como objetivo investigar o efeito da posição materna durante o TP na rotação fetal da posição occipito-posterior (OP) para occipito-anterior (OA), bem como nos desfechos obstétricos, em mulheres sem analgesia epidural. Os resultados demonstraram que as posições de *SIMS* e de quatro apoios favoreceram a rotação espontânea do feto para OA, com apenas 16,3% e 14,3% dos fetos, respetivamente, a manterem-se em posição OP após a intervenção, comparado com 33,7% no grupo em posição supina. Verificou-se ainda uma redução da dor lombar e da duração da fase ativa do TP nos grupos de *SIMS* e quatro apoios, o que reforça a relevância destas ENF tanto na promoção do conforto como na progressão do TP.

Neste caso, a intervenção centrada na escuta ativa, na reformulação conjunta da estratégia e na valorização da experiência corporal permitiu à Ana Rita recuperar a percepção de controlo sobre o processo de parto. A combinação do uso de água quente e bola de pilates revelou-se eficaz para lidar com a dor lombar associada à posição fetal OP, promovendo alívio sintomático através de múltiplos mecanismos. A imersão em água quente facilita a vasodilatação periférica, reduz a tensão muscular e ativa os recetores térmicos cutâneos, contribuindo para a inibição da transmissão dos impulsos dolorosos, de acordo com a *gate control theory* (Cluett & Burns, 2009). Simultaneamente, a sensação de flutuação e o ambiente acolhedor promovem relaxamento, diminuem os níveis de adrenalina e potenciam a libertação de endorfinas, favorecendo o conforto físico e emocional. Esta estratégia não farmacológica encontra suporte na literatura, que associa a imersão em água quente à diminuição da necessidade de analgesia e ao aumento da percepção de bem-estar e satisfação com a experiência de parto (Burns et al., 2022).

Foco: Capacidade para usar estratégias facilitadoras do Trabalho de Parto

Após ter recorrido durante cerca de 30 minutos à hidroterapia a Ana Rita referiu que estava mais confortável. Posteriormente questionei-a: *“Diga-me o que é importante para si neste momento? Como a posso ajudar?”* A Ana Rita respondeu: *“Tenho adotado diferentes posições, conforme me sinto melhor. Se eu for para a cama descansar um bocado, há alguma posição que ajude o Vasco a descer à mesma?”*

De acordo com Cardoso et al (2023, p. 82) *“A capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto envolve desenvolver habilidades para usar a posição corporal, os ossos e os músculos pélvicos, com ou sem dispositivos, como elementos facilitadores do trabalho de parto”*. Dado esta questão, enunciei o diagnóstico *“Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto”*, como se pode verificar no Quadro 18.

Quadro 18. Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [Ana Rita]

DOMÍNIO: PARTO
Dados: - Após ter recorrido durante cerca de 30 minutos à hidroterapia a Ana Rita referiu que estava mais confortável. Posteriormente questionei-a: <i>“Diga-me o que é importante para si neste momento? Como a posso ajudar?”</i> A Ana Rita respondeu: <i>“Tenho</i>

<i>adotado diferentes posições, conforme me sinto melhor. Se eu for para a cama descansar um bocado, há alguma posição que ajude o Vasco a descer à mesma? Estou a precisar de descansar”.</i>	
DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA USAR ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO TRABALHO DE PARTO	
Objetivos: - Melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP - Promover autocontrolo: lidar com a dor do TP	Critérios de resultado: - Que a grávida adote posições corporais facilitadoras da progressão do TP - Que a grávida seja capaz de lidar com a dor de TP
Intervenções: • Assistir e instruir no uso de estratégias facilitadoras do TP (s/horário) Atividades que concretizam a intervenção: - Orientar para posições que favorecem rotação da apresentação/ reposicionamento fetal: posições laterais - Adotar posição lateral direito: as costas fetais devem ficar "em direção à cama". Se direita occipital posterior, adotar lateral direito (a força das contrações aliada à ação da gravidade facilita a rotação do occipital e do tronco em direção à posição transversa direita do occipital). - Adotar posição de Sims: as costas fetais devem ficar "em direção ao teto". Se o feto estiver em posição direita occipital posterior, a Ana Rita deverá ficar deitada para o lado esquerdo, com o membro inferior direito em flexão.	
• Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP (s/horário) • Envolver pessoa significativa (s/horário) • Promover a ingestão de líquidos (s/horário) • Promover escuta-ativa (s/horário) • Elogiar desempenho (s/horário)	
Dados de avaliação: - A Ana Rita escolheu a posição de SIMS e referiu: <i>“Estou confortável nesta posição, obrigada pela ajuda. Acho que vou aproveitar e dormir um bocado.”</i>	

Foco: Autoeficácia para lidar com a dor de Trabalho de Parto

Posteriormente, pelas 11 horas e 30 minutos, após o repouso, a Ana Rita referiu *“Achei que ia ser mais fácil gerir a dor. Eu não consigo mais, está a ficar cada vez mais forte. Fui alternando as posições que me disse, mas não consigo mais. Acho que o meu corpo não está preparado para isto. Até estava a correr bem, mas agora a dor está cada vez mais forte e já não estou a lidar nada bem”*. Dito isto, percebeu-se que a autoeficácia para lidar com a dor de TP era agora um foco da minha atenção.

A autoeficácia é definida por Bandura (1997) como a convicção que o indivíduo possui sobre a sua capacidade de organizar e executar as ações necessárias para

atingir determinados objetivos ou enfrentar desafios específicos. Este conceito não diz respeito apenas às competências reais, mas sim à percepção que o sujeito tem da sua própria competência, sendo determinante na forma como interpreta situações, lida com adversidades e persiste perante dificuldades. Durante o TP, a percepção de controlo e a capacidade de tomar decisões informadas sobre o seu corpo e o seu processo de nascimento estão intimamente ligadas à autoeficácia da mulher. A confiança na sua capacidade para lidar com a dor e adotar ENF é favorecida por um ambiente que promova o respeito pelas suas escolhas, o suporte contínuo e a informação adequada (Larkin et al., 2009). A investigação de Prata et al. (2019) demonstrou que a promoção da autoeficácia pelas enfermeiras especialistas está associada a maior autonomia da mulher, menor percepção de dor e aumento da satisfação com a experiência de parto.

De acordo com a Teoria das Transições, a adaptação à parentalidade constitui um período de instabilidade e ajustamento, designado por transição do tipo desenvolvimental, no qual o TP se apresenta como um evento crítico, capaz de influenciar a forma como essa transição é vivenciada (Meleis, 2010). Embora o conceito de autoeficácia não esteja explicitamente identificado como um dos indicadores de qualidade da transição, a teoria reconhece a importância da confiança e da capacidade de agir para uma adaptação positiva. Neste sentido, fomentar a autoeficácia da mulher durante o TP constitui uma intervenção fundamental do EE-ESMO, contribuindo para uma vivência mais ativa e informada, promotora de uma transição saudável para a maternidade e também como um “caminho para o parto fisiológico” (Quadro 19).

Quadro 19. Autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto [Ana Rita]

DOMÍNIO: PARTO	
Dados: <i>“Achei que ia ser mais fácil gerir a dor. Eu não consigo mais, está a ficar cada vez mais forte. Fui alternando as posições que me disse, mas não consigo. Acho que o meu corpo não está preparado para isto. Até estava a correr bem, mas agora a dor está cada vez mais forte e já não estou a lidar nada bem”</i>	
DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A DOR DO TRABALHO DE PARTO	
Objetivos: - Melhorar autoeficácia para lidar com a dor de TP	Critérios de resultado:

- Promover autocontrolo: lidar com a dor de TP	- Que a Ana Rita seja capaz de sentir-se confiante para implementar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto e para lidar com o TP.
Intervenções: • Assistir cliente a analisar a experiência de TP (s/horário) Atividades que concretizam a intervenção: - Questionar: <i>Recorda-se do que me disse quando entrou no bloco de Partos? Que “Estive em casa até a dor começar a ficar mais forte, como está neste momento, porque quero que este parto tenha a menor intervenção possível. O meu objetivo é ter um parto fisiológico e preparei-me nesse sentido”.</i> Questionar: <i>O que a fez mudar de ideias?</i> • Envolver pessoa significativa (s/horário) • Elogiar desempenho (s/horário) Atividades que concretizam a intervenção: - Olhe tudo o que já conseguiu até agora? • Assistir e instruir no uso de estratégias facilitadoras do TP envolvendo a pessoa significativa (s/horário) Atividades que concretizam a intervenção: - Questionar: <i>O que posso fazer por si neste momento? Onde sente mais dor?</i>	

Após a intervenção, a Ana Rita referiu que se queria posicionar no chão, de 4 apoios e que não queria recorrer a estratégias farmacológicas para lidar com a dor de TP. Posteriormente, O Augusto referiu: *“Existe alguma coisa que eu possa fazer para a ajudar neste momento?”*

A intervenção focada na escuta ativa e na valorização do percurso já realizado permitiu à Ana Rita retomar o contacto com os seus objetivos previamente expressos, nomeadamente o desejo de um parto fisiológico. Ao ser incentivada a refletir sobre o que a motivou inicialmente e ao receber reconhecimento positivo (*“Olhe tudo o que já conseguiu até agora”*), a Ana Rita referiu que se queria posicionar no chão, de 4 apoios, e que não queria recorrer a estratégias farmacológicas, o que demonstrou convicção sobre a sua capacidade de lidar com a dor através de ENF. O envolvimento ativo do companheiro (*“Existe alguma coisa que eu possa fazer para a ajudar?”*) reforçou a perceção de suporte, potenciando a sua capacidade de decisão. Contudo, perante a questão do Augusto, percebi que a capacidade para utilizar ENF para lidar com a dor era novamente foco de atenção (Quadro 20)

Quadro 20. Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto com recurso a estratégias não farmacológicas [Ana Rita e Augusto]

DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO COM RECURSO A ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS	
Objetivo: - Promover autocontrolo: lidar com o TP	Critérios de resultado: - Que a grávida adote posições corporais facilitadoras da progressão do TP - Que a grávida adote ENF para lidar com a dor de TP - Que a grávida seja capaz de lidar com a dor de TP
Intervenções: • Assistir e Instruir na utilização de ENF para lidar com a dor de TP (s/horário) - Orientar para posições que contribuem para lidar com a dor nas costas – posição de 4 apoios com inclinação para a frente e pressão na região lombo-sagrada - Instruir pessoa significativa: Coloque as palmas das mãos na parte inferior das costas da Ana Rita, mesmo acima das nádegas. Pressione firmemente para dentro e ligeiramente para cima, mantendo a pressão constante durante a contração. Pergunte-lhe se a intensidade está adequada e ajuste conforme o conforto dela. É normal que precise de repetir esta pressão a cada contração. • Avaliar evolução da capacidade para lidar com a dor de TP usando ENF (s/horário) • Envolver pessoa significativa (s/horário)	

A pressão na região sagrada contínua é uma técnica de alívio da dor frequentemente recomendada durante o TP, especialmente útil em casos de dor na região lombo-sagrada associada à variedade OP. Esta técnica consiste na aplicação de pressão firme e sustentada sobre a parte inferior das costas (sacro), geralmente com as palmas ou punhos, reduzindo a sensação dolorosa ao diminuir a tensão sobre os plexos nervosos lombossacros (Simkin & Bolding, 2010). É distinta da massagem, que envolve movimentos rítmicos e suaves, enquanto a pressão sacral é estática e localizada. Além disso, a adoção de posições inclinadas para a frente, como a posição de quatro apoios, que a Ana Rita quis adotar espontaneamente, ou sentada na bola com o tronco apoiado à frente, promove uma distribuição mais equilibrada do peso do útero, alivia a pressão sobre a coluna e o sacro e facilita a rotação fetal para a posição OA, favorecendo a progressão do TP (Bahmaei et al., 2023).

Durante a intervenção, A Ana Rita referiu *“Esta posição é a que me faz sentir mais confortável de momento e a pressão nas costas faz toda a diferença. Vou ficar assim durante um bom tempo”*. Dado isto, foi possível concluir-se que a intervenção tinha sido eficaz para lidar com a dor de TP.

A necessidade da Ana Rita de se aproximar do chão bem como a passagem de palavras para vocalizações permitiu-me inferir que teria havido alterações a nível da dilatação do colo do útero e da descida fetal. Além disso, pelas 12 horas, a Ana Rita referiu ter sentido vontade de empurrar o bebé, chegando mesmo a fazê-lo por alguns momentos, e solicitou de seguida para se deitar na cama, a fim de descansar. Posteriormente, com o seu consentimento, foi avaliada a evolução do TP, através do exame vaginal, como se pode verificar no Quadro 21.

Quadro 21. Segundo estadio do trabalho de parto [Ana Rita]

DIAGNÓSTICO: TRABALHO DE PARTO	
Objetivos: - Determinar evolução do TP e bem-estar fetal - Promover parto eutócico - Prevenir laceração do períneo	CrITÉRIOS de resultado: - Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o TP e do bem-estar fetal; - Que a grávida apresente períneo íntegro
Intervenções: • Avaliar evolução do TP e bem-estar fetal (s/horário) - Avaliar bem-estar fetal, através da CTG contínua: Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas) - Avaliar características da contração uterina, através da CTG e relato da grávida (frequência e duração): Frequência da contração uterina: 4 a 5 contrações uterinas em 10 minutos; duração da contração uterina: 45 segundos - Avaliar perda de líquido amniótico, através de observação: Características do líquido amniótico - líquido amniótico claro, moderada quantidade e com cheiro suis generis - Avaliar perda sanguínea vaginal, através de relato da grávida e/ou observação: sem perda sanguínea - Presença de Globo vesical: Ausente. Urinou no WC • Avaliar evolução do TP e estática fetal, através do toque vaginal (s/horário) - Posição fetal: esquerda - Apresentação fetal: cefálica - Variedade fetal: anterior - Descida do feto: 2º plano de Hodge - Posição do colo do útero: centrado - Extinção do colo do útero: 100% - Consistência do colo do útero: amolecido - Dilatação do colo do útero: 10 centímetros	

- **Promover a ingestão de líquidos (s/horário)**
- **Promover escuta-ativa (s/horário)**
- **Elogiar desempenho (s/horário)**
- **Facilitar TP /nascimento (s/horário)**

Atividades que concretizam a intervenção:

- Orientar/ incentivar a adoção de posicionamentos durante o período expulsivo, de acordo com o conforto da parturiente.

- **Implementar medidas de proteção do períneo (s/horário)**

Atividade que concretiza a intervenção:

- Após obter consentimento da parturiente, realizar massagem perineal com óleo de amêndoas doces, durante cerca de 10 minutos (tempo que a Ana Rita considerou confortável). Introduzir o polegar na vagina e realizar uma massagem suave, em forma de U, e com os outros dedos a massajar o períneo exterior.

- Aplicar calor no períneo: Aquecer compressas com água quente e questionar a grávida acerca da temperatura da água. Colocar as compressas sobre o períneo, uma na parte do clítoris e uretra e outra contemplando a fúrcula e zona perianal, durante o coroamento da cabeça fetal.

- Proteção manual do períneo: 1. Colocar a mão dominante sobre o períneo; 2. Polegar e indicador da mão dominante colocados em cada lado ântero-lateral à fúrcula; 3. Movimento de aproximação do polegar e indicador para reduzir a tensão; 4. Usar os dedos restantes da mão dominante para ajudar na exteriorização da cabeça, aplicando pressão ventralmente no períneo. Os dedos médio, anelar e mínimo estão flexionados exercendo pressão, mas é o dedo médio que produz a maior parte do suporte; 5. Usar a mão não dominante para controlar a velocidade de saída da cabeça; 6. Utilizar a mão não dominante para facilitar a extensão da cabeça e não manter sua flexão

- **Assistir no parto (s/horário)**

Atividades que concretizam a intervenção:

- Assistir na expulsão fetal: facilitar a exteriorização dos ombros - O mecanismo de restituição faz com que os ombros fiquem numa posição ântero-posterior. Se a expulsão completa do feto não se der espontaneamente, pode-se facilitar a exteriorização dos ombros. 1. facilitar a exteriorização do ombro anterior: colocar uma mão aberta sobre o parietal anterior e a outra no parietal posterior, com os dedos em “forma de garra”, junto do pescoço, e exercer uma ligeira pressão para baixo de modo a libertar o ombro anterior da sínfise púbica; 2. facilitar a exteriorização do ombro posterior: mantendo as mãos na mesma posição, efetuar movimento suave elevando a cabeça de modo que o ombro posterior se exteriorize sobre o períneo.

- **Referenciar compromisso da evolução do trabalho parto e bem-estar fetal ao médico (s/horário)**

A avaliação do bem-estar fetal foi avaliada continuamente através da CTG, sendo que a Ana Rita teve um traçado normal ao longo do TP.

O segundo estadio do TP inicia-se com a dilatação completa do colo do útero e termina com a expulsão do recém-nascido. Este estadio pode ser subdividido em duas fases distintas: uma fase latente, em que a mulher atinge os 10 centímetros

de dilatação, mas ainda não manifesta vontade ativa de empurrar, e uma fase ativa, caracterizada pela presença de reflexo expulsivo e pela participação ativa da mulher no esforço de expulsão. Esta vontade de empurrar surge em resposta ao reflexo de Ferguson, um reflexo neuroendócrino desencadeado pela pressão da apresentação fetal sobre o canal vaginal, que estimula a libertação de ocitocina e induz contrações mais intensas e coordenadas. Esta distinção tem implicações na vigilância e nas decisões clínicas, pois nem todas as mulheres iniciam de imediato a fase ativa, podendo beneficiar de um período de latência sem necessidade de intervenção (Cunningham et al., 2020; ACOG, 2024b).

Durante este estadio, o feto percorre o canal de parto através de um conjunto de movimentos sequenciais, conhecidos como mecanismos do parto. Estes incluem o encaixe da apresentação fetal no estreito superior da pelve, a descida progressiva ao longo do canal de parto, a flexão da cabeça para otimizar os diâmetros cefálicos, a rotação interna para adaptar a apresentação ao eixo pélvico, a extensão da cabeça à medida que emerge pelo períneo, a rotação externa (ou restituição) e, finalmente, a expulsão do corpo fetal (Graça, L. (2017). A posição fetal, a forma e dimensões da pelve materna, a força contráctil uterina e a postura da mulher são fatores que influenciam a eficácia destes mecanismos.

Pelas 12 horas, a Ana Rita referiu que sentia vontade de realizar esforços expulsivos, encontrando-se portanto, na fase ativa do segundo estadio de TP. Dado isto, foi novamente incentivada a adotar as posições em que se sentisse mais confortável. A sala de partos continuava com baixa luminosidade, música ambiente escolhida pelo casal e no quarto apenas estavam quatro pessoas (a Ana Rita, o Augusto, eu e uma EE-ESMO). Nesta fase, era perceptível a necessidade de silêncio e por isso garantiu-se que havia o mínimo de ruído possível no quarto, permitindo à Ana Rita conectar-se consigo própria, conectar-se com o Augusto e perceber “o que o corpo lhe pedia”. A Ana Rita adotou, maioritariamente, duas posições, alternando entre uma posição de quatro apoios em cima da cama e decúbito lateral, sempre de acordo com aquilo que era mais confortável para si naquele momento e aproveitando as pausas das contrações para descansar. Manteve a ingestão de água e solicitou ao Augusto que lhe fosse buscar a sua ventoinha portátil.

Segundo a ACOG (2024a), a fase ativa do segundo estadio, correspondente aos esforços expulsivos, pode durar até três horas em mulheres primigestas sem analgesia epidural, desde que exista progresso contínuo e bem-estar materno-fetal. Esta definição baseia-se nos dados de Zhang et al. (2010), que identificaram 2,8 horas como o valor do percentil 95 para a duração dos esforços expulsivos neste grupo. Em contextos fisiológicos bem acompanhados, a fase ativa pode ser mais breve, especialmente quando se recorrem a posições verticalizadas, mobilização livre e apoio contínuo por parte da equipa de enfermagem. A compreensão desta fase permite ao EE-ESMO intervir de forma adequada, facilitando a rotação e descida fetal com recurso a posições facilitadoras, promovendo a autonomia da mulher e respeitando o seu ritmo individual. Este apoio é crucial para favorecer um parto eutócico, seguro e respeitador, valorizando as escolhas previamente manifestadas e promovendo o controlo e a confiança da mulher durante esta etapa tão exigente do processo de nascimento. Assim, este conhecimento do que é expectável no segundo estadio do TP permitiu a equipa esperar, segura de que tudo estava a desenrolar-se precisamente da forma como seria expectável.

Relativamente à intervenção “Implementar medidas de proteção do períneo”, após atingida a dilatação completa e com o consentimento da Ana Rita, foi realizada uma massagem perineal suave em forma de U, durante o tempo em que se percebeu ser confortável para a Ana Rita (cerca de 10 minutos). Para além disso, no momento do coroamento da cabeça fetal, colocou-se compressas com água quente (assegurando que a temperatura era adequada à sensibilidade da Ana Rita) nas zonas do clítoris, uretra, fúrcula e região perianal, promovendo a vasodilatação local, com consequente aumento da distensibilidade do períneo, favorecendo o relaxamento muscular e a gestão da dor.

A integridade do períneo durante o segundo estágio do TP constitui uma preocupação relevante na prática clínica, dadas as repercussões físicas, funcionais e psicológicas das lacerações graves. A OMS (2018) recomenda que, sempre que culturalmente aceitável e de acordo com a escolha da mulher, sejam implementadas medidas de proteção perineal, incluindo a aplicação de compressas quentes, a massagem perineal e o suporte manual controlado (*hands-on*), com o

objetivo de reduzir a tensão tecidual e favorecer uma expulsão gradual da cabeça fetal.

A aplicação de compressas quentes no períneo, durante a fase final do segundo estadio, apresenta evidência de qualidade moderada no que respeita à redução do risco de lacerações de 3.º e 4.º grau, ao aumento da probabilidade de períneo intacto e ao alívio da dor perineal no pós-parto imediato (Aasheim et al., 2017; Sun et al., 2024). Em alguns ensaios clínicos, esta intervenção foi implementada quando a cabeça fetal estava visível ou prestes a coroar, favorecendo a vasodilatação local e a elasticidade tecidual (Aasheim et al., 2017; Sun et al., 2024). Quanto às técnicas manuais de suporte (*hands-on*), que envolvem o controlo da velocidade de coroamento e a aproximação da fúrcula para apoiar os tecidos perineais, uma revisão sistemática realizada por Pierce-Williams et al. (2019) não encontrou benefícios claros desta técnica relativamente à abordagem *hands-off*. Nesta revisão concluiu-se que a incidência de lacerações graves (3.º e 4.º grau) foi semelhante entre *hands-on* e *hands-off* (1,5 % *versus* 1,3 %), mas verificou-se um aumento significativo de lacerações de 3.º grau (2,6 % *versus* 0,7 %) e de episiotomias (13,6 % *versus* 9,8 %) no grupo *hands-on*. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na taxa de períneo intacto ou de lacerações de outros graus.

Como referido anteriormente, nesta fase ativa do segundo estadio de TP assistiu-se a Ana Rita a adotar as posições que se sentia mais confortável, sendo que, numa fase final, a parturiente optou por se manter em decúbito lateral esquerdo. O Augusto, mantinha-se ao seu lado, voltado para a sua face, de mão dada, e auxiliava a Ana Rita a fletir a perna direita, providenciando apoio do membro inferior elevado, enquanto ela realizava esforços expulsivos. Nos momentos de pausa da contração/esforço expulsivo, a Ana Rita colocava a perna em repouso, apoiando-se numa perneira.

Através de observação foi possível constatar que a apresentação fetal já se encontrava do 3.º para 4.º plano de Hodge. Posteriormente, executou-se a intervenção “Assistir no parto”. Para tal, preparou-se o material necessário para a assistência ao parto e questionou-se a Ana Rita se desejava tocar na cabeça do

Vasco, ao que respondeu afirmativamente. Manteve-se o reforço positivo e o elogio do desempenho, no entanto, sempre assegurando que não se interferia no ambiente criado pelo casal. Questionou-se ainda a Ana Rita se gostaria de visualizar a saída da cabeça do Vasco através de um espelho, ao que respondeu afirmativamente, tendo continuado a realizar esforços expulsivos. Durante a saída da cabeça, executou-se a técnica “*hands on*”, ou seja, posicionou-se a mão dominante sobre o períneo, com o primeiro e segundo dedos nas laterais da fúrcula, de forma a promover a sua aproximação e reduzir a tensão. Com a mão não dominante, controlou-se a velocidade de expulsão da cabeça, enquanto se utilizou a mão dominante para auxiliar na sua extensão. Após a exteriorização da cabeça solicitou-se à Ana Rita que suspendesse esforços expulsivos e verificou-se a presença de circular cervical do cordão, através da introdução do dedo médio e indicador na região cervical do feto, verificando-se a inexistência de circular cervical. Aguardou-se pela restituição e auxiliou-se a saída do ombro anterior, através de uma ligeira tração no sentido descendente e para fora, e de seguida, assistiu-se na exteriorização do ombro posterior, com a colocação da mão esquerda, mantendo a mão direita a apoiar o períneo. Após a saída dos ombros, questionou-se a Ana Rita se desejava segurar o seu filho, tendo esta colocado as mãos junto ao períneo para o receber e trazê-lo até ao seu abdómen.

Numa fase seguinte, tendo em conta o “Diagnóstico: Nascimento”, implementaram-se intervenções com o objetivo de “Promover a adaptação à vida extrauterina do feto”, como se pode verificar no Quadro 22.

Quadro 22. Adaptação do Vasco à vida extrauterina

DOMÍNIO: PARTO	
Dados: - Hora do nascimento: 13h05 min - Tipo de parto: eutócico	
DIAGNÓSTICO: NASCIMENTO	
Objetivo: - Promover a adaptação à vida extrauterina do feto	Critérios de resultado: - Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante a adaptação do feto à vida extrauterina
Intervenções: • Gerir ambiente (s/horário) - Temperatura entre os 25-28°C;	

- Níveis de ruído e luminosidade mínimos. • Executar estimulação tátil (s/horário) - No dorso, enquanto se realiza a secagem, com movimentos suaves. • Executar técnica de pele com pele (s/horário) - 1. Secar/limpar o Vasco e estimular respiração. - 2. Assistir no posicionamento da Ana Rita e do Vasco: Posição da Ana Rita: semi-sentada (reclinada), com o peito despido; posição do Vasco: decúbito ventral sobre o peito da mãe com a cabeça lateralizada e ligeiramente acima das mamas, despido. - 3. Secar melhor o recém-nascido, exceto as mãos. - 4. Executar clampeamento do cordão umbilical [13h07]: Aguardar mais de 1 minuto para clampar o cordão com um clamp descartável a cerca de 3-4 centímetros do abdómen fetal; Colocar pinça de Kocher afastada do clamp, cerca de 1-2 centímetros; Permitir ao Augusto cortar o cordão entre o clamp e a pinça de Kocher. - 5. Tapar a cabeça do Vasco com um gorro e cobrir o resto do corpo com lençol aquecido, deixando o rosto exposto. - 6. Substituir gorro e/ou lençol se húmidos. - 7. Avaliar evolução dos 9 estádios do contacto pele com pele. - 8. Avaliar (e documentar) a respiração, coloração, tónus muscular e posição do recém-nascido a cada 15 minutos. -9 Incentivar a amamentação na primeira hora de vida. • Avaliar primeira mamada (s/horário) • Avaliar Índice de Apgar ao 1.º, 5.º e 10.º minuto • Administrar vitamina K (SOS) - (1 mg intramuscular, no terço médio do músculo vasto lateral externo do membro inferior esquerdo) • Monitorizar dados antropométricos: Peso, Comprimento, Perímetro cefálico (SOS) • Colocar pulseiras de identificação do recém-nascido (SOS) • Vestir o Vasco (SOS)
Dados de avaliação: Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 9. Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 10. Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10. - Dados antropométricos do Vasco: Peso 3400 gramas; Comprimento 49 centímetros; Perímetro cefálico 36,5 centímetros

As intervenções do EE-ESMO implementadas foram orientadas para promover e facilitar a adaptação do Vasco à vida extrauterina, respeitando as recomendações nacionais e internacionais para a transição neonatal segura. A adaptação à vida extrauterina corresponde ao conjunto de alterações fisiológicas e comportamentais que ocorrem imediatamente após o nascimento, permitindo que o recém-nascido passe de uma respiração dependente da placenta para uma ventilação pulmonar

autónoma e que mantenha a homeostase em resposta ao novo meio ambiente (Wyckoff et al., 2020). Este processo envolve a transição cardiorrespiratória, a termorregulação, a adaptação metabólica e a reorganização sensorial e comportamental, sendo determinante para a sobrevivência e para um início de vida saudável (OMS, 2018).

Relativamente à intervenção “Executar estimulação tátil”, esta foi realizada com o intuito de desencadear respostas fisiológicas adaptativas, nomeadamente a estimulação respiratória, a ativação do tónus muscular e a promoção da circulação eficaz. A estimulação tátil foi efetuada no dorso, com movimentos suaves, enquanto se realizava a secagem, favorecendo também a prevenção da hipotermia através da remoção da humidade cutânea. Este procedimento simples e não invasivo encontra suporte na evidência que demonstra que o toque suave e contínuo no período neonatal imediato contribui para a estabilização cardiorrespiratória e para a redução da resposta ao *stress* (OMS, 2018).

A gestão do ambiente foi assegurada, reduzindo estímulos sonoros e luminosos e garantindo temperatura adequada na sala de partos, de forma a favorecer a estabilidade térmica e o conforto do recém-nascido. Após a expulsão fetal, foi realizada a avaliação do índice de Apgar ao 1.º, 5.º e 10.º minuto, contemplando cinco parâmetros: coloração da pele, frequência cardíaca, irritabilidade reflexa, atividade muscular e respiração. Cada parâmetro recebeu uma pontuação entre 0 e 2, perfazendo um total de 0 a 10 pontos, sendo que resultados inferiores a 7 requerem intervenção imediata (American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn & ACOG, 2015). Esta avaliação seriada permite monitorizar a adaptação cardiorrespiratória e neurológica do recém-nascido e orientar a tomada de decisão clínica de forma precoce.

O contacto pele com pele imediato e contínuo foi incentivado e mantido durante a *golden hour*, período crítico nos primeiros 60 minutos de vida do recém-nascido. Este contacto está associado a benefícios significativos, nomeadamente maior estabilidade térmica, frequência cardíaca e respiratória regular, saturação periférica de oxigénio adequada, redução do choro e promoção da colonização bacteriana protetora da microbiota materna (OMS, 2020). Para além disso, constitui uma

oportunidade única para reforçar a ligação afetiva precoce e facilitar o início da amamentação exclusiva. Durante esta fase, observam-se os nove estádios comportamentais descritos por Widström et al. (2019): choro ao nascimento, relaxamento, despertar, atividade, rastejar, familiarização, sucção, saciedade e sono profundo. O respeito pela sequência destes estádios potencia a autorregulação do recém-nascido e contribui para uma experiência positiva tanto para a mãe como para o bebé.

O Vasco manteve-se em contacto pele com pele durante a primeira hora de vida, de forma a favorecer a estabilidade térmica e a transição para os comportamentos inatos associados à amamentação (OMS, 2020). Durante este período, avaliou-se de 15 em 15 minutos a respiração, coloração, tónus muscular e posição do recém-nascido, assegurando a adaptação cardiorrespiratória e neurológica. Esta vigilância sistemática permite garantir que o contacto pele com pele decorre em segurança e possibilita a identificação precoce de sinais de instabilidade clínica, como apneia, cianose ou hipotonia, que constituem indicadores de compromisso vital (OMS, 2018). Foi igualmente avaliada a primeira mamada, verificando-se a prontidão para a sucção eficaz, a coordenação sucção-deglutição-respiração e a resposta materna ao início da amamentação. A observação deste momento, enquadrado nos estádios comportamentais descritos por Widström et al. (2019), é considerada um marcador essencial da transição neonatal saudável e encontra suporte nas recomendações da OMS, que salientam a importância da amamentação precoce na primeira hora de vida para a melhoria da sobrevivência neonatal e para o sucesso da amamentação exclusiva (OMS, 2020).

No que respeita ao clampeamento do cordão umbilical, foi realizada a técnica de clampeamento tardio, conforme recomendado pela OMS (2020) e pela ACOG (2020), que sugerem não clampar antes do primeiro minuto após o nascimento, sempre que a situação clínica o permita. Este atraso permite a transfusão placentária de aproximadamente 80 a 100 mL de sangue da placenta para o recém-nascido, aumentando a volémia neonatal, elevando os níveis de hemoglobina e garantindo reservas de ferro adequadas para os primeiros meses de vida, fatores que contribuem para o desenvolvimento neurológico e para a prevenção da anemia infantil (McDonald et al., 2013).

Enquanto o Vasco permanecia em contacto pele com pele com a mãe, iniciou-se o terceiro estágio do TP, correspondente ao período de dequitação, isto é, à expulsão da placenta e das membranas ovulares. Este estadio inicia-se imediatamente após a expulsão fetal e termina com a dequitação completa, tendo uma duração variável entre 5 e 30 minutos (Cunningham et al., 2020). A separação placentária pode ocorrer segundo dois mecanismos clássicos: o mecanismo de Schultze, mais frequente, em que a placenta se descola centralmente com formação de um hematoma retroplacentário e exteriorização fetal da placenta, e o mecanismo de Duncan, menos comum, em que a separação é marginal, ocorrendo exteriorização materna da placenta (Graça, 2017).

Durante esta fase, as intervenções do EE-ESMO, que serão sintetizadas no Quadro 23, centra-se na vigilância rigorosa dos sinais fisiológicos de descolamento placentário, que incluem a saída súbita de sangue, o alongamento do cordão umbilical e a ascensão do fundo uterino. Estes sinais são indicadores de separação completa da placenta e permitem confirmar a progressão adequada do terceiro estadio. Além disso, é realizada a avaliação do estado hemodinâmico materno (pressão arterial, pulso e coloração cutânea), assegurando uma intervenção precoce perante qualquer sinal de instabilidade. A quantificação rigorosa das perdas hemáticas e a palpação do fundo uterino são indispensáveis para confirmar a retração eficaz e prevenir complicações, nomeadamente a atonia uterina, que é uma das principais causas da hemorragia pós-parto (Graça, 2017; OMS, 2018; NICE, 2023).

Quadro 23. Terceiro estadio do trabalho de parto [Ana Rita]

DIAGNÓSTICO: TRABALHO DE PARTO	
Objetivo: - Facilitar dequitação: gestão ativa	CrITÉRIOS de resultado: - Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações do terceiro estadio de TP;
Intervenções: • Assistir na expulsão da placenta: gestão ativa (s/horário) Atividades que concretizam a intervenção: - Realizar tração controlada do cordão umbilical: 1. Colocar uma mão acima do nível da sínfise púbica, aplicando contrapressão numa direção ascendente, estabilizando assim o útero durante a tração. Não manipular o útero; 2. Com o início da forte contração uterina (2-3 minutos após a administração do ocitócico), puxar para baixo no cordão seguindo a direção do canal de parto até que a placenta apareça na vulva.	

Mantenha a contrapressão no útero; 3. Durante a tração, observar sinais de separação da placenta: alongamento do cordão e uma pequena quantidade de perda de sangue. O fundo uterino ficará arredondado e menor. Quando a placenta é visível no introito: 1. Libertar a tração do cordão; 2. Libertar a contra-tração no fundo uterino; 3. À medida que a placenta se exterioriza:

- Executar Manobra de Dublin - segurar a placenta com as duas mãos e gentilmente girá-las até que as membranas estejam torcidas. Puxar lentamente até à expulsão completa. Usar um movimento para cima e para baixo ou um movimento de torção para facilitar a saída das membranas da vagina lentamente.

- **Administrar fármacos uterotónicos (s/horário)**

Atividade que concretiza:

- 10 UI diluídas em 1000 ml de soro a um ritmo de 250ml/h de forma a diminuir o risco de hemorragia pós-parto.

- **Examinar a placenta e as membranas quanto à completude (S/horário)**

Atividade que concretiza:

Inspecionar placenta, cordão umbilical e membranas: 1. Colocar placenta na mesa de parto; 2. Com compressas esterilizadas, limpar a face materna da placenta, removendo os coágulos, de forma a assegurar que não houve retenção de fragmentos ou cotilédones; 3. Observar forma, tamanho e bordos da placenta, a fim de detetar vasos ou cotilédones aberrantes e a inserção da mesma; 4. Observar membranas fetais, verificando se tem dois folhetos (amnion e córion) e reconstituir a câmara âmnica; 5. Observar inserção e característica do cordão umbilical, nomeadamente existência de duas artérias e uma veia, presença de anomalias, como nós verdadeiros ou falsos, comprimento e presença da geleia de Wharton.

- **Inspecionar canal de parto (s/horário)**

Atividades que concretizam a intervenção:

- Se necessário colocar compressa no canal de parto de forma a realizar hemóstase e permitir melhor inspeção
- Começar a observar desde o clitóris e visualizar meato urinário, pequenos lábios e carúnculas;
- Remover compressa.

- **Monitorizar sinais vitais (s/horário)**

- **Referenciar compromisso da evolução do trabalho parto ao médico (SOS)**

Atividades que concretizam a intervenção:

- Referenciar se a placenta e membranas permanecerem in situ após 30 minutos.

Dados de avaliação:

- Hora da dequitação: 13h20
- Mecanismo de descolamento da placenta: Shultz
- Tipo de inserção do cordão umbilical na placenta: central
- Número de vasos: 2 artérias e 1 veia
- A Ana Rita apresenta uma laceração perineal de 1º grau

O terceiro estadio do TP pode decorrer de forma fisiológica ou ser conduzido segundo a gestão ativa, preconizada pela OMS (2018) e reforçada pela NICE (2023) como medida eficaz na prevenção da hemorragia pós-parto. No caso da Ana

Rita, foi realizada gestão ativa do terceiro estadio do TP. Esta abordagem inclui a administração profilática de ocitocina logo após a expulsão fetal e a tração controlada do cordão umbilical. A massagem uterina não é realizada de forma rotineira quando é administrada ocitocina, devendo avaliar-se o tônus uterino e massajar apenas em caso de atonia (Begley et al., 2019; OMS, 2018).

Após a expulsão da placenta, foi avaliada criteriosamente a sua integridade, verificando se os cotilédones se apresentavam completos, se as membranas estavam preservadas e se o cordão umbilical apresentava com a inserção e número de vasos adequados. Foi ainda confirmada a formação do globo de segurança de Pinard, sinal de retração uterina eficaz. O útero encontrava-se contraído, peri-umbilical, e a perda sanguínea era escassa e sem coágulos. A Ana Rita encontrava-se hemodinamicamente estável (PA: 120/83 mmHg; FC: 89 bpm).

Diagnóstico: Puerpério

Concluído o terceiro estágio do TP, iniciou-se o período de pós-parto imediato (Quadro 24), definido como as primeiras duas horas após a dequitação. Esta definição é consensual na literatura e nas orientações clínicas, sendo descrita por Graça (2017), pela OMS (2018) e pela *Norma Orientadora n.º 003/2016* da Ordem dos Enfermeiros, que identificam este intervalo como o mais crítico para a ocorrência de complicações, em particular a hemorragia pós-parto. Assim, a Ana Rita permaneceu na sala de partos sob vigilância contínua do EE-ESMO, assegurando a deteção precoce de alterações e a implementação de intervenções imediatas.

Quadro 24. Pós-Parto Imediato [Ana Rita]

DOMÍNIO: PÓS-PARTO	
Dados: - Hora do nascimento: 13h05 min - Tipo de parto: eutócico - Hora da dequitação: 13h20 min - Estado do períneo: laceração perineal de 1º grau - Perda sanguínea vaginal: moderada	
DIAGNÓSTICO: PUERPÉRIO	
Objetivo: - Determinar a evolução da recuperação pós-parto	Critérios de resultado: - Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o pós-parto;

- Promover recuperação pós-parto - Promover cicatrização da laceração e alinhamento anatómico	- Que a integridade dos tecidos afetados da puérpera seja reparada através de sutura da ferida e obtenha a função normal do períneo.
Intervenções: • Avaliar evolução da recuperação pós-parto (SOS) - Vigiar coloração, quantidade e cheiro dos lóquios; - Vigiar involução uterina; • Monitorizar sinais vitais (15 em 15 minutos na primeira hora e de 30 em 30 minutos na segunda) • Executar perineorrafia (s/horário) Atividades que concretizam a intervenção: Explicar o procedimento e solicitar o consentimento. 1) Preparar o material - Foco de luz: é essencial ter uma boa iluminação que deve ser capaz de iluminar dentro da vagina; Proteção para garantir o controlo de infeção: Campos esterilizados para proteção das zonas adjacentes à zona a suturar; Bata e luvas esterilizadas; Compressas esterilizadas; Para a lavagem do períneo: água destilada ou soro fisiológico; Material para a sutura: 1 pinça de dissecação simples, 1 porta-agulhas, 1 tesoura pontas redondas. Material para anestesia local - 1 seringa de 5 mililitros; 1 agulha endovenosa; 1 agulha intramuscular e lidocaína a 2%; 2) Inspeccionar canal de parto (s/horário): Avaliar da extensão do trauma perineal para determinar as estruturas envolvidas, através de uma revisão cuidadosa: Externa: sempre de cima para baixo, começar pelo clitóris, grandes lábios maiores, pequenos lábios; Interna: vagina, para identificar o vértice da lesão; O esfíncter anal deve ser avaliado com toque retal para identificar possíveis lesões do mesmo, tendo o cuidado de trocar de luvas antes de iniciar a sutura; Se identificada uma laceração do colo do útero ou perineal de 3.º ou 4.º grau, referenciar ao médico obstetra. 3) Reparar os tecidos afetados, em função do trauma identificado: Adequar a luminosidade (foco de luz); Posicionar a puérpera de forma confortável, em posição de litotomia, de forma que o períneo possa ser visualizado adequadamente; Higienizar o períneo, com água bidestilada/soro fisiológico (preferencialmente ligeiramente aquecido); Colocar bata / avental; Lavar as mãos; Secar as mãos com compressa estéril; Calçar luvas esterilizadas; Realizar antisepsia do períneo; Dispor os campos esterilizados de proteção em torno do períneo; Reinspeccionar o canal de parto. 4) Administrar anestesia local: Infiltração local por planos, ao longo dos bordos da lesão: seringa de 5 centímetros cúbicos, 1 agulha endovenosa e 1 agulha intramuscular e lidocaína a 2%. Não exceder o volume total de 5 centímetros cúbicos. 5) Executar técnica de perineorrafia em planos: sutura contínua simples da mucosa vaginal com fio absorvível <i>Vicryl Rapide</i> 2-0 e pontos separados simples na pele do períneo com fio absorvível <i>Vicryl Rapide</i> 3-0 • Inspeccionar o canal de parto (s/horário) - Garantir que foi restaurada a integridade dos tecidos afetados, com alinhamento anatómico correto e assegurada uma correta hemostase. • Retirar o tampão vaginal caso tenha sido colocado. • Realizar cuidados perineais (s/horário) • Administrar analgésicos (SOS)	

• Executar crioterapia (s/horário) • Referenciar compromisso da recuperação pós-parto ao médico (SOS)
Dados de avaliação: [13h30] - Contração do útero pós-parto: útero contraído - Perda sanguínea vaginal: moderada - Involução uterina: nível peri-umbilical - Tensão arterial: 130/70 mmHg - Frequência cardíaca: 75 bpm - Temperatura: 37,2°C [13h45] - Contração do útero pós-parto: útero contraído - Perda sanguínea vaginal: moderada - Involução uterina: nível peri-umbilical - Tensão arterial: 125/69 mmHg - Frequência cardíaca: 80 bpm - Temperatura: 37,0°C [14h00] - Contração do útero pós-parto: útero contraído - Perda sanguínea vaginal: moderada - Involução uterina: nível peri-umbilical - Tensão arterial: 120/70 mmHg - Frequência cardíaca: 73 bpm - Temperatura: 37,0°C [14h15] - Contração do útero pós-parto: útero contraído - Perda sanguínea vaginal: moderada - Involução uterina: nível infra-umbilical - Tensão arterial: 123/65 mmHg - Frequência cardíaca: 75 bpm - Temperatura: 37,0°C [14h45] - Contração do útero pós-parto: útero contraído - Perda sanguínea vaginal: escassa - Involução uterina: nível infra-umbilical - Tensão arterial: 123/65 mmHg - Frequência cardíaca: 75 bpm - Temperatura: 36,7°C [15h15] - Contração do útero pós-parto: útero contraído - Perda sanguínea vaginal: escassa - Involução uterina: nível infra-umbilical - Tensão arterial: 121/65 mmHg - Frequência cardíaca: 73 bpm - Temperatura: 36,7°C

Seguidamente, procedeu-se à inspeção do canal de parto e do períneo, com o objetivo de identificar lacerações que pudessem necessitar de reparação. No caso em análise, a laceração foi classificada como de 1.º grau, envolvendo o epitélio

vaginal, a pele do períneo e o tecido celular subcutâneo, sem comprometimento da musculatura perineal. Após anestesia local com infiltração por planos ao longo dos bordos da lesão, utilizando uma seringa de 5 centímetros cúbicos, uma agulha endovenosa e uma agulha intramuscular, com lidocaína a 2%, procedeu-se à reparação de acordo com a técnica de perineorrafia em planos, limitada às estruturas atingidas. Assim, realizou-se sutura contínua simples da mucosa vaginal com fio absorvível *Vicryl Rapide* 2-0 e pontos separados simples na pele do períneo com fio absorvível *Vicryl Rapide* 3-0, garantindo a aproximação dos bordos e a hemostase adequada (ACOG, 2018). Após executada a perineorrafia, foi novamente inspecionado o canal de parto para garantir que foi restaurada a integridade dos tecidos afetados, com alinhamento anatómico correto e assegurada uma correta hemostase. Por fim, foram realizados cuidados perineais e executada crioterapia.

Durante todo o processo, manteve-se a vigilância do estado hemodinâmico materno, da contratilidade uterina e da perda hemática, assegurando a deteção precoce de complicações. A vigilância materna incluiu a avaliação seriada dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura, dor), de 15 em 15 minutos na primeira hora e de 30 em 30 minutos na segunda, conforme recomendado pela OMS (2018). Durante o período pós-parto, como podemos verificar nos dados de avaliação descritos no quadro acima, A Ana Rita manteve-se hemodinamicamente estável. Simultaneamente, protegeu-se a *golden hour* através da manutenção do contacto pele com pele ininterrupto, permitindo que o Vasco percorresse os diferentes estádios comportamentais descritos por Widström et al. (2019), culminando no início espontâneo da amamentação. Após este período, e mantendo-se em contacto com a Ana Rita, foi administrada vitamina K intramuscular ao Vasco, cumprindo a recomendação da Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2023), com o objetivo de prevenir a doença hemorrágica do recém-nascido, decorrente da imaturidade hepática e da escassez de reservas desta vitamina ao nascimento.

A Ana Rita amamentou o Vasco durante aproximadamente duas horas e manteve-se com ele em contacto pele com pele. Ao fim desse tempo, e com o consentimento da Ana Rita e do Augusto, executou-se as intervenções “Monitorizar dados

antropométricos: Peso, Comprimento, Perímetro cefálico”, “Colocar pulseiras de identificação do recém-nascido” e “Vestir o Vasco”. Posteriormente, o Augusto pegou no Vasco ao colo.

Neste período, a intervenção do EE-ESMO centrou-se em garantir estabilidade hemodinâmica, prevenir complicações e assegurar um pós-parto imediato seguro, respeitando simultaneamente a fisiologia do nascimento e as recomendações nacionais e internacionais. No final do período de vigilância, a Ana Rita foi transferida para o serviço de obstetrícia. A informação relevante foi transmitida por contacto telefónico à enfermeira do internamento de puerpério, assegurando a continuidade de cuidados, e a puérpera foi acompanhada na transferência pela Técnica Auxiliar de Saúde.

5.2.2. Contributos da análise do caso clínico para o desenvolvimento de competências

[Bloco de Partos I]

O acompanhamento da Ana Rita no TP e pós-parto imediato foi determinante para o desenvolvimento de competências como futura EE-ESMO e permitiu articular conhecimentos, competências instrumentais e relacionais. Este percurso confirmou que a atuação especializada não se limita à execução de intervenções, mas também à capacidade de reconhecer quando a melhor decisão é proporcionar espaço e confiança para que a mulher se aproprie do processo.

Uma das aprendizagens mais significativas foi perceber que, muitas vezes, é preciso “saber muito para não fazer nada”. A Ana Rita encontrou intuitivamente posições que favoreceram a descida e rotação fetal e que lhe proporcionaram maior capacidade para lidar com a dor, demonstrando a relevância da mobilidade materna e da livre escolha de posições, estratégias amplamente recomendadas pela OMS como facilitadoras da evolução fisiológica do trabalho de parto e promotoras de

uma experiência positiva. Neste caso, o papel do EE-ESMO consistiu em apoiar essa autonomia, reforçando a autoeficácia, validando escolhas e garantindo condições clínicas seguras, como está preconizado no *Regulamento n.º 391/2019* da Ordem dos Enfermeiros, que sublinha a importância de respeitar a autonomia da mulher e de assegurar a vigilância clínica da díade.

Os ganhos em saúde observados confirmam a pertinência das intervenções implementadas e a sua consonância com a evidência científica. A rotação espontânea da apresentação OP para OA e a progressão regular do TP evidenciam o impacto da mobilidade materna. A laceração de 1.º grau observada evidencia a eficácia das medidas de proteção perineal, como a aplicação de compressas mornas, reconhecidas pela literatura como eficazes na redução de lacerações graves e em consonância com os PQCEESMO (MCEESMO, 2021), que reforçam a necessidade de estratégias dirigidas à prevenção do trauma perineal. No período pós-natal imediato, a adaptação neonatal adequada, o clampeamento tardio do cordão umbilical, o contacto pele com pele e o início precoce da amamentação traduziram ganhos consistentes, associados a melhores reservas de ferro no recém-nascido, maior estabilidade cardiorrespiratória e aumento da probabilidade de manutenção do aleitamento materno exclusivo, também preconizado nos PQCEESMO (2021), que atribuem ao EE-ESMO a responsabilidade de promover a saúde da díade através de práticas baseadas na evidência.

Assistir ao TP da Ana Rita foi mais do que acompanhar um processo fisiológico. Foi acompanhar uma mulher a encontrar o seu ritmo, a confiar na sua capacidade e a transformar o tempo do parto num tempo de poder. Neste sentido, este caso constituiu uma experiência significativa para o desenvolvimento de competências como futura EE-ESMO, traduzindo na prática os princípios defendidos pelo *Regulamento n.º 391/2019* da Ordem dos Enfermeiros (2019b), nomeadamente a prestação de cuidados diferenciados, centrados na mulher, baseados na melhor evidência e com profundo respeito pelos significados atribuídos ao nascimento.

A experiência no bloco de partos revelou-se, assim, profundamente formativa e transformadora. Permitiu-me confirmar que a identidade profissional do EE-ESMO se constrói na articulação entre conhecimento científico e sensibilidade humana, e

que o cuidar especializado se traduz em resultados concretos em saúde e em experiências de parto dignas e positivas.

5.3. Indução do trabalho de parto: caminhos e desafios do cuidar

“Caminhos e desafios do cuidar” reflete a experiência de Isabel, na sua segunda gravidez, submetida à indução do trabalho de parto. Diferente do seu parto anterior, que teve início de forma espontânea, este percurso foi marcado pela intervenção clínica, exigindo-lhe uma adaptação a novas rotinas, ritmos e decisões. Neste cenário, o EE-ESMO desempenha um papel essencial na promoção de cuidados simultaneamente seguros e humanizados, apoiando a mulher na compreensão do processo e no reforço da sua participação ativa na experiência de parto.

O segundo caso clínico que destaco no âmbito do *“Desenvolvimento de competências no cuidar a mulher durante o trabalho de parto”* dá continuidade à reflexão crítica sobre a prática desenvolvida no ensino clínico do Bloco de Partos. À semelhança do primeiro caso, a seleção desta situação fundamenta-se na sua relevância para a aquisição e consolidação de competências específicas do EE-ESMO, bem como pelo potencial de aprendizagem decorrente dos desafios que suscitou. A escolha deste caso prende-se, por um lado, com a elevada prevalência da ITP no hospital onde decorreu o estágio, o que o torna particularmente pertinente para análise crítica no contexto da prática clínica. Por outro lado, a experiência da Isabel, que na sua segunda gravidez foi submetida a este procedimento em contraste com o seu primeiro parto, iniciado de forma espontânea, possibilitou refletir, de forma comparativa, sobre a influência da indução na vivência do trabalho de parto.

Assim, destaco o caso da Isabel, uma grávida com 31 anos em processo de ITP, que deu entrada no bloco de partos por solicitação de analgesia epidural, pelas 13 horas. Tem 39 semanas e 2 dias de gestação, com índice obstétrico (IIG, IP). Apresenta gravidez de baixo risco e não tem história clínica de relevo. O grupo de sangue da Isabel é A, fator *Rhesus* positivo e o SGB é negativo. Não apresenta antecedentes clínicos relevantes, desconhece alergias medicamentosas ou alimentares e teve uma gravidez vigiada desde a quinta semana de gestação pela sua equipa de saúde familiar e pela sua médica obstétrica num hospital privado. Participou no programa de preparação para o parto e adaptação à parentalidade no seu centro de saúde, com o seu marido, o Júlio.

A ITP teve início às 9 horas, após administração de misoprostol, 25mcg, via vaginal. Foi executado toque vaginal às 13 horas com colo uterino firme e intermédio, 3 centímetros de dilatação e 50% de extinção. Pelas 14h30, administrada segunda dose de misoprostol, 25mcg, via vaginal, por contrações uterinas irregulares. O plano de cuidados que será apresentado de seguida é referente ao turno da tarde (14h00- 20h30), uma hora após a entrada da Isabel no Bloco de Partos. No início do turno da tarde a Isabel refere: *“Apesar de eu ter aceite a indução e ter colocado cateter epidural, que não fazia parte do planeado, gostaria de ter liberdade de movimentos. Quero poder caminhar e estar na bola de pilates, tal como estive no parto anterior. Disseram-me que seria possível mesmo com a analgesia epidural. No parto anterior não quis analgesia e entrei em trabalho de parto espontâneo. Achei que ia conseguir lidar bem com a dor das contrações, mas afinal não consegui. Tenho aqui comigo o plano de parto.”*

5.3.1. Da necessidade de cuidados às intervenções de enfermagem [Bloco de Partos

II]

A ITP corresponde à estimulação artificial das contrações uterinas com recurso a agentes farmacológicos ou mecânicos, de modo a desencadear o TP antes do seu início espontâneo (Graça, 2017). Quando realizada com prostaglandinas, é habitualmente utilizada para promover a maturação cervical. Esta intervenção exige do EE-ESMO não apenas a vigilância clínica rigorosa da segurança materno-fetal, mas também um acompanhamento próximo da experiência subjetiva da parturiente, através da implementação de medidas de conforto que respeitem a sua autonomia e preferências.

A literatura evidencia que a ITP pode estar associada a experiências menos positivas. Num estudo de coorte realizado na Finlândia, com mais de 18 000 mulheres, a ITP foi associada a um risco significativamente superior de experiência negativa do parto em comparação com o TP espontâneo (Adler et al., 2020). Resultados consistentes foram encontrados em França pelo estudo MEDIP, que concluiu que a maturação cervical com prostaglandinas ou métodos mecânicos esteve associada a maiores relatos de dor, desconforto vaginal e menor satisfação global, quando comparada com a indução realizada apenas com ocitocina (Blanc-Petitjean et al., 2021).

Domínio: Parto

Quando observada pela equipa médica, pelas 13 horas, verificou-se que Isabel apresentava o colo uterino com aproximadamente 50 % de extinção e 3 centímetros de dilatação, encontrando-se, por isso, na fase latente do primeiro estadio de TP Hutchison et al. (2025). Nesta fase, compete ao EE-ESMO consultar o plano de parto, quando existente, e informar a mulher e a sua pessoa significativa sobre as condições e regras do bloco de partos, promovendo uma comunicação clara e centrada nas preferências da mulher (DGS, 2024). O plano de parto foi analisado em conjunto com a Isabel e com o Júlio. A Isabel expressou claramente que,

inicialmente, tinha a intenção de lidar com a dor do TP através de ENF e que pretendia manter a ingestão de líquidos claros ao longo de todo o processo. Contudo, refere que, neste caso, já não estava a conseguir lidar com a dor e por isso solicitou analgesia epidural. Manifestou ainda o desejo de usufruir de liberdade de movimentos, de escolher a posição que considerasse mais confortável durante a fase expulsiva e recusou a realização de episiotomia. O casal referiu que, caso fosse possível, gostariam que o cordão umbilical fosse cortado pelo Júlio. Por fim, manifestaram a vontade de realizar contacto pele com pele com o Benjamim, assim como iniciar a amamentação na primeira hora de vida.

Domínio: Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica – Cateter Epidural

Como referido na descrição do caso clínico, a Isabel deu entrada no bloco de partos por solicitação de analgesia epidural, pelas 13 horas, procedimento que decorreu sem intercorrências no turno da manhã.

Entre as opções farmacológicas disponíveis para o alívio da dor no TP, a analgesia epidural constitui uma técnica amplamente utilizada, que consiste na administração de fármacos no espaço epidural, de modo a inibir a transmissão do impulso nervoso doloroso, e que deve ser disponibilizada às mulheres que a solicitem após adequada informação sobre benefícios e potenciais efeitos adversos (Graça, 2017; DGS 2024). Esta abordagem encontra respaldo na *Orientação n.º 002/2023 da DGS* (2024), que recomenda a avaliação sistemática da dor em todas as interações com a grávida, a informação clara sobre medidas não-farmacológicas e farmacológicas, e o contacto com Anestesiologia sempre que a mulher deseje analgesia farmacológica. De igual modo, a OMS (2018) recomenda a analgesia epidural como opção de alívio em mulheres saudáveis com baixo risco, enfatizando que, mesmo nestas condições, devem ser respeitadas a autonomia e a escolha informada.

Atualmente, durante o TP, recorre-se a técnicas com baixas concentrações de anestésicos locais combinados com opióides lipossolúveis, como o fentanil ou o sufentanil, de modo a assegurar uma analgesia eficaz com menor bloqueio motor. Esta combinação está na base da chamada *walking* epidural (Silva & Halpern,

2010). Entre os anestésicos locais disponíveis, a ropivacaína foi desenvolvida com o objetivo de proporcionar analgesia de longa duração com menor incidência de bloqueio motor e menor toxicidade cardiovascular e neurológica relativamente à bupivacaína, razão pela qual é frequentemente preferida (Silva & Halpern, 2010). Esta técnica favorece a mobilidade e a adoção de posições verticais, em consonância com as recomendações da OMS, que encoraja as mulheres, com ou sem epidural, a escolherem a posição de parto, incluindo posições verticalizadas (OMS, 2018). Além disso, durante a segunda fase do TP, recomenda-se que os esforços expulsivos sejam adiados entre uma a duas horas após a dilatação completa, ou até que a parturiente readquira sensibilidade e expresse vontade espontânea de empurrar, sempre que clinicamente seguro (OMS, 2018).

Apesar da sua eficácia, a analgesia epidural pode associar-se a efeitos adversos, nomeadamente hipotensão materna, prurido, náuseas e vômitos, bloqueio motor dos membros inferiores, cefaleia pós-punção dural e, mais raramente, complicações como hematoma ou abscesso epidural (Silva & Halpern, 2010).

No contexto de TP com analgesia epidural, como o caso da Isabel, a intervenção do EE-ESMO é central para a vigilância materna e fetal. A Isabel apresenta um cateter no membro superior esquerdo, sem sinais inflamatórios, que foi introduzido no turno da manhã, e por onde se encontrava a percorrer uma solução de Lactato de Ringer, para prevenção de hipotensão materna, de acordo com o protocolo hospitalar relativo à analgesia epidural. Após a administração de cada *bólus*, a pressão arterial e o pulso devem ser avaliados de cinco em cinco minutos durante os primeiros 10 a 20 minutos, passando depois para intervalos de 15 minutos. É igualmente necessária a avaliação do bloqueio sensitivo e motor, utilizando escalas apropriadas, como a de Bromage, e a vigilância da FCF por CTG contínua, conforme definido pela DGS (2024). O enfermeiro deve ainda monitorizar a temperatura materna e a diurese, incentivando a micção espontânea e avaliando a presença de globo vesical caso não ocorra eliminação em seis horas. A inspeção regular do local de inserção do cateter é fundamental para prevenir complicações infecciosas ou mecânicas.

Por fim, na *walking* epidural, é ainda importante a avaliação criteriosa da força muscular antes de permitir a mobilidade. O primeiro levante deve ser acompanhado pelo EE-ESMO, podendo ocorrer após a avaliação motora realizada 20 minutos após a administração do *bólus* e apenas quando a parturiente apresentar score 0 na Escala de Bromage, ou seja, quando é capaz de levantar, alternadamente, a perna estendida contra a gravidade, garantindo um ambiente seguro para prevenir quedas. Uma vez assegurada a estabilidade motora, a mobilidade pode e deve ser incentivada, promovendo os benefícios da verticalidade, como maior conforto materno, progressão mais fisiológica do parto e reforço da participação ativa da mulher.

A vigilância de enfermagem, neste contexto, não se limita ao controlo de parâmetros clínicos, mas estende-se à promoção da autonomia e da experiência positiva da parturiente, em alinhamento com as recomendações nacionais e internacionais.

Diagnóstico: Trabalho de Parto

Perante o diagnóstico de “Trabalho de Parto”, o EE-ESMO tem objetivos específicos de acordo com o estadio em que a grávida se encontra, sendo um deles determinar a evolução do TP e avaliar o bem-estar fetal. No quadro seguinte sintetiza-se a avaliação da evolução do TP e bem-estar fetal no início do turno da tarde (Quadro 25).

Quadro 25. Avaliação da evolução do trabalho de parto da Isabel e bem-estar fetal

DOMÍNIO: PARTO
Dados: - Posição do colo do útero: intermédia (segundo avaliação das 13h) - Extinção do colo do útero: 50% (segundo avaliação das 13h) - Consistência do colo do útero: firme (segundo avaliação das 13h) - Dilatação do colo do útero: 3 centímetros (segundo avaliação das 13h) - Frequência da contração uterina: 2 a 3 em cada 10 minutos - Duração da contração uterina: 45 segundos - Intensidade da contração: moderada - Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras - Posição fetal: esquerda - Apresentação fetal: cefálica - Variedade fetal: anterior

- Descida do feto: acima do 1º plano de Hodge - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas) - Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea - Dor de TP: apresenta dor grau 1 segundo a Escala numérica de avaliação da dor	
DIAGNÓSTICO: TRABALHO DE PARTO	
Objetivo: - Determinar evolução do TP e bem-estar fetal - Facilitar TP /nascimento	Critérios de resultado: - Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o TP e do bem-estar fetal;
Intervenções: • Avaliar evolução do TP e bem-estar fetal (s/horário) Atividades que concretizam a intervenção: - Avaliar bem-estar fetal, através da CTG contínua; Avaliar características da contração uterina, através da CTG contínuo e relato da grávida (frequência e duração); - Avaliar presença de Globo vesical; - Avaliar perda de líquido amniótico, através de observação; - Avaliar perda sanguínea vaginal, através de relato da grávida e/ou observação; • Monitorizar Sinais Vitais (SOS) • Incentivar repouso durante 1 h após administração de prostaglandinas (SOS) • Assistir no levante (SOS) • Promover a ingestão de líquidos (s/horário) • Promover escuta-ativa (s/horário) • Elogiar desempenho (s/horário) • Referenciar compromisso da evolução do trabalho parto e bem-estar fetal ao médico (SOS)	
Dados de avaliação: - Avaliar bem-estar fetal, através da CTG contínua: Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas) - Avaliar características da contração uterina, através da CTG e relato da grávida (frequência e duração): Frequência da contração uterina: 2 a 3 contrações uterinas em 10 minutos; duração da contração uterina: 45 segundos - Presença de Globo vesical: Ausente. Urinou no WC antes da colocação do cateter epidural - Avaliar perda de líquido amniótico, através de observação: membranas íntegras - Avaliar perda sanguínea vaginal, através de relato da grávida e/ou observação: sem perda sanguínea - Dor de TP: apresenta dor grau 1 segundo a Escala numérica de avaliação da dor	

A Isabel iniciou monitorização com CTG contínua, segundo protocolo hospitalar e que vai ao encontro da *Orientação n.º 002/2023 da DGS (2024)*, que refere que é da responsabilidade do EE-ESMO monitorizar a parturiente com recurso a CTG contínua externa, preferencialmente com recurso a telemetria, uma vez que

permitirá a liberdade de movimentos em simultâneo. Importa ainda referir que, segundo protocolo hospitalar, quando uma grávida é submetida a ITP através de prostaglandinas deve realizar CTG contínuo nos 30 minutos prévios à indução, bem como CTG durante uma hora após a administração de prostaglandinas. É também função do EE-ESMO incentivar o repouso durante uma hora após administração das prostaglandinas, monitorizar os sinais vitais e executar CTG contínua se contratilidade uterina regular. Em casos de taquissístolia e hipertonia uterinas, deve remover o método de ITP se possível e considerar tocólise emergente se necessário.

Na monitorização fetal contínua avaliam-se, de forma integrada, parâmetros essenciais como a linha de base, a variabilidade, as acelerações, as desacelerações e a atividade uterina (NICE, 2023). A FCF é considerada normal quando se situa entre 110 e 160 bpm. Valores superiores a 160 bpm definem taquicardia fetal, frequentemente associada a pirexia materna ou à resposta fisiológica à libertação de catecolaminas em fases iniciais de hipóxia não aguda. (Ayres-de-Campos et al., 2015).

Por sua vez, valores de FCF persistentemente abaixo de 110 bpm traduzem bradicardia fetal, que em alguns casos, como nos fetos pós-termo, pode situar-se entre 100 e 110 bpm sem associação a sofrimento agudo. Noutros casos, pode também indicar patologia cardíaca (Ayres-de-Campos et al., 2015). A variabilidade, correspondente às oscilações da FCF em torno da linha de base, é considerada normal entre 5 e 25 bpm, sendo a sua redução um possível indicador de hipóxia, acidose ou efeito de fármacos depressores do sistema nervoso central. As acelerações, caracterizadas por aumentos transitórios da FCF, são geralmente sinal de bem-estar fetal. As desacelerações, por sua vez, podem ser precoces, geralmente fisiológicas e relacionadas com a compressão cefálica; variáveis, decorrentes da compressão do cordão umbilical; ou tardias, associadas a possível insuficiência uteroplacentária (Ayres-de-Campos et al., 2015; Graça, 2017).

A causa mais frequente de desacelerações associadas a hipóxia ou acidose fetal é a atividade uterina excessiva. Nestes casos, como já referido acima, o protocolo hospitalar preconizava suspender a administração de ocitocina ou remover

prostaglandinas, quando presentes. Se a alteração se mantivesse, era administrado um tocolítico, nomeadamente salbutamol endovenoso (0,5 mg diluídos em 100 ml de soro fisiológico, em perfusão EV a 150 ml/hora durante 5 minutos), com vigilância da frequência cardíaca materna devido ao risco de taquicardia materna. Em simultâneo, recomendava-se à parturiente a posição em decúbito lateral, com o objetivo de reduzir a pressão aorto-cava e melhorar a oxigenação fetal (Ayres-de-Campos et al., 2015).

Neste enquadramento, a FIGO (2015) propõe três categorias de interpretação: traçado normal, quando a linha de base se encontra entre 110 e 160 bpm, a variabilidade é de 5 a 25 bpm e não existem desacelerações repetitivas, traduzindo ausência de hipóxia ou acidose; traçado suspeito, quando não se cumpre pelo menos um critério de normalidade sem características patológicas, o que implica baixa probabilidade de hipóxia ou acidose e necessidade de reforço da vigilância; e traçado patológico, quando existe elevada probabilidade de hipóxia ou acidose, como ocorre perante linha de base inferior a 100 bpm, variabilidade anómala inferior a 5 bpm ou superior a 25 bpm, padrão sinusoidal, desacelerações tardias ou prolongadas repetitivas, ou uma desaceleração única com duração superior a cinco minutos, situações que exigem intervenção imediata ou aceleração do parto (Ayres-de-Campos et al., 2015). O domínio destes parâmetros mostrou-se essencial para interpretar sistematicamente a CTG e permitir uma atuação célere perante sinais de alteração.

Pelas 14h30 foi administrada à Isabel a segunda dose de misoprostol, 25mcg, via vaginal, por contrações uterinas irregulares. Assim, foi incentivado o repouso no leito até as 15h30 e verificou-se sempre um registo de CTG normal.

No caso da Isabel e do Benjamim, a posição OA, em particular a sua variante occipito-anterior esquerda (OAE), verificada através do toque vaginal às 13 horas, constitui a apresentação fetal mais favorável para a evolução do TP. Nesta posição, o occipício orienta-se para a face anterior da pelve materna, permitindo que a cabeça fetal se apresente fletida e com o menor diâmetro cefálico no canal de parto. Este alinhamento anatómico facilita o encaixe, a rotação interna e a progressão

fetal e está associada a menor tempo de TP e menor necessidade de intervenções médicas (Cardoso et al., 2023).

Um estudo de coorte realizado na Noruega, entre 2012 e 2022, analisou a evolução do TP em mais de 7000 mulheres primíparas com fetos em posição OA e OP. Os autores verificaram que a posição OA se associou a uma fase ativa significativamente mais curta e a uma maior probabilidade de parto vaginal espontâneo. Pelo contrário, a posição OP foi correlacionada com maior duração do TP, maior recurso a analgesia, aumento da utilização de ocitocina, mais partos instrumentados e maior taxa de cesariana (Eide et al., 2024).

Também um estudo retrospectivo na Nova Zelândia, que analisou 738 registos de parto num hospital, comparou os resultados maternos e neonatais em fetos em posição OA versus OP/occipito-transversa (OT). Os autores verificaram que as mulheres com fetos em posição OP/OT apresentaram maior recurso à ocitocina e à analgesia epidural, um primeiro estágio de trabalho de parto mais prolongado, menor taxa de parto vaginal espontâneo e maior taxa de cesarianas, quando comparadas com as mulheres com fetos em OA. Em cerca de três quartos dos casos, os fetos em OP/OT rodaram para OA até ao nascimento. Apesar da maior morbilidade materna associada, não se registaram diferenças significativas nos resultados neonatais entre os grupos (Barrowclough et al., 2022).

Como já foi explorado neste capítulo, apesar de existirem abordagens menos invasivas, o toque vaginal continua a ser amplamente utilizado na prática clínica para a avaliação da evolução do TP. De acordo com a DGS (2024) na fase latente do primeiro estadio de TP o EE-ESMO deve realizar exames vaginais com intervalos adaptados às queixas da parturiente. Por isso, uma vez que a Isabel não apresentou alterações que suscitasse necessidade para realizar o procedimento, este não foi realizado no início do turno.

Pelas 15h30, a Isabel referiu *“Gostava de me levantar. Sei que vai ajudar o meu bebé a descer. Além disso, começo a estar desconfortável por estar na cama. Já me dói as costas. Apesar de ter colocado o cateter epidural, gostaria de tentar novamente controlar a dor como fiz no parto anterior, à minha maneira”*. Perante isto, foi avaliada a força muscular nos membros inferiores e executou-se a

intervenção “assistir no levante”. O levante decorreu sem intercorrências. O quarto apresentava uma luminosidade baixa e música ambiente selecionada pelo casal. Posteriormente, a Isabel referiu que gostaria de utilizar a bola de pilates e solicitou ao Júlio que lhe fizesse uma massagem na região lombar, referindo que a ajudava a relaxar. Dado isto, foi possível verificar que a capacidade para lidar com a dor de TP com recurso a ENF e a capacidade para utilizar estratégias facilitadoras da progressão do TP era facilitadora. Assim, neste contexto, a intervenção do EE-ESMO centrou-se em facilitar a progressão do TP no sentido de preservar a fisiologia, através de escuta ativa, promoção da ingestão de líquidos, presença contínua e reforço da perceção de controlo da Isabel sobre o seu próprio parto, elogiando o seu comportamento.

Foco: Capacidade para lidar com a dor de Trabalho de Parto com recurso a estratégias não farmacológicas

Pelas 16h15, a Isabel referiu *“A dor está a ficar cada vez mais forte e sinto que estou a perder líquido. Talvez precise de adotar outras estratégias para lidar com a dor. Estar aqui na bola já não está a resultar. Para já não queria recorrer a medicação”*. Perante estes sinais e após consentimento, foi avaliada a evolução do TP, através do exame vaginal, como se pode verificar no Quadro 26.

Quadro 26. Avaliação da evolução do trabalho de parto da Isabel e bem-estar fetal

DOMÍNIO: PARTO	
Dados: - A Isabel refere: <i>“A dor está a ficar cada vez mais forte e sinto que estou a perder líquido”</i> .	
DIAGNÓSTICO: TRABALHO DE PARTO	
Objetivo: - Determinar evolução do TP e bem-estar fetal - Facilitar TP /nascimento	Critérios de resultado: - Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o TP e do bem-estar fetal;
Intervenções: • Avaliar evolução do TP e bem-estar fetal (s/horário) Atividades que concretizam a intervenção: - Avaliar bem-estar fetal, através da CTG contínua; Avaliar características da contração uterina, através da CTG contínuo e relato da grávida (frequência e duração); - Avaliar presença de Globo vesical; - Avaliar perda de líquido amniótico, através de observação; - Avaliar perda sanguínea vaginal, através de relato da grávida e/ou observação;	

- **Avaliar a evolução do TP e estática fetal, através do toque vaginal (SOS)**
- **Monitorizar Sinais Vitais (SOS)**
- **Promover a ingestão de líquidos (s/horário)**
- **Promover escuta-ativa (s/horário)**
- **Elogiar desempenho (s/horário)**
- **Referenciar compromisso da evolução do trabalho parto e bem-estar fetal ao médico (SOS)**

Dados de avaliação:

- Avaliação bem-estar fetal, através da CTG contínua: Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas)
- Avaliação das características da contração uterina, através da CTG e relato da grávida (frequência e duração): Frequência da contração uterina: 2 a 3 contrações uterinas em 10 minutos; duração da contração uterina: 45 segundos
- Avaliação da presença de Globo vesical: Ausente. Urinou no WC após assistência no levante.
- Avaliação perda de líquido amniótico, através de observação: Confirmada a rotura das membranas amnióticas. Características do líquido amniótico - líquido amniótico claro, moderada quantidade e com cheiro *suis generi*;
- Avaliação da perda sanguínea vaginal, através de relato da grávida e/ou observação: sem perda sanguínea
- Dor de TP: apresenta dor grau 6 segundo a Escala numérica de avaliação da dor
- Avaliação da evolução do TP e estática fetal, através do toque vaginal: Posição fetal: esquerda; Apresentação fetal: cefálica; Variedade fetal: anterior; Descida do feto: 2º plano de Hodge; Posição do colo do útero: centrado; Extinção do colo do útero: 90%; Consistência do colo do útero: amolecido; Dilatação do colo do útero: 7 centímetros

Posteriormente, questionou-se a Isabel sobre as estratégias que habitualmente utiliza em casa para relaxar e para lidar com a dor. Entre as opções não farmacológicas referidas, como a musicoterapia, massagem, hidroterapia e calor, destacou de forma especial a aplicação de calor, reconhecendo nesta um contributo significativo, tanto na experiência anterior de parto, como no quotidiano. Além disso, referiu que não queria recorrer a terapêutica farmacológica e por isso foi enunciado o diagnóstico “Potencial para melhorar a capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto com recurso a estratégias não farmacológicas”, como se pode verificar no Quadro 27.

Quadro 27. Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto com recurso a estratégias não farmacológicas

DOMÍNIO: PARTO	
Dados: - Quando questionei a Isabel sobre <i>“Em momentos que sentiu dor, o que fez para a ajudar?”</i> ela respondeu <i>“O calor ajuda-me a relaxar e a lidar com a dor. Em casa utilizo muito botijas com água quente. Sempre que tinha dores relacionadas com a menstruação ajudava-me muito. A música também me relaxa, mas já está a tocar a minha playlist preferida.”</i> - Significado atribuído às ENF para lidar com a dor: facilitador - Dor de TP: apresenta dor grau 5 segundo a Escala numérica de avaliação da dor	
DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO COM RECURSO A ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS	
Objetivo: - Promover autocontrolo: lidar com a dor do TP	CrITÉRIOS de resultado: - Que a grávida adote posições corporais facilitadoras da progressão do TP - Que a grávida seja capaz de lidar com a dor de TP
Intervenções: • Assistir e Instruir na utilização de ENF para lidar com a dor de TP (s/horário) - Questionar: <i>O que lhe parece de colocarmos lençóis quentes nas regiões onde tem dor? Pode optar por estar sentada na cadeira, ou na bola de pilates. Sempre que os lençóis arrefecerem, trocamos. Pode manter a música e a luminosidade baixa. O que for melhor para si e a deixar mais confortável.</i> • Avaliar evolução da capacidade para lidar com a dor de TP usando ENF (s/horário) • Envolver pessoa significativa (s/horário)	
Dados de avaliação 16h15: - A parturiente referiu que iria adotar a ENF	
Dados de avaliação 16h45: - <i>“Fiquei muito mais relaxada. Realmente o calor ajuda-me muito. Eu sempre gostei. Nesta fase de TP, que posições são mais favoráveis para mim e para ajudar o meu bebé a descer?”</i>	

A Isabel referiu que o uso do calor a tinha ajudado a lidar melhor com a dor e que se sentia mais relaxada, evidenciando a eficácia das intervenções descritas no quadro acima. Estes resultados estão em consonância com a evidência científica. A meta-análise de Goswami et al. (2022), que integrou dez ensaios clínicos randomizados, concluiu que a utilização de calor reduz significativamente a intensidade da dor no primeiro estágio do trabalho de parto, encurta a sua duração e está associada a melhores resultados neonatais no Apgar ao 5.º minuto. Os autores acrescentam ainda que a aplicação localizada de calor estimula os

termorreceptores cutâneos, competindo com os estímulos nociceptivos e reduzindo a sua transmissão ao sistema nervoso central, de acordo com a *gate control theory*. Resultados consistentes foram obtidos por Lawot et al. (2025), que num estudo experimental com primigestas, evidenciaram igualmente uma diminuição significativa da dor, reforçando a pertinência desta ENF como recurso seguro e eficaz para a promoção do bem-estar materno.

Foco: Capacidade para usar estratégias facilitadoras do Trabalho de Parto

Numa fase seguinte, a Isabel questionou: “*Nesta fase de trabalho de parto, que posições são mais favoráveis para mim e para ajudar o meu bebé a descer?*”. Perante isto, foi enunciado o diagnóstico “Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto”, que será sintetizado no Quadro 28.

Quadro 28. Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [Isabel]

DOMÍNIO: PARTO	
Dados: - Após ter recorrido ao uso do calor, a Isabel questionou: “ <i>Nesta fase de TP, que posições são mais favoráveis para mim e para ajudar o meu bebé a descer?</i> ”	
DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA USAR ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO TRABALHO DE PARTO	
Objetivo: - Melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP - Promover autocontrolo: lidar com a dor do TP - Facilitar TP	Critérios de resultado: - Que a grávida adote posições corporais facilitadoras da progressão do TP - Que a grávida seja capaz de lidar com a dor de TP
Intervenções: - Assistir e instruir no posicionar/uso de estratégias facilitadoras do TP (SOS) Atividades que concretizam a intervenção: - Orientar para posições que potenciem a contranutação do sacro e do ilíaco, bem como a supinação ilíaca; - Envolver pessoa significativa (s/horário) - Promover a ingestão de líquidos (s/horário) - Promover escuta-ativa (s/horário) - Elogiar desempenho (s/horário) - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP (s/horário)	

No segundo plano de Hodge, que corresponde à passagem da apresentação fetal pelo estreito superior, é fundamental recomendar posições maternas que potenciem a contranutação do sacro e do íliaco, bem como a supinação ilíaca, uma vez que estes movimentos ampliam os diâmetros ântero-posterior e transversos da entrada pélvica, facilitando o encaixe da apresentação (Parés & Calais-Germain, 2009; Sequeira et al., 2020). A adoção de posturas verticalizadas aliada à manutenção da mobilidade aumenta funcionalmente os diâmetros de entrada, promove o alinhamento céfalo-pélvico e facilita a rotação interna à medida que a apresentação desce pela escavação, de acordo com a morfologia e a cinemática do canal de parto descritas na literatura (Stansfield et al., 2021). De forma convergente, a evidência em enfermagem obstétrica associa verticalidade e liberdade de movimentos a maior eficácia contrátil e a redução da duração do primeiro estágio do TP (Zangão & Lobão, 2022; Costa et al., 2023; Mineiro et al., 2016).

Neste contexto, são recomendadas posições em repouso, como o decúbito lateral em que a perna inferior se mantém estendida e a superior ligeiramente fletida, ou em posição de *SIMS*, que permitem a mobilização do sacro e a ampliação da entrada pélvica (Parés & Calais-Germain, 2009; Sequeira et al., 2020). A posição sentada, com as pernas em rotação externa, seja no banco de parto ou na bola de pilates, constitui igualmente uma estratégia eficaz, dado que promove a supinação ilíaca e aumenta os diâmetros do estreito superior (Parés & Calais-Germain, 2009; Costa et al., 2023). A posição em quatro apoios, com as pernas paralelas e simétricas ou em rotação externa, associada a movimentos de báscula pélvica, contribui para libertar o sacro e ampliar os diâmetros da entrada pélvica (Sequeira et al., 2020).

No caso da Isabel, que às 16 horas apresentava sete centímetros de dilatação, noventa por cento de extinção e o feto no segundo plano de Hodge, foram incentivadas estratégias facilitadoras que promovessem a contranutação e a supinação da pelve, de modo a favorecer a insinuação fetal. Incentivou-se a utilização da bola de pilates com movimentos pélvicos, a deambulação com alternância de pernas em extensão e rotação externa, a posição em quatro apoios com básculas da bacia, o decúbito lateral e a posição de *SIMS*. Estas estratégias

permitem ampliar os diâmetros do estreito superior, alinhar a apresentação fetal com a bacia materna e promover um encaixe mais eficaz, potenciando uma evolução fisiológica do TP.

Ao longo do processo, a Isabel foi alternando entre diferentes posições, com o apoio contínuo do Júlio, respondendo de forma instintiva “àquilo que o corpo lhe pedia”. Este comportamento espontâneo é favorecido pela ação da ocitocina, que durante o TP exerce efeitos ansiolíticos e analgésicos, induz estados alterados de consciência e potencia a capacidade da mulher para se centrar nas suas necessidades internas (Buckley, 2015). O suporte físico e emocional da sua pessoa significativa constituiu um fator essencial, uma vez que o contacto próximo e o ambiente seguro estimulam a libertação endógena de ocitocina e regulam a resposta ao stress, promovendo a progressão fisiológica do TP (Uvnäs-Moberg et al., 2015).

Com a intensificação das contrações, foi possível observar uma involução postural, marcada pela adoção de posições mais baixas, maior necessidade de apoio externo e períodos de repouso mais prolongados. Estas alterações comportamentais são consistentes com a evidência científica que descreve que, à medida que o parto fisiológico avança, as mulheres relatam maior introspeção, diminuição da comunicação verbal e foco interno, articulando-se com as mudanças neuro-hormonais próprias deste processo (Olza et al., 2018; Olza et al., 2020).

Posteriormente, a Isabel acionou a campainha referindo vontade de puxar, traduzindo a perceção subjetiva da descida fetal e da pressão exercida sobre o pavimento pélvico, manifestação frequentemente associada à transição para a fase expulsiva do TP. Com seu consentimento, foi avaliada a evolução do TP, através do exame vaginal, como se pode verificar no Quadro 29.

Quadro 29. Segundo estadio de trabalho de parto [Isabel]

DIAGNÓSTICO: TRABALHO DE PARTO	
Objetivo: - Determinar evolução do TP e bem-estar fetal - Promover parto eutócico - Prevenir laceração do períneo	Critérios de resultado: - Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o TP e do bem-estar fetal; - Que a grávida apresente períneo íntegro
Intervenções: • Avaliar evolução do TP e bem-estar fetal (s/horário) - Avaliar bem-estar fetal, através da CTG contínua: Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas) - Avaliar características da contração uterina, através da CTG e relato da grávida (frequência e duração): Frequência da contração uterina: 4 a 5 contrações uterinas em 10 minutos; duração da contração uterina: 45 segundos - Avaliar perda de líquido amniótico, através de observação: Características do líquido amniótico - líquido amniótico claro, moderada quantidade e com cheiro <i>suis generis</i>; - Avaliar perda sanguínea vaginal, através de relato da grávida e/ou observação: sem perda sanguínea - Presença de Globo vesical: Ausente. Urinou no WC • Avaliar evolução do TP e estática fetal, através do toque vaginal (s/horário) - Posição fetal: esquerda - Apresentação fetal: cefálica - Variedade fetal: anterior - Descida do feto: 3º plano de <i>Hodge</i> - Posição do colo do útero: centrado - Extinção do colo do útero: 100% - Consistência do colo do útero: amolecido - Dilatação do colo do útero: 10 centímetros • Promover a ingestão de líquidos (s/horário) • Promover escuta-ativa (s/horário) • Elogiar desempenho (s/horário) • Facilitar TP/nascimento (s/horário) Atividades que concretizam a intervenção: - Orientar/ incentivar a adoção de posicionamentos durante o período expulsivo, de acordo com o conforto da parturiente. • Implementar medidas de proteção do períneo (s/horário) Atividade que concretiza a intervenção: - Após obter consentimento da parturiente, realizar massagem perineal com óleo de amêndoas doces, durante cerca de 10 minutos (tempo que a Isabel considerou confortável). Introduzir o polegar na vagina e realizar uma massagem suave, em forma de U, e com os outros dedos a massajar o períneo exterior. - Aplicar calor no períneo: Aquecer compressas com água quente e questionar a grávida acerca da temperatura da água. Colocar as compressas sobre o períneo, uma na parte do clitóris e uretra e outra contemplando a fúrcula e zona perianal, durante o coroamento da cabeça fetal.	

- Proteção manual do períneo: 1. Colocar a mão dominante sobre o períneo; 2. Polegar e indicador da mão dominante colocados em cada lado ântero-lateral à fúrcula; 3. Movimento de aproximação do polegar e indicador para reduzir a tensão; 4. Usar os dedos restantes da mão dominante para ajudar na exteriorização da cabeça, aplicando pressão ventralmente no períneo. Os dedos médio, anelar e mínimo estão flexionados exercendo pressão, mas é o dedo médio que produz a maior parte do suporte; 5. Usar a mão não dominante para controlar a velocidade de saída da cabeça; 6. Utilizar a mão não dominante para facilitar a extensão da cabeça e não manter sua flexão

- **Assistir no parto (s/horário)**

Atividades que concretizam a intervenção:

- Assistir na expulsão fetal: facilitar a exteriorização dos ombros - O mecanismo de restituição faz com que os ombros fiquem numa posição ântero-posterior. Se a expulsão completa do feto não se der espontaneamente, pode-se facilitar a exteriorização dos ombros. 1. facilitar a exteriorização do ombro anterior: colocar uma mão aberta sobre o parietal anterior e a outra no parietal posterior, com os dedos em “forma de garra”, junto do pescoço, e exercer uma ligeira pressão para baixo de modo a libertar o ombro anterior da sínfise púbica; 2. facilitar a exteriorização do ombro posterior: mantendo as mãos na mesma posição, efetuar movimento suave elevando a cabeça de modo que o ombro posterior se exteriorize sobre o períneo.

- **Referenciar compromisso da evolução do trabalho parto e bem-estar fetal ao médico (s/horário)**

Às 17h20, a Isabel apresentava dilatação completa, 100% de extinção cervical e o feto no 3.º plano de Hodge, manifestando vontade espontânea de realizar esforços expulsivos. Estes critérios traduzem a transição para o segundo estágio do TP, mais concretamente para a sua fase ativa (Cunningham et al., 2018; ACOG, 2024b).

Durante esta fase, a Isabel alternou entre a posição de cócoras e o decúbito lateral esquerdo, escolhendo a posição em função do conforto que referia em cada momento. Entre contrações, aproveitava para repousar com o membro inferior apoiado na perneira, e durante os esforços expulsivos o Júlio auxiliava na flexão da perna, quando se encontrava em decúbito lateral, e abraçava-a na posição de cócoras, assegurando igualmente apoio emocional pela sua presença constante e incentivo verbal. O ambiente manteve-se tranquilo, com luminosidade reduzida e “música ambiente”, favorecendo a concentração da parturiente nas necessidades que o seu corpo lhe transmitia.

Com o consentimento da Isabel, foi realizada massagem perineal suave até ao limite do seu conforto, promovendo a flexibilidade tecidual. À medida que a apresentação fetal se tornou visível, foram aplicadas compressas mornas sobre o

períneo, previamente testadas quanto à temperatura, promovendo vasodilatação local e maior distensibilidade dos tecidos. No momento do coroamento, recorreu-se à técnica de suporte manual do períneo (*hands-on*).

Após a exteriorização da cabeça, solicitou-se à Isabel que suspendesse esforços expulsivos e verificou-se a presença de circular cervical do cordão, através da introdução do dedo médio e indicador na região cervical do feto, constatando a inexistência de circular. Posteriormente, após a restituição, auxiliou-se a saída sequencial dos ombros: inicialmente o anterior, com uma ligeira pressão descendente para libertá-lo por baixo da sínfise púbica, e depois o posterior, com tração suave no sentido ascendente, permitindo a expulsão completa do corpo fetal. Durante este processo, foi sugerido à Isabel a utilização do espelho, ao que respondeu afirmativamente, referindo que visualizar a saída da cabeça do seu filho lhe deu força adicional para intensificar os esforços expulsivos. Às 17h58, assistiu-se ao nascimento do Benjamim. Durante todo este período, a Isabel foi incentivada a participar ativamente, tendo tocado na cabeça do filho no momento do coroamento e recebido o Benjamim diretamente nos braços, reforçando a sua experiência de protagonismo no nascimento. Numa fase seguinte, tendo em conta o “Diagnóstico: Nascimento”, implementou-se intervenções com o objetivo de “Promover a adaptação à vida extrauterina do feto”, como se pode verificar no Quadro 30.

Quadro 30. Adaptação do Benjamim à vida extrauterina

DOMÍNIO: PARTO	
Dados: - Hora do nascimento: 17h58 min - Tipo de parto: eutócico	
DIAGNÓSTICO: NASCIMENTO	
Objetivo: - Promover a adaptação à vida extrauterina do feto	Critérios de resultado: - Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante a adaptação do feto à vida extrauterina
Intervenções: • Gerir ambiente (s/horário) - Temperatura entre os 25-28°C; - Níveis de ruído e luminosidade mínimos. • Executar estimulação tátil (s/horário)	

- No dorso, enquanto se realiza a secagem, com movimentos suaves. • Executar técnica de pele com pele (s/horário) - 1. Secar/limpar o Benjamin e estimular respiração. - 2. Assistir no posicionamento da Isabel e do Benjamin: Posição da mãe: semi-sentada (reclinada), com o peito despido; posição do Benjamin: decúbito ventral sobre o peito da mãe com a cabeça lateralizada e ligeiramente acima das mamas, despido. - 3. Secar melhor o Benjamin, exceto as mãos. - 4. Executar clampeamento do cordão umbilical (18h): Aguardar mais de 1 minuto para clampar cordão com um clamp descartável a cerca de 3-4 centímetros do abdómen fetal; Colocar pinça de Kocher afastada do clamp, cerca de 1-2 centímetros; Permitir ao Júlio cortar o cordão entre o clamp e a pinça de Kocher. - 5. Tapar a cabeça do Benjamin com um gorro e cobrir o resto do corpo com lençol aquecido, deixando o rosto exposto. - 6. Substituir gorro e/ou lençol se húmidos. - 7. Avaliar evolução dos 9 estádios do contacto pele com pele. - 8. Avaliar (e documentar) a respiração, coloração, tônus muscular e posição do Benjamin a cada 15 minutos. -9 Incentivar a amamentação na primeira hora de vida. • Avaliar primeira mamada (s/horário) • Avaliar Índice de Apgar ao 1.º, 5.º e 10.º minuto • Administrar vitamina K (SOS) - 1 mg intramuscular, no terço médio do músculo vasto lateral externo do membro inferior esquerdo • Monitorizar dados antropométricos: Peso, Comprimento, Perímetro cefálico (SOS) • Colocar pulseiras de identificação do RN (SOS) • Vestir o Benjamin (SOS)
Dados de avaliação: Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 9. Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 10. Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10. Dados antropométricos do Benjamin: Peso: 3045 g Comprimento: 48 centímetros Perímetro cefálico: 33,5 centímetros

Após o nascimento às 17h58, as intervenções foram orientadas para garantir a adaptação fisiológica do Benjamin à vida extrauterina. Realizou-se a avaliação do índice de Apgar ao 1.º, 5.º e 10º minutos, contemplando coloração, frequência cardíaca, tônus muscular, irritabilidade reflexa e respiração, parâmetros fundamentais para monitorizar a transição cardiorrespiratória imediata (ACOG,

2015). Os resultados obtidos revelaram estabilidade hemodinâmica e boa vitalidade, não sendo necessária qualquer intervenção adicional.

De seguida, foi incentivado e mantido o contacto pele com pele contínuo com a mãe, respeitando a *golden hour*. Esta intervenção, recomendada pela OMS (2020), favorece a estabilização cardiorrespiratória e térmica, promove a colonização bacteriana protetora e constitui um momento essencial para o início da amamentação. Durante este período, assegurou-se a vigilância clínica rigorosa, avaliando de 15 em 15 minutos a respiração, a coloração cutânea e o tónus muscular, garantindo que o contacto decorria em segurança.

Ainda no período neonatal imediato, foi realizado o clampeamento tardio do cordão umbilical, mais de um minuto após o nascimento, conforme recomendado pela OMS (2020) e pela ACOG (2020) e o pai foi incentivado a cortar o cordão umbilical, tal como expressado no plano de parto. Assim, as intervenções implementadas possibilitaram uma transição neonatal fisiológica, respeitando o contacto precoce entre mãe e filho, promovendo a amamentação e garantindo a segurança clínica no período crítico da adaptação à vida extrauterina.

O terceiro estágio de TP, que será sintetizado no Quadro 31, foi gerido de forma ativa, em conformidade com as recomendações da OMS (2018) e da NICE (2023). A dequitação ocorreu às 18h10, segundo o mecanismo de Schultze.

Quadro 31. Terceiro estadio do trabalho de parto [Isabel]

Diagnóstico: TRABALHO DE PARTO	
Objetivo: - Facilitar dequitação: gestão ativa	Critérios de resultado: - Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações do terceiro estadio de TP;
Intervenções: • Assistir na expulsão da placenta: gestão ativa (s/horário) Atividades que concretizam a intervenção: - <u>Realizar tração controlada do cordão umbilical:</u> 1. Colocar uma mão acima do nível da sínfise púbica, aplicando contrapressão numa direção ascendente, estabilizando assim o útero durante a tração. Não manipular o útero; 2. Com o início da forte contração uterina (2-3 minutos após a administração do ocitócico), puxar para baixo no cordão seguindo a direção do canal de parto até que a placenta apareça na vulva. Mantenha a contrapressão no útero; 3. Durante a tração, observar sinais de separação da placenta: alongamento do cordão e uma pequena quantidade de perda de sangue. O fundo uterino ficará arredondado e menor. Quando a placenta é visível	

no introito: 1. Libertar a tração do cordão; 2. Libertar a contra-tração no fundo uterino; 3. À medida que a placenta se exterioriza:

- Executar Manobra de Dublin - segurar a placenta com as duas mãos e gentilmente girá-las até que as membranas estejam torcidas. Puxar lentamente até à expulsão completa. Usar um movimento para cima e para baixo ou um movimento de torção para facilitar a saída das membranas da vagina lentamente.

- **Administrar fármacos uterotónicos (s/horário)**

Atividade que concretiza:

10 UI diluídas em 1000 ml de soro a um ritmo de 250ml/h de forma a diminuir o risco de hemorragia pós-parto.

- **Examinar a placenta e as membranas quanto à completude (S/horário)**

Atividade que concretiza:

Inspecionar placenta, cordão umbilical e membranas: 1. Colocar placenta na mesa de parto; 2. Com compressas esterilizadas, limpar a face materna da placenta, removendo os coágulos, de forma a assegurar que não houve retenção de fragmentos ou cotilédones; 3. Observar forma, tamanho e bordos da placenta, a fim de detetar vasos ou cotilédones aberrantes e a inserção da mesma; 4. Observar membranas fetais, verificando de tem dois folhetos (amnion e córion) e reconstituir a câmara âmnic; 5. Observar inserção e característica do cordão umbilical, nomeadamente existência de duas artérias e uma veia, presença de anomalias, como nós verdadeiros ou falsos, comprimento e presença da geleia de Wharton.

- **Inspecionar canal de parto (s/horário)**

Atividades que concretizam a intervenção:

- Se necessário colocar compressa no canal de parto de forma a realizar hemóstase e permitir melhor inspeção
- Começar a observar desde o clitóris e visualizar meato urinário, pequenos lábios e carúnculas;
- Remover compressa.

- **Monitorizar sinais vitais (s/horário)**

- **Referenciar compromisso da evolução do trabalho parto ao médico (s/horário)**

Atividades que concretizam a intervenção:

- Referenciar se a placenta e membranas permanecerem in situ após 30 minutos.

Dados de avaliação:

- Hora da dequitação: 18h20
- Mecanismo de descolamento da placenta: Shultz
- Tipo de inserção do cordão umbilical na placenta: central
- Número de vasos: 2 artérias e 1 veia
- A Isabel apresenta períneo íntegro
- TA: 125/65 mmHg;
- FC: 75 bpm

Após a expulsão da placenta, procedeu-se à avaliação da sua integridade e das membranas, confirmando a presença de todos os cotilédones, a preservação dos folhetos amniótico e coriônico e a inserção central do cordão umbilical, com duas

artérias e uma veia. O útero apresentava-se contraído, peri-umbilical, com formação do globo de segurança de Pinard, e a perda hemática era moderada. A Isabel encontrava-se hemodinamicamente estável, mantendo-se, no entanto, a vigilância contínua do tônus, conforme preconizado por Begley et al. (2019) e pela OMS (2018).

Diagnóstico: Puerpério

Concluída a dequitação, iniciou-se o período de pós-parto imediato (Quadro 32), definido como as duas horas subsequentes à expulsão placentária, identificado na literatura como o intervalo mais crítico para a ocorrência de complicações, nomeadamente a hemorragia pós-parto (Graça, 2017; OMS, 2018). Tal como no caso anterior, as avaliações maternas e a administração da Vitamina K ao Benjamim, foram realizadas respeitando a *golden hour*, de forma a não interromper o contacto pele com pele contínuo entre a díade mãe-bebé, e garantindo simultaneamente a segurança clínica e a promoção da ligação precoce. Neste processo, foi possível observar no Benjamim alguns dos comportamentos inatos descritos por Widström et al. (2019), nomeadamente o despertar, a atividade, a familiarização com a mama e a prontidão para a primeira mamada.

Quadro 32. Pós-parto imediato [Isabel]

DOMÍNIO: PÓS-PARTO	
DADOS: - Hora do nascimento: 17h58 min - Tipo de parto: eutócico - Hora da dequitação: 18h20 min - Estado do períneo: íntegro - Perda sanguínea vaginal: moderada	
Diagnóstico: PUERPÉRIO	
Objetivo: - Determinar a evolução da recuperação pós-parto - Promover recuperação pós-parto - Promover cicatrização da laceração e alinhamento anatómico	Critérios de resultado: - Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o pós-parto - Que a integridade dos tecidos afetados da puérpera seja reparada através de sutura da ferida e obtenha a função normal do períneo.
Intervenções: • Avaliar evolução da recuperação pós-parto (1x/turno ou SOS)	

- Vigiar coloração, quantidade e cheiro dos lóquios;
- Vigiar involução uterina;
- **Monitorizar sinais vitais (15 em 15 minutos na primeira hora e de 30 em 30 minutos na segunda)**
- **Realizar cuidados perineais (s/horário)**
- **Administrar analgésicos (SOS)**
- **Executar crioterapia (s/horário)**
- **Referenciar compromisso da recuperação pós-parto ao médico (SOS)**

Dados de avaliação:

[18h30]

- Contração do útero pós-parto: útero contraído
- Perda sanguínea vaginal: moderada
- Involução uterina: nível peri-umbilical
- Tensão arterial: 125/65 mmHg
- Frequência cardíaca: 75 bpm
- Temperatura: 37,2°C

[18h45]

- Contração do útero pós-parto: útero contraído
- Perda sanguínea vaginal: moderada
- Involução uterina: nível peri-umbilical
- Tensão arterial: 123/57 mmHg
- Frequência cardíaca: 80 bpm
- Temperatura: 37,0°C

[19h00]

- Contração do útero pós-parto: útero contraído
- Perda sanguínea vaginal: moderada
- Involução uterina: nível peri-umbilical
- Tensão arterial: 120/70 mmHg
- Frequência cardíaca: 73 bpm
- Temperatura: 37,0°C

[19h15]

- Contração do útero pós-parto: útero contraído
- Perda sanguínea vaginal: moderada
- Involução uterina: nível infra-umbilical
- Tensão arterial: 123/65 mmHg
- Frequência cardíaca: 75 bpm
- Temperatura: 37,0°C

[19h45]

- Contração do útero pós-parto: útero contraído
- Perda sanguínea vaginal: escassa
- Involução uterina: nível infra-umbilical
- Tensão arterial: 120/60 mmHg
- Frequência cardíaca: 75 bpm
- Temperatura: 36,7°C

[20h15]

- Contração do útero pós-parto: útero contraído

- Perda sanguínea vaginal: escassa
- Involução uterina: nível infra-umbilical
- Tensão arterial: 121/65 mmHg
- Frequência cardíaca: 73 bpm
- Temperatura: 36,7°C

Seguidamente, procedeu-se à inspeção do canal de parto e do períneo, com o objetivo de identificar lacerações que pudessem necessitar de reparação. No caso da Isabel, esta apresentava períneo íntegro. No final, foram realizados cuidados perineais. A vigilância materna incluiu a avaliação seriada dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e dor), de 15 em 15 minutos na primeira hora e de 30 em 30 minutos na segunda, conforme recomendado pela OMS (2018). Durante o período pós-parto, como podemos verificar nos dados de avaliação descritos no quadro acima, a puérpera manteve-se hemodinamicamente estável.

A Isabel amamentou o Benjamin durante aproximadamente duas horas e manteve-se com ele em contacto pele com pele. Ao fim desse tempo, e com o consentimento da Isabel e do Júlio, executou-se as intervenções “Monitorizar dados antropométricos: Peso, Comprimento, Perímetro cefálico”, “Colocar pulseiras de identificação do recém-nascido” e “Vestir o Benjamin”. Posteriormente, o Júlio pegou no Benjamin ao colo.

No pós-parto imediato a intervenção do EE-ESMO esteve focada em manter a estabilidade hemodinâmica, prevenir complicações e garantir que todo o processo decorria em segurança, respeitando simultaneamente a fisiologia do nascimento. No final do período de vigilância, a Isabel foi transferida para o serviço de obstetrícia, tendo a informação clínica essencial sido transmitida por contacto telefónico, de modo a assegurar a continuidade dos cuidados. A transferência foi assegurada pela Técnica Auxiliar de Saúde.

5.3.2. Contributos da análise do caso clínico para o desenvolvimento de competências

[Bloco de Partos II]

No hospital onde decorreu o ensino clínico foi possível observar que a ITP às 39 semanas de gestação se encontra institucionalizada como prática recorrente, independentemente da existência de indicação clínica. Esta realidade levanta questões relevantes para a prática do EE-ESMO, não apenas pelo impacto clínico da indução no processo fisiológico do parto, mas também pelas implicações éticas e deontológicas que decorrem da generalização desta intervenção a todas as mulheres.

A adoção desta prática encontra suporte em estudos recentes, sendo o mais influente o ensaio clínico randomizado denominado de “*A Randomized Trial of Induction Versus Expectant Management*” (ARRIVE Trial) (Grobman et al., 2018), realizado nos Estados Unidos da América, que incluiu mais de 6 000 nulíparas de baixo risco. Os autores concluíram que a indução eletiva às 39 semanas não aumentava a morbilidade neonatal e se associava a uma redução significativa da taxa de cesariana (18,6% *versus* 22,2%) em comparação com a conduta expectante. Resultados semelhantes foram reportados por Sinkey et al. (2019) num estudo de coorte retrospectivo com múltiparas de baixo risco, em que a indução eletiva às 39 semanas esteve igualmente associada a menor incidência de cesariana e de morbilidade perinatal composta. Estes resultados levaram a que, em 2018, a ACOG e a *Society for Maternal-Fetal Medicine* se pronunciassem no sentido de que poderia ser razoável oferecer ITP às 39 semanas a nulíparas de baixo risco, após decisão informada. Embora o *Practice Advisory* emitido pela ACOG e pela *Society for Maternal-Fetal Medicine* em 2018 já não se encontre disponível, a sua posição foi posteriormente atualizada e reafirmada através do *Clinical Practice Update* publicado em 2025 (ACOG, 2025).

Todavia, importa reconhecer que esta evidência permanece circunscrita a estudos realizados em contexto norte-americano, com populações e modelos assistenciais

distintos da realidade portuguesa, e que não reflete o consenso da comunidade científica internacional. Acresce que a generalização desta prática assenta essencialmente nos resultados de um único ensaio clínico, o ARRIVE Trial (Grobman et al., 2018), posteriormente complementado por um estudo de coorte retrospectivo em múltiparas (Sinkey et al., 2019). Assim, a adoção desta conduta de forma sistemática, como ocorreu no hospital em análise, pode corresponder a uma transposição acrítica de evidência ainda limitada e controversa. A FIGO (Borovac-Pinheiro et al., 2023) reforça que a indução deve obedecer a critérios clínicos claros e não deve ser generalizada em gestações de baixo risco. De igual modo, a OMS (2018; 2022) e a *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* (Robinson et al., 2023) continuam a recomendar que a ITP em gestações de baixo risco apenas deve ser considerada a partir das 41 semanas, salvo indicação clínica materna ou fetal. Também a DGS (2015) estabelece que a indução não deve ser utilizada para abreviar a gravidez por conveniência ou por motivos não clínicos, alertando para os riscos acrescidos associados a esta prática, nomeadamente hemorragia peri-parto, hiperestimulação uterina com hipóxia fetal, maior necessidade de analgesia epidural, aumento da taxa de partos instrumentados e de cesarianas urgentes.

Neste contexto, a generalização da ITP às 39 semanas levanta questões éticas e deontológicas que não podem ser ignoradas. Do ponto de vista bioético, esta prática pode comprometer o princípio da autonomia, ao condicionar a tomada de decisão informada, e entrar em conflito com os princípios da beneficência e da não maleficência, uma vez que expõe a mulher e o feto a riscos acrescidos que não são universalmente reconhecidos como justificados (Beauchamp & Childress, 2019).

Do ponto de vista deontológico, a prática observada convoca a reflexão sobre vários deveres éticos previstos no Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015). O artigo 78.º consagra o dever de respeitar a liberdade, a dignidade e os direitos da pessoa, o que implica garantir que a decisão sobre a ITP é genuinamente livre e informada. O artigo 84.º reforça o dever de respeitar, defender e promover o direito ao consentimento informado, assegurando que a mulher dispõe de informação adequada, verdadeira e suficiente para compreender riscos, benefícios e alternativas, decidindo de forma esclarecida. Já o artigo 88.º

sublinha a responsabilidade ética e a qualidade dos cuidados, exigindo que a prática profissional se fundamente na melhor evidência científica e na reflexão crítica, o que requer do EE-ESMO uma postura ativa e fundamentada perante protocolos institucionais que possam carecer de base científica robusta.

Em coerência, o *Regulamento n.º 391/2019* da Ordem dos Enfermeiros (2019b), que define as competências específicas do EE-ESMO, reforça a responsabilidade de garantir uma prática baseada na evidência, respeitando a fisiologia do nascimento e promovendo a tomada de decisão partilhada. Assim, cabe ao EE-ESMO analisar criticamente a aplicação sistemática desta conduta e assegurar que cada mulher recebe informação equilibrada sobre riscos, benefícios e alternativas, preservando a sua autonomia e dignidade.

Em síntese, a prática observada, embora sustentada em parte da literatura, mostra-se desajustada face às orientações internacionais e nacionais, pelo que exige uma análise crítica e ética. O papel do EE-ESMO neste contexto é determinante, não só na monitorização clínica da mulher submetida a indução, mas também na defesa de cuidados centrados na pessoa, que respeitem a sua individualidade e garantam a aplicação de intervenções verdadeiramente necessárias e benéficas.

Complementarmente a esta reflexão institucional, o caso da Isabel permitiu aprofundar a análise sobre a forma como as intervenções do EE-ESMO influenciam a vivência do parto e contribuem para o desenvolvimento de competências especializadas.

A OMS (2018) e a NICE (2023) recomendam que sejam disponibilizadas às mulheres diferentes opções para lidar com a dor durante o TP, incluindo métodos não farmacológicos, como técnicas de relaxamento, massagem, mobilidade e hidroterapia. Estes métodos, segundo as mesmas entidades, podem melhorar o conforto, reforçar a sensação de controlo, aumentar a satisfação e reduzir a ansiedade, além de diminuir a necessidade de intervenções farmacológicas adicionais. Estudos como os de Goswami et al. (2022) e Lawot et al. (2025) demonstram, em particular, os benefícios da aplicação de calor na redução da intensidade da dor, no relaxamento muscular e na promoção do bem-estar materno, aspetos que se refletiram na vivência da Isabel.

Apesar de, inicialmente, a Isabel ter solicitado analgesia epidural, no decurso do trabalho de parto optou por recorrer a estratégias não farmacológicas, com o apoio e orientação do EE-ESMO. A utilização de calor local e a manutenção da mobilidade contribuíram para reduzir a perceção dolorosa e aumentar o conforto, proporcionando uma experiência mais positiva e um maior sentimento de controlo. A intervenção do EE-ESMO foi decisiva na adaptação dos cuidados às preferências da mulher, articulando a utilização de analgesia epidural com estratégias não farmacológicas e promovendo uma experiência de parto centrada na mulher, autónoma e fundamentada na evidência científica, em conformidade com o *Regulamento n.º 391/2019* da Ordem dos Enfermeiros. Esta reflexão reforça a importância de uma prática baseada na evidência, mas também sustentada em valores éticos e relacionais, capazes de transformar o cuidado em experiência de saúde significativa.

6. CONCLUSÃO

O Relatório de Estágio de Natureza Profissional reflete o percurso vivido ao longo do mestrado, percurso esse que permitiu consolidar competências essenciais do EE-ESMO, em conformidade com o *Regulamento n.º 391/2019* da Ordem dos Enfermeiros. A estrutura do trabalho, assente em dois eixos complementares, nomeadamente investigação e conceção de cuidados em diferentes contextos clínicos, possibilitou a articulação entre teoria, prática e reflexão crítica, demonstrando a relevância da enfermagem especializada para a qualidade dos cuidados em saúde materna e obstétrica.

No primeiro eixo, centrado na componente investigativa, foi realizada uma revisão narrativa da literatura com o objetivo de compreender os fatores subjacentes à não adesão das parturientes às ENF para lidar com a dor do trabalho de parto. A análise dos artigos incluídos evidenciou que a não adesão constitui um fenómeno multifatorial, influenciado por barreiras de natureza profissional, institucional, relacionada com a pessoa significativa e pessoal. Entre estas destacaram-se a falta de formação específica e de valorização por parte dos profissionais, a escassez de recursos materiais e humanos, as preferências pelas estratégias farmacológicas, as recusas motivadas por crenças, receios ou privacidade, bem como a ausência de políticas institucionais favoráveis. A síntese da evidência revelou que a decisão da mulher não pode ser interpretada isoladamente, mas deve ser compreendida num contexto mais alargado, em que interagem condicionantes institucionais, profissionais e socioculturais. Esta constatação reforça a pertinência do papel do EE-ESMO na promoção de escolhas informadas, no reforço da autonomia da mulher e na implementação de cuidados centrados na fisiologia do parto.

O segundo eixo correspondeu à conceção de cuidados em diferentes contextos assistenciais: internamento na Unidade Materno-Fetal, internamento de Puerpério e Bloco de Partos. Nestes cenários clínicos, os planos de cuidados elaborados permitiram desenvolver competências técnicas, relacionais e de tomada de decisão

clínica, ancoradas nos referenciais teóricos da enfermagem e nos PQCEESMO. A experiência na Unidade Materno-Fetal possibilitou aprofundar a intervenção junto da grávida com complicações, destacando a importância da vigilância clínica rigorosa, da comunicação clara e da validação dos significados atribuídos pela mulher à gravidez. No internamento de puerpério, o acompanhamento da mulher em situação de vulnerabilidade física e emocional evidenciou a relevância do apoio especializado na adaptação à parentalidade, valorizando o papel da escuta ativa, da promoção da amamentação e da atenção à singularidade de cada experiência. No bloco de partos, a vivência do cuidar em diferentes estádios do trabalho de parto, com recurso a ENF e valorização da autoeficácia da mulher, consolidou a compreensão do parto como uma transição múltipla, complexa e única, exigindo do enfermeiro especialista uma prática sustentada na evidência e respeitadora da centralidade da mulher e da família.

A análise reflexiva dos diferentes contextos clínicos evidenciou ganhos significativos em termos de competências específicas do EE-ESMO. Entre estas destacam-se a capacidade de cuidar da mulher inserida na família e comunidade ao longo dos diferentes ciclos da vida reprodutiva, a aptidão para identificar precocemente situações de risco e intervir de forma diferenciada, a competência para apoiar a mulher e a família nos processos de adaptação à gravidez, parentalidade, parto e puerpério, bem como a capacidade de promover a humanização dos cuidados através do respeito pelas escolhas informadas e pela singularidade de cada experiência. Acresce ainda o desenvolvimento de competências comuns, nomeadamente a responsabilidade profissional, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e a utilização crítica da evidência científica, que se materializaram na prática clínica e na elaboração deste relatório.

Neste sentido, os objetivos definidos na introdução foram atingidos, uma vez que o relatório permitiu refletir criticamente sobre as experiências vividas em contexto clínico, evidenciar a articulação entre teoria e prática, mobilizar a evidência científica na tomada de decisão e demonstrar a progressiva aquisição das competências comuns e específicas do EE-ESMO.

É igualmente importante reconhecer as limitações encontradas. Ao nível da investigação, apesar da relevância dos resultados, a limitação da amostra de estudos, a inexistência de investigação realizada em Portugal e a escassez de estudos centrados nas próprias mulheres, que permitam compreender as suas experiências e perspetivas, evidenciam a necessidade de promover investigação futura, contextualizada à realidade nacional, que contribua para orientar políticas e práticas em saúde materna de forma mais ajustada. Ao nível da prática clínica, a limitação das dotações de profissionais em alguns contextos revelou-se um constrangimento, dificultando por vezes a continuidade e a simultaneidade dos cuidados. Contudo, estas dificuldades constituíram oportunidades de aprendizagem, reforçando a importância do dimensionamento adequado das equipas e da defesa da exclusividade de cuidados por parte do EE-ESMO, em conformidade com as normas e pareceres da Ordem dos Enfermeiros.

Em síntese, este relatório evidencia o desenvolvimento e a consolidação de competências clínicas e de investigação essenciais ao exercício autónomo e responsável do EE-ESMO. O percurso realizado permitiu integrar conhecimento científico, reflexão crítica e experiência prática, fortalecendo a identidade profissional e a consciência da responsabilidade inerente ao cuidar em saúde materna e obstétrica. A aprendizagem desenvolvida traduz-se não apenas na aquisição de competências técnicas, mas também na valorização da escuta, da empatia e da capacidade de reconhecer os significados atribuídos pela mulher, pelo casal e pela família às suas vivências. Estas competências constituem pilares fundamentais para uma prática profissional diferenciada, promotora de cuidados seguros, humanizados e centrados na pessoa.

Assim, a conclusão deste relatório não representa um ponto final, mas antes um marco no percurso de desenvolvimento profissional, que se prolongará na prática clínica futura. O processo vivido confirmou a relevância da enfermagem especializada na promoção da saúde materna e obstétrica, reforçando o compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e com a dignificação da mulher, do casal e da família em momentos tão significativos do ciclo vital. Paralelamente, este percurso traduziu-se num processo de crescimento pessoal, através da reflexão, da escuta e da construção de um olhar mais empático

sobre o cuidar. Neste sentido, contribuiu também para o fortalecimento da identidade profissional enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, consolidando valores, competências e responsabilidades inerentes ao exercício especializado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Lukasse, M., & Reinar, L. M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(CD006672). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>
- Abikou, L., Haruna, T., Duah, H., & Shidende, P. (2024). Healthcare providers' utilization of nonpharmacological methods in managing labor pain: An integrative review. *Pain Management Nursing*, 25(5), 469-479. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.06.010>
- Adler, K., Rahkonen, L., & Kruit, H. (2020). Maternal childbirth experience in induced and spontaneous labour measured in a visual analog scale and the factors influencing it: A two-year cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20 (415). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03106-4>
- American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn & American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. (2015). The Apgar Score. *Pediatrics*, 136(4), 819-822. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26416932/>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2019). Quantitative blood loss in obstetric hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology*, 134(6), 150–156. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003564>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020). Delayed umbilical cord clamping after birth. *Obstetrics & Gynecology*, 136(6), 1238–1239. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004168>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2024a). First and second stage labor management. *Obstetrics & Gynecology*, 143(1), 144–162. Recuperado de: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline/articles/2024/01/first-and-second-stage-labor-management>

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2024b). Approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstetrics & Gynecology*, 133(2), 164–173. Recuperado de: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2025). Management of full-term nulliparous individuals without a medical indication for delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 145(1), 45–50. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005783>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 132(3), 87-102. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002841>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstetrics & Gynecology*, 135(4), 178–188. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003772>
- Aviso n.º 3916/2021: Programa formativo do ciclo de estudos conducente ao título de enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica. Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 43. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/aviso/3916-2021-158724033>
- Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y. & Chandrachud, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
- Bahmaei, H., Mousavi, P., Haghighizadeh, M. H., & Iravani, M. (2023). The impact of maternal position in labor on occiput-posterior position of fetus and pregnancy outcomes in pregnant women without epidural analgesia. *Journal of Family & Reproductive Health*, 17(2), 86–92. <https://doi.org/10.18502/jfrh.v17i2.12871>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Barrowclough, J., Kool, B., & Crowther, C. (2022). Fetal malposition in labour and health outcomes for women and their newborn infants: A retrospective cohort study. *PLOS ONE*, 17(10), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276406>

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of biomedical ethics. Oxford University Press.
- Begley, C. M., Gyte, G. M. L., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A., & Biesty, L. M. (2019). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007412.pub5>
- Beleza, A. C. S., Ferreira, C. H. J., Sousa, L., & Nakano, A. M. S. (2012). Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 264–268. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200010>
- Blanc-Petitjean, P., Azria, E., Senat, M. V., Le Ray, C., Ancel, P. Y., Deneux-Tharaux, C., & EPIMOMS Group. (2021). Methods of induction of labor and women's experience: a population-based cohort study with mediation analyses. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(573). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04076-x>
- Boateng, E. A., Kumi, L. O., & Diji, A. K. (2019). Nurses and midwives' experiences of using non-pharmacological interventions for labour pain management: A qualitative study in Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(168). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2311-x>
- Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Borovac-Pinheiro A, Inversetti A, Di Simone N, & Barnea ER,. (2023). FIGO good practice recommendations for induced or spontaneous labor at term: Prep-for-Labor triage to minimize risks and maximize favorable outcomes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 161(2), 51-56. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15114>

- Buckley, S. J. (2015). *Hormonal physiology of childbearing: Evidence and implications for women, babies, and maternity care*. Washington, DC: Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women & Families. <https://nationalpartnership.org/wp-content/uploads/2023/02/hormonal-physiology-of-childbearing.pdf>
- Burns, E., Feeley, C., Hall, P., Vanderlaan, J. (2022). Systematic review and meta-analysis to examine intrapartum interventions, and maternal and neonatal outcomes following immersion in water during labour and waterbirth. *BMJ Open*, 2022(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056517>
- Cardoso, A. (2011). Tornar-se mãe, tornar-se pai. Estudo sobre a avaliação das competências parentais. Universidade Católica Portuguesa do Porto.
- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. (2023). Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf
- Cardoso, A., Capela, P., Carvalho, Ú., Albergaria, E. & Figueiredo, A. (2023). Guia orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (de baixo risco). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/33843/gobpgravidezadaptacaogravidez_okn.pdf
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. *Nursing research methodology: Issues and implementation*, 237–257. https://www.researchgate.net/publication/267796658_Transitions_A_Nursing_Concern
- Cluett, E. R., & Burns, E. (2009). Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub3>
- Coelho, M., & Tereso, A. (2023). Virtual reality as a strategy for labour pain relief: Scoping review protocol. *Pensar Enfermagem*, 27(1), 100–105. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.250>
- Costa, A. C., Prata J. A., Oliveira K. R., Silva, C. R. F., Progiante, J. M., Mouta, R. J. O., & Pereira, A. L. F. (2023). Liberdade de movimentos e posicionamentos no parto

- com as tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.89445>
- Costa, A. L. V., & Azevedo, F. H. C. (2021). *O puerpério e os cuidados de enfermagem: uma revisão sistemática*. *Research, Society and Development*, 10(14). https://www.researchgate.net/publication/356241757_O_puerperio_e_os_cuidados_de_enfermagem_uma_revisao_sistemica
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2020). *Williams obstetrics* (25th ed.). McGraw-Hill Education.
- Davis, D. D., Roshan, A., & Varacallo, M. A. (2023). Shoulder dystocia. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470427/>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Orientação n.º 002/2015: Indução do trabalho de parto*. Lisboa: DGS. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/PRT-MN-32-03-GUIDELINE-2015-prt-2915-DGS-IPT.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2024). Orientação n.º 002/2023 de 10/05/2023 atualizada a 26/03/2024 – Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. Diário da República. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-0022023-de-10052023-atualizada-a-26032024-cuidados-de-saude-durante-o-trabalho-de-parto-pdf.aspx>
- Downe, S., Gyte, G. M. L., Dahlen, H. G. & Singata, M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010088.pub2>
- Eide, B., Sande, R. K., Brandis, P., Kessler, J., Tappert, C., & Eggebø, T. M. (2024). Associations between fetal position at delivery and duration of active phase of labor: A historical cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 103(9), 1888–1897. <https://doi.org/10.1111/aogs.14929>
- Emelonye, A. U., Pitkäaho, T., Aregbesola, A., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2017). Barriers to spousal contribution to childbirth pain relief in Nigeria. *International Nursing Review*, 64(1), 568-575. <https://doi.org/10.1111/inr.12330>

- Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2024). Guia do estágio de natureza profissional com relatório final (Ano letivo 2024/2025). Porto: ESEP. Documento institucional.
- Fagan, E. F., Palacios, A. M., Bland, H. W., Alston, A. A., & Nazaruk, D. (2024). Knowledge of pregnancy care behaviors, complications, and urgent maternal warning signs up to one year postpartum among Georgia residents. *BMC Public Health*, 24. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19931-7>
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 308 -320). LIDEL.
- Ferraz, L., Trindade, L. L., Bordignon, S. S., Souza, S. R. R. K., & Luz, G. S. (2023). Utilização de estratégias de alívio da dor durante trabalho de parto e parto pela enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 22. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v22i0.68825>
- Flenady, V., Hawley, G., Stock, O. M., Kenyon, S., & Badawi, N. (2013). Prophylactic antibiotics for inhibiting preterm labour with intact membranes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(12), CD000246. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000246.pub2>
- Gill, P., Patel, A., & Hook, J. W. V. (2023). Uterine atony. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493238/>
- Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet*, 371, 75–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60074-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60074-4)
- 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. <https://doi.org/10.18332/ejm/156487>
- Graça, L. M. (2017). *Medicina materno-fetal* (5.^a ed.). LIDEL.
- Grobman, W. A., Rice, M. M., Reddy, U. M., Tita, A. T. N., Silver, R. M., Mallett, G., Hill, K., Thom, E. A., El-Sayed, Y. Y., Perez-Delboy, A., Rouse, D. J., Saade, G. R., Warner, L., Prasad, M., Swamy, G., Huang, Y., Wing, D. A., Parker, C. B., & NICHD Maternal–Fetal Medicine Units Network. (2018). Labor induction versus

- expectant management in low-risk nulliparous women. *New England Journal of Medicine*, 379(6), 513-523. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1800566>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, 327, 1219–1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Homer, C. S. E., Davis, G. K., Cooke, M., & Barclay, L. M. (2002). Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia. *Midwifery*, 18(2), 102–112. <https://doi.org/10.1054/midw.2002.0298>
- Hutchison, J., Mahdy, H., Jenkins, S. M. & Hutchison, J. (2025). Normal labor: Physiology, evaluation, and management. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/>
- ICN. (2018). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® Versão 2017*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14012/cipe_versao2017.pdf
- Ingram, M. A., Brady, S., & Peacock, A. S. (2022). The barriers to offering non-pharmacological pain management as an initial option for laboring women: A review of the literature. *European Journal of Midwifery*, 6, 37. <https://doi.org/10.18332/ejm/149244>
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2020). IASP announces revised definition of pain. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
- Jenkins, S. M. & Mikes, B. A. (2025). Preterm Labor. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536939/>
- Klein, L. & Gouveia, H. G. (2022). Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. *Cogitare Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80300>
- Kyei, G. K., Kyei, E. F., & Ansong, R. (2025). The efficacy and patient experience of virtual reality in labor: An integrative review of pain and anxiety management. *Pain Management Nursing*, 26(2025), 65–74. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.08.007>

- Langen, E. S., Pettker, C. M., Venkatesh, K. K., Kacica, M., Copel, J. A., Funai, E. F., & Illuzzi, J. L. (2016). Association of cervical effacement with the rate of cervical change in labor among nulliparous women. *Obstetrics & Gynecology*, 127(3), 489-495. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001299>
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: An evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2), 49–59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010>
- Lauder, J., Sciscione, A., Biggio, J., & Osmundson, S. (2020). The role of activity restriction in obstetric management: Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #50. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(2), 2–10. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.031>
- Lawot, I., Khan, I., Thakur, N. & Shrestha, T. (2025). Effect of heat therapy on pain during the first stage of labor among primigravid women: A pilot study. *Cureus*, 17(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39958017/>
- Lei n.º 25/2014 (2014). Diário da República: I Série, n.º 85. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/25-2014-254451>
- Lei n.º 26/2017 (2017). Diário da República: I Série, n.º 104. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/26-2017-107094721>
- Lei n.º 9/2009 (2009). Diário da República: I Série, n.º 45. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/9-2009-604779>
- Lopez-Gonzalez, D. M., & Kopparapu, A. K. (2022). Postpartum care of the new mother. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565875/>
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na maternidade* (7.^a ed.). Lusodidacta.
- Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), 16–24. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(02\)70179-8](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(02)70179-8)
- Luna, A. D., Fernández, M. M. F., & López, M. R. (2012). La experiencia de las mujeres en reposo hospitalario por rotura prematura de membranas pretérmino. *NURE Investigación*, 9(59). <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/591>

- Luo, Q., Lu, Z., Xu, B. (2024). Evaluation of perineal wound healing and pain outcomes after low-angle mediolateral episiotomy in women undergoing vaginal childbirth: A systematic review and meta-analysis. *International Wound Journal*, 21 (4). <https://doi.org/10.1111/iwj.14826>
- Magro, C., Guerreiro, E., Fidalgo, F. (2016). Ameaça de Parto Pré-Termo e Parto Pré-termo. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 335 -347). LIDEL.
- Marchand, S. (2012). *The Phenomenon of Pain* (1ª ed.). IASP Press.
- Masoi, T. J., & Kibusi, S. M. (2019). Improving pregnant women's knowledge on danger signs and birth preparedness practices using an interactive mobile messaging alert system in Dodoma region, Tanzania: A controlled quasi-experimental study. *Reproductive Health*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0838-y>
- Mattei, G. N., Lanzoni, G. M. M., Higashi, G. D. C., Schapko, T. R. & Baggio, M. A. (2024). Assistência ao parto por profissionais de saúde: atuações conflitantes em obstetrícia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0129pt>
- McDonald, S. J., Middleton, P., Dowswell, T., & Morris, P. S. (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004074.pub3>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer.
- Melo, B. M., Gomes, L. F. S., Henriques, A. C. P. T., Lima, S. K. M. & Damasceno, A. K. C. (2017). Implementação das boas práticas na atenção ao parto em maternidade de referência. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 18(3), 376–382. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000300013>
- Mendes-da-Silva, W. (2019). Contribuições e limitações de revisões narrativas e revisões sistemáticas na área de negócios. *Revista de Administração Contemporânea*, 23(2). <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2019190094>
- Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO). (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em*

enfermagem de saúde materna e obstétrica. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO). (2019). *Parecer N°43/2019 – Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.* Ordem dos Enfermeiros.https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_1_4052019_mceesmo_cálculo_dotações_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf

Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V., & Sousa, C. (2016). A Posição da Mulher no Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 335 -347). LIDEL.

Mwakawanga, D. L., Sirili, N., Chikwala, V. Z., & Mselle, L. T. (2024). “We never considered it important”: A qualitative study on perceived barriers on use of non-pharmacological methods in management of labour pain by nurse-midwives in eastern Tanzania. *BMC Nursing*, 23(514). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02187-2>

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

Nori, W., Kassim, M. A. K., Helmi, Z. R., Pantazi, A. C., Brezeanu, D., Brezeanu, A. M., Penciu, R. C. & Serbanescu, L. (2023). Non pharmacological pain management in labor: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(23). <https://doi.org/10.3390/jcm12237203>

Olivindo, D. D. F., Costa, L. P., Trindade, T. B. M., & Santos, T. B. (2021). Assistência de enfermagem a mulher em período puerperal: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(14). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22713>

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

- Olza, I., Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdóttir, S. I., Nieuwenhuijze, M., Villamea, S., Hadjigeorgiou, E., Kazmierczak, M., Spyridou, A., & Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLOS ONE*, 15(7), e0230992. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Pais-Cunha, I., Peixoto, S., Soares, H., & Costa, S. (2024). Limiar da Viabilidade: A Perspetiva dos Neonatologistas e Obstetras Portugueses. *Acta Médica Portuguesa*, 37(9), 617-625. <https://doi.org/10.20344/amp.21473>
- Pan, W.-L., Chen, L.-L., & Gau, M.-L. (2022). Accuracy of non-invasive methods for assessing the progress of labor in the first stage: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22 (608). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04938-y>
- Parés, N., & Calais-Germain, B. (2009). *Parir en movimiento: La movilidad de la pelvis en el parto*. Barcelona: La Liebre de Marzo.
- Pierce-Williams, R. A. M., Saccone, G., & Berghella, V. (2019). Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 32(6), 993-1001. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1619686>
- Prata, A. P., Santos, C. S. V., & Ferreira, M. M. R. (2019). Construir a confiança para o parto: avaliação de um programa de intervenção em enfermagem. *Revista Referência*, 4(20), 27–36. <https://doi.org/10.12707/RIV18073>
- Ramar, C. N., Vadakekut, E. S., & Grimes, W. R. (2023). Perineal Lacerations. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559068/>
- Regulamento n.º 140/2019: Competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

- Regulamento n.º 391/2019: Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia. Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Diário da República*, 2.^a série, n.º 83. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>
- Robinson, D., Campbell, K., Hobson, S. R., MacDonald, W. K., Sawchuck, D., & Wagner, B. (2023). Guideline No. 432c: Induction of Labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 45(1), 70-77. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.11.009>
- Rodrigues, P., Zambaldi, C., Cantilino, A. & Sougey, E. (2016). Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 38(3), 136–140. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0067>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2012). *Shoulder dystocia (Green-top Guideline No. 42, 2nd ed.)*. RCOG Press. <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/shoulder-dystocia-green-top-guideline-no-42>
- Schmidt, P.C., & Fenner, D.E. (2024). Repair of episiotomy and obstetrical perineal lacerations (first-fourth). *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 230 (3), 1005-1013. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.07.005>
- Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. F. (2020). *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica*. Lisboa: LIDEL.
- Shareef, A. F., & Piro, S. S. (2023). Knowledge, practices, and attitudes of nurses regarding non-pharmacological pain management in the midwifery ward: A cross-sectional study in Iraq. *Erbil j. nurs. midwifery*, 6(1), 34-44. <https://doi.org/10.15218/ejnm.2023.05>
- Silva, C. S., & Carneiro, M. (2014). Adaptation to parenthood: the birth of the first child. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 17–27. <https://doi.org/10.12707/RIII13143>
- Silva, L. F., Sanches, M. E. T. L., Santos, A. A. P., Oliveira, J. C. S., Acioli, D. M. N. & Santos, J. A. M. (2021). Adesão às boas práticas obstétricas: construção da assistência qualificada em maternidades-escolas. *Revista Baiana Enfermagem*, 35. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.37891>

- Silva, L. J. (2010). Luto em neonatologia. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41(6), 281-284. <https://ojs.pjp.spp.pt/article/download/4317/3212>
- Silva, M., & Halpern, S. H. (2010). Epidural analgesia for labor: Current techniques. *Local and Regional Anesthesia*, 3, 143–153. <https://doi.org/10.2147/LRA.S10237>
- Simkin, P., & Bolding, A. (2010). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(6), 489–504. <https://doi.org/10.1016/j.imwh.2004.07.007>
- Sinkey, R. G., Blanchard, C. T., Szychowski, J. M., Ausbeck, E., Subramaniam, A., Neely, C. L., Casey, B. M., & Tita, A. T. (2019). Elective induction of labor in the 39th week of gestation compared with expectant management of low-risk multiparous women. *Obstetrics & Gynecology*, 134(2), 282-287. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003371>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN). (2023). Cuidados gerais ao recém-nascido saudável. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Saud%C3%A1vel.pdf>
- Sosa, C. G., Althabe, F., Belizán, J. M., & Bergel, E. (2015). Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3(CD003581). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003581.pub3>
- Sousa, A. P. P. (2021). Fatores de risco para parto pré-termo (Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). Estudo Geral – Repositório da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/98566>
- Souza, É. L. R., Santos, R. S., Carvalho, B. F., Dias, R. S., Pereira, P. M. & Lucena, G. P. (2020). Recursos não farmacológicos de alívio da dor no processo de parturição. *Revista Recien*, 10(30), 235–244. <https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.30.235-244>
- Stansfield, E., Fischer, B., Grunstra, N. D., Pouca, M. V., & Mitteroecker, P. (2021). The evolution of pelvic canal shape and rotational birth in humans. *BMC Biology*, 19(224). <https://doi.org/10.1186/s12915-021-01150-w>
- Sun, R., Huang, J., Zhu, X., Hou, R., Zang, Y., Li, Y., & Pan, J. (2024). Effects of perineal warm compresses during the second stage of labor on reducing perineal trauma

and relieving postpartum perineal pain in primiparous women: A systematic review and meta-analyses. *Healthcare (Basel)*, 12(7). <https://doi.org/10.3390/healthcare12070702>

Tuominen, M., Kaljonen, A., Ahonen, P., & Rautava, P. (2014). Relational continuity of care in integrated maternity and child health clinics improve parents' service experiences. *International Journal of Integrated Care*, 14(4). <https://doi.org/10.5334/ijic.1451>

Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Berg, M., Buckley, S., Pajalic, Z., Hadjigeorgiou, E., Kotłowska, A., Lengler, L., Kielbratowska, B., Leon-Larios, F., Magistretti, C. M., Downe, S., Lindström, B. & Dencker, A. (2019). Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth: A systematic review with implications for uterine contractions and the brain. *BMC Pregnancy and Childbirth* 19(285). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2365-9>

Uvnäs-Moberg, K., Handlin, L., & Petersson, M. (2015). Self-soothing behaviors with particular reference to oxytocin release induced by non-noxious sensory stimulation. *Frontiers in Psychology*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01529>

Verani, J. R., McGee, L., & Schrag, S. J. (2010). Prevention of perinatal group B streptococcal disease: Revised guidelines from CDC, 2010. *MMWR Recommendations and Reports*, 59. <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5910.pdf>

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

Waldenström, U., & Turnbull, D. (1998). A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105(11), 1160–1170. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1998.tb09969.x>

Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M. A. & Small, R. (2014). Women's experiences of labour pain and the role of the mind: An exploratory study. *Midwifery*, 30(9), 1029-1035. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.04.005>

- Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, 108(7), 1192–1204. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>
- World Health Organization (WHO) (2017). Newborn health: Vitamin K prophylaxis. WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259269/WHO-MCA-17.07-eng.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- World Health Organization (WHO). (2018). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216>
- World Health Organization (WHO). (2018). WHO recommendations: Uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage. WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277276/9789241550420-eng.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2020). Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. WHO. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/148793/9789241508209_eng.pdf
- World Health Organization (WHO). (2022). WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term. Geneva: World Health Organization. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052796>
- World Health Organization (WHO). (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
- World Health Organization (WHO). (2023). Infant and young child feeding: Key facts. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- World Health Organization (WHO). (2023). Preterm birth (fact sheet). WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Wyckoff, M. H., Wyllie, J., Aziz, K., de Almeida, M. F., Fabres, J., Fawke, J., Guinsburg, R., Hosono, S., Isayama, T., Kapadia, V. S., Kim, H. S., Liley, H. G., McKinlay, C. J. D., Milidhenhall, L., Perlman, J. M., Rabi, Y., Roehr, C. C., Schmölder, G. M.,

- Szyld, E., Trevisanuto, D., Velaphi, S., Weiner, G. M., & Neonatal Life Support Collaborators. (2020). Neonatal life support: 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Circulation*, 142(16), 185–221. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000895>
- Yılmaz, G., & Küçük Alemdar, D. (2022). The effect of supportive nursing interventions on reducing stress levels of mothers of infants in the neonatal intensive care unit: A randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research*, 31(5), 941-951. <https://doi.org/10.1177/10547738211047359>
- Zangão, M. O., & Lobão, A. (2022). Influência da mobilidade e posturas verticais na duração do primeiro estágio do trabalho de parto: revisão integrativa. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, 22(1), 36-51. <https://doi.org/10.53795/rapeo.v22.2022.17>
- Zhang, J., Landy, H. J., Branch, D. W., Burkman, R., Haberman, S., Gregory, K. D., Hatjis, C., Ramirez, M. M., Bailit, J., Gonzalez-Quintero, V., Hibbard, J. U., Hoffman, M. K., Kominiarek, M. A., Learman, L. A., Van Veldhuisen, P. & Reddy, U. M. (2010). Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 116(6), 1281–1287. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e>

APÊNDICE I Estratégias de pesquisa

Para MEDLINE foi utilizada a seguinte frase booleana ("Labor, Obstetric"[MeSH] OR "Childbirth" OR "Parturition") AND ("Pain Management"[MeSH] OR "pain relief" OR "Pain, Obstetric"[MeSH]) AND ("Complementary Therapies"[MeSH] OR "non-pharmacologic" OR "nonpharmacologic" OR "non-pharmacological") AND ("Patient Compliance"[MeSH] OR adherence OR barriers OR refusal).

Para a CINAHL, foi utilizada a seguinte frase booleana: ((MH "Labor, Obstetric+") OR (TX "Childbirth") OR (TX "Parturition")) AND ((MH "Pain Management+") OR (TX "Pain relief") OR (MH "Pain, Obstetric+") OR (TX "Obstetric pain")) AND ((MH "Complementary Therapies+") OR (TX "non-pharmacologic") OR (TX "nonpharmacologic") OR (TX "non-pharmacological")) AND ((MH "Patient Compliance+") OR (TX "adherence") OR (TX "barriers") OR (TX "refusal")).

Para a *Scopus* foi utilizada a seguinte frase booleana (TITLE-ABS-KEY("labor" OR "childbirth" OR "parturition")) AND (TITLE-ABS-KEY("pain management" OR "pain relief" OR "obstetric pain")) AND (TITLE-ABS-KEY("non-pharmacologic" OR "nonpharmacologic" OR "non-pharmacological" OR "complementary therapies")) AND (TITLE-ABS-KEY("adherence" OR "compliance" OR "barriers" OR "refusal")).

Para a *Cochrane Library* foi utilizada a seguinte frase: (childbirth OR labor OR parturition) AND ("pain management" OR "pain relief") AND ("non-pharmacologic" OR "complementary therapies") AND (adherence OR barriers OR compliance OR refusal).

APÊNDICE II Caracterização dos estudos incluídos na revisão narrativa

Autor/ Ano	País	Tipo de estudo	Participantes	Objetivos do estudo	Estratégias não farmacológicas (ENF) identificadas	Fatores de não adesão identificados	Principais conclusões	Implicações para a prática de enfermagem
Mwakawanga et al. (2024)	Tanzânia	Qualitativo exploratório	18 EE-ESMO do sexo feminino; mediana da idade 37 anos (25-53);	Explorar as barreiras percebidas pelos EE-ESMO na utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor do trabalho de parto em dois hospitais distritais da Tanzânia.	Massagem; exercícios/deambulação; hidroterapia	Foram identificadas duas categorias que ilustram as barreiras à utilização. 1) <u>Individuais</u> : falta de conhecimento e competências sobre ENF; exposição inadequada às práticas de gestão da dor do trabalho de parto; concepções erradas/crenças; ausência de programas de formação. 2) <u>Institucionais</u> : rácio utente/profissional desfavorável; Ambiente desfavorável da unidade de saúde para a utilização de ENF.	A implementação de ENF para lidar com a dor do TP por EE-ESMOS no leste da Tanzânia enfrenta várias barreiras institucionais e individuais. Recomenda-se a formação dos profissionais de saúde; melhoria das infraestruturas/privacidade; definição de protocolos; formação em saúde para desmistificar mitos e crenças do lado de quem procura. Por fim, recomenda-se ainda que futuras investigações explorem as barreiras a nível comunitário, uma vez que este estudo se centrou apenas na perspectiva dos profissionais.	Formação em ENF para lidar com a dor; melhoria de infraestrutura das unidades de saúde; disponibilidade de diretrizes e políticas e existência de um número adequado de EE-ESMOS; formação em saúde pré-natal/parto para desconstruir crenças e mitos.

Fatores subjacentes à não adesão das parturientes às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto

Abikou et al. (2024)	África (Etiópia, Tanzânia, Gana, Nigéria).	Revisão integrativa	Profissionais de saúde que recorrem a ENF para lidar com a dor do trabalho de parto.	Identificar quais os fatores facilitadores e as barreiras à utilização de ENF para lidar com a dor do TP por profissionais de saúde em África.	Massagem; Psicoterapia; Exercícios de respiração; Presença de acompanhante; Alternância de posição, Deambulação; Técnicas de distração Compressas quentes; Hidroterapia Musicoterapia; Exercício, Injeção subcutânea de água; TENS.	Foram identificadas quatro categorias que ilustram as barreiras à utilização: <u>Falta de treino/ formação/ habilidades</u> ; <u>Limitação de recursos</u> (escassez de pessoal, espaço, protocolos; fluxo elevado; constrangimentos de tempo); <u>Organização de prioridades</u> (os profissionais de saúde consideram que o alívio da dor não é uma prioridade durante o TP); <u>Normas culturais e crenças/ desconhecimento</u> .	Conhecimento e atitudes dos profissionais podem atuar como barreiras ou facilitadores. As principais barreiras-chave incluem: falta de treino, limitações de recursos, definição de prioridade, crenças culturais/desconhecimento. Facilitadores incluem conhecimento/atitude positiva, apoio familiar, experiência e condições físicas adequadas. É necessário sensibilizar os profissionais para os benefícios das ENF e desenhar intervenções que promovam uma abordagem holística da dor do parto.	O estudo evidencia a necessidade de formação abrangente em ENF. Defende ainda a inclusão das ENF nos protocolos nacionais de saúde materna, com recursos adequados e políticas sensíveis ao contexto cultural. Finalmente, recomenda investigação rigorosa que compare as ENF com métodos farmacológicos, analisando resultados maternos e neonatais, bem como as barreiras e facilitadores à sua implementação em diferentes contextos africanos.
Ingram et al (2022)	Internacional	Revisão narrativa da literatura	EE-ESMOS e Enfermeiros que assistem as mulheres em TP	Fornecer uma síntese da evidência sobre as crenças e atitudes dos EE-ESMO relativamente às barreiras a oferecer ENF como opção inicial de alívio da dor às mulheres em TP	Massagem; deambulação e mudança de posição; banho morno ou hidroterapia; Técnicas de respiração e relaxamento; apoio emocional e presença contínua do EE-ESMO; Apoio da	Emergiram quatro temas principais relacionados com as barreiras. <u>1) Sistema de saúde</u> : Paradigma biomédico dominante; Fraca evidência da eficácia. <u>2) Unidades de Saúde</u> : Falta de tempo/recursos humanos; Políticas/ regulamentos - restrições a práticas como imersão em água, injeção de água esterelizada e presença	O estudo identificou quatro grupos de barreiras à utilização das ENF: relacionadas com o sistema de saúde, as instituições, os profissionais e as mulheres. Os autores defendem que o reconhecimento destas barreiras pode orientar futuras investigações e o desenvolvimento de	O estudo sublinha a necessidade de reforçar a formação contínua das EE-ESMOS em ENF, garantindo competência técnica e confiança no seu uso. É essencial rever políticas institucionais que limitam práticas como a imersão em água ou as injeções de

Fatores subjacentes à não adesão das parturientes às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto

					pessoa significativa; Utilização de bolas de pilates; Ambiente calmo e privado (controle de luz e ruído). de acompanhante; Ambiente físico, como salas pequenas e ausência de recursos (bolas, piscinas) limitaram mobilidade e uso de ENF. 3) <u>Profissionais de saúde</u> – EE-ESMOS: Falta de conhecimento e formação; Filosofias pessoais/ ideologia profissional — alguns colegas não consideravam as ENF como analgesia “real”. 4) <u>Mulheres/famílias</u>: Falta de conhecimento - influência dos media que retratam o parto como evento médico dependente de epidural; Crenças de ineficácia das ENF; Cultura/religião - crenças locais e normas hospitalares condicionaram escolhas.	políticas que promovam o uso dos ENF. Pretende-se, assim, reduzir a dependência dos métodos farmacológicos e promover uma mudança de paradigma, afastando-se do modelo biomédico, em direção a uma prática centrada na mulher, assente na confiança no seu corpo e no processo natural do parto.	água estéril, bem como reorganizar os recursos humanos e infraestruturas para permitir a mobilidade, a privacidade e o acesso a recursos adequados (bolas de pilates, piscinas, água morna). A formação pré-natal deve ser estruturada, abordando a fisiologia da dor, opções de alívio não farmacológico e expectativas culturais das mulheres, promovendo decisões informadas e uma prática centrada na mulher.
Ferraz et al. (2023)	Brasil	Estudo qualitativo, exploratório -descritivo	12 técnicos de enfermagem e 4 enfermeiros; idades 25-53 anos;	Identificar os desafios enfrentados pela equipa de enfermagem para a utilização de ENF de alívio da dor no TP e parto	Hidroterapia/ calor; massagem; deambulação/ alternância de posição; exercícios respiratórios; bola de pilates; <u>Mulheres</u>: resistência ou recusa; medo; preferência por cesariana; <u>Médicos</u>: recusa ou falta de incentivo; <u>Instituição/serviço</u>: limitações da estrutura física (apenas um WC; ausência de banheira; privacidade comprometida); falta de recursos; <u>Organização do trabalho</u>: sobrecarga nos turnos diurnos, prioridade a tarefas burocráticas;	Os resultados evidenciam que, embora as ENF sejam aceites e reconhecidas como boas práticas, persistem resistências por parte das mulheres e dos médicos, bem como dificuldades relacionadas com a estrutura física e as rotinas burocráticas dos serviços. Os autores sublinham a necessidade de formação	Os profissionais de saúde reforçam a necessidade de formação contínua das equipas, bem como a capacitação técnica e teórica sobre o uso de ENF; melhorar a estrutura física das maternidades (banheiras, espaços adequados, privacidade); valorizar a presença da pessoa

						Profissionais de enfermagem: necessidade de formação e treino adicional.	contínua, de protocolos institucionais baseados em boas práticas e de uma gestão de enfermagem que priorize o cuidado direto à mulher. O estudo reforça o papel central da enfermagem na promoção de cuidados humanizados, não invasivos e centrados na fisiologia do parto.	significativa; promover gestão de cuidados que privilegie contacto direto com a mulher.
Emelonye et al. (2017)	Nigéria	Estudo transversal	384 no total: 100 EE-ESMO, 142 mulheres e 142 cônjuges; Idades médias: EE-ESMO 39,5 anos, mulheres 29 anos, cônjuges 35,5 anos.	Investigar as barreiras que inibem a presença do cônjuge como ENF de alívio da dor no parto, a partir da perspectiva de EE-ESMO, mulheres e respetivos cônjuges	Presença do cônjuge como ENF	<u>Barreiras institucionais:</u> Infraestruturas inadequadas (espaços reduzidos, ausência de privacidade, más condições ambientais e de higiene, que impossibilitavam a permanência do cônjuge) e ausência de políticas de gestão da dor (inexistência de diretrizes claras que incluíssem a presença do cônjuge como parte do cuidado); <u>Barreiras profissionais:</u> Falta de práticas de gestão da dor por parte dos profissionais e atitudes negativas dos profissionais (descritas como hostis, pouco acolhedoras e resistentes à presença dos cônjuges); <u>Barreiras pessoais:</u> Percepções dos profissionais (alguns EE-ESMO viam os cônjuges	A presença do cônjuge como ENF de alívio da dor é limitada por barreiras institucionais, profissionais e pessoais. A ausência de políticas claras, más infraestruturas, atitudes negativas dos EE-ESMO e crenças socioculturais dificultam a participação ativa dos cônjuges no parto.	Necessidade de melhorar de melhorar infraestruturas; implementar políticas de gestão da dor que incluam a presença do cônjuge; Reforçar a formação contínua dos EE-ESMO em ENF e sensibilização para a inclusão do cônjuge no TP; criar programas formativos pré-natais para desconstruir crenças culturais e religiosas.

						como obstáculos e defendiam que a dor devia ser suportada, por ser parte natural do parto; percepções das mulheres (preferência de amigas ou familiares do sexo feminino) e percepções dos cônjuges (acreditavam que o parto era um “assunto de mulheres”).		
Bohren et al. (2019)	Internacional	Revisão sistemática qualitativa	Mulheres; Pessoas significativas; Profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados às mulheres em TP; Outros intervenientes relevantes envolvidos na prestação ou organização dos cuidados, incluindo administradores e responsáveis pelas políticas de saúde.	O objetivo geral da revisão foi descrever e explorar as percepções e experiências das mulheres, da pessoa significativa dos membros da comunidade, dos profissionais de saúde, dos administradores e de outros intervenientes-chave relativamente à companhia no trabalho de parto	Presença de pessoa significativa (companheiro, familiar, amiga, doula)	<u>Infraestruturais/organizacionais</u> : falta de espaço físico e de privacidade, sobrelotação, ausência de políticas que favoreçam acompanhantes. <u>Políticas/gestão</u> : restrições institucionais que limitam o acesso dos acompanhantes. <u>Profissionais</u> : atitudes negativas de alguns profissionais, resistência à inclusão de acompanhantes. <u>Parturientes</u> : algumas mulheres preferem não ter acompanhante por medo de perda de privacidade. <u>Família/cônjuge</u> : receios dos próprios acompanhantes (medo, ansiedade, percepção de não serem bem recebidos).	A presença de pessoa significativa no parto é valorizada pelas mulheres e reconhecida como benéfica, mas a sua implementação enfrenta barreiras institucionais, organizacionais, profissionais e pessoais. A revisão apresenta confiança moderada a alta em vários achados, mas sublinha a necessidade de mais investigação, sobretudo em países de baixo e médio rendimento.	A implementação eficaz do acompanhamento no parto exige formação dirigida a profissionais, mulheres e acompanhantes, adequação das estruturas físicas das salas, definição clara de papéis e integração dos acompanhantes nos cuidados. Recomenda-se que futuros estudos incluam componentes qualitativos para avaliar contextos e processos de implementação.

Fatores subjacentes à não adesão das parturientes às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto

Shareef e Piro (2023)	Iraque	Estudo descritivo transversal	78 enfermeiros/as (54 de hospitais públicos, 24 de privados)	Avaliar o conhecimento, práticas e atitudes dos enfermeiros relativamente às ENF de alívio da dor no TP.	Respiração e relaxamento; suporte psicológico e presença da família; mudanças de posição e mobilidade; musicoterapia; hidroterapia; acupressão; acupuntura; aromaterapia; aplicações de calor/frio; hipnose; TENS; bloqueio intradérmico com água.	<u>Profissionais:</u> ausência de formação específica (100% no hospital público e 95,8% no Hospital privado); sobrecarga de trabalho; limitação de tempo. <u>Infraestruturais/organizacionais:</u> Nos hospitais públicos verificou-se insuficiência de recursos materiais e inadequação dos espaços. <u>Institucionais:</u> Nos hospitais privados havia maior prática de ENF, enquanto nos públicos, a prática era limitada por escassez de recursos e sobrecarga de trabalho.	Verificam-se lacunas importantes na formação específica e prática das ENF. As limitações incluem falta de formação, sobrecarga de trabalho e infraestruturas inadequadas, condicionando a oferta de ENF às parturientes.	O estudo destaca a necessidade de investir em programas de formação contínua para enfermeiros; melhorar recursos humanos e infraestruturas nos serviços de maternidade, sobretudo no setor público; promover maior integração da família e reforçar o papel autónomo do enfermeiro no alívio da dor durante o TP.
Boateng et al. (2019)	Gana	Estudo qualitativo descritivo	15 Enfermeiros/as e EE-ESMO de uma maternidade s no Gana	Explorar as experiências dos enfermeiros e EE-ESMO relativamente ao uso de ENF no alívio da dor do TP em unidades de saúde selecionadas em Gana.	Massagem na região sagrada; exercícios de respiração; terapias de distração; deambulação; hidroterapia; compressas frias/mornas;	<u>Profissionais:</u> crença de que as ENF apenas distraem as parturientes; preferência por métodos farmacológicos; <u>Sistema:</u> escassez de profissionais/ sobrecarga de trabalho, infraestruturas inadequadas que condicionam a privacidade das parturientes. <u>Parturientes:</u> rejeição de alguns métodos devido a preferências, crenças e mitos, receio de prejudicar o bebé.	Os enfermeiros e EE-ESMO utilizam algumas ENF, mas desconhecem e não aplicam outras. Apesar de valorizadas pela simplicidade, segurança, baixo custo e promoção do conforto e relação terapêutica, estas estratégias são frequentemente vistas como secundárias face aos métodos farmacológicos. Barreiras como percepções negativas sobre a eficácia,	É necessário reforçar a formação contínua dos profissionais de saúde sobre ENF, bem como das mulheres acerca destas opções, para que possam tomar decisões informadas. As barreiras identificadas devem ser abordadas através de políticas e estratégias a nível institucional e nacional, de forma a potenciar a utilização segura e

Fatores subjacentes à não adesão das parturientes às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto

							escassez de recursos humanos e materiais limitam a sua implementação plena. Recomenda-se formação dirigida a profissionais e mulheres, implementação de políticas institucionais e nacionais para potenciar o uso das ENF e futuras investigações que avaliem a eficácia destas técnicas em contextos com recursos limitados, dado a predominância de evidência oriunda de países desenvolvidos.	eficaz das ENF no alívio da dor de TP.
--	--	--	--	--	--	--	---	---

