



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**EXPOSIÇÃO CORPORAL NO TRABALHO DE
PARTO: A INFLUÊNCIA CULTURAL NOS
DESFECHOS OBSTÉTRICOS E NA
SATISFAÇÃO MATERNA**

Desenvolvimento de competências Especializadas na
área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Liliana Dias Lopes Fernandes Francisco

Porto, 2025

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

**Exposição corporal no trabalho de parto:
a influência cultural nos desfechos
obstétricos e na satisfação materna**

**Body exposure during labor: cultural
influence on obstetric outcomes and
maternal satisfaction**

Relatório de estágio profissional de
desenvolvimento de competências
especializadas na área da
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de estágio profissional
orientado pela Professor/a Doutora
Sónia Brandão

Porto, 2025

*“Degraus. Defino este ano assim.

Subimos ou descemos.

As pernas doem, o coração parece que bate dentro dos nossos ouvidos, mas continuamos. Numa mistura de cansaço, resiliência e infinitas tentativas de foco no que importa.

Às vezes, ainda vamos contra ‘coisas’ que ficam paradas nas escadas. Que nos obrigam a sentar nos degraus e a chorar. Coisas que nos fazem olhar para (dentro de) nós, ver o quanto subimos, o quanto ainda temos para subir (e descer) e o número de vezes que achámos que não íamos conseguir. Mas conseguimos. Sempre.

Às vezes, seguimos apegados a tudo o que vale a pena para nos mantermos de pé.

Outras vezes, só (re)encontramos a força depois de pedir à vida que os fardos se tornem mais leves, que as dores se amenizem e que pelo caminho cheguem flores, amores, gente que brilha e faz brilhar, e uns coletes salva-fé em cada lanço de novos degraus.”*

(Fernandes, S. C., 2020, Às 9 no meu livro, *Manuscrito Editora*)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus filhos, Maria João e Vicente, que tantas vezes ouviram os meus “não posso” — palavras que me doeram mais a mim do que a vós.

Que um dia entendam que cada ausência foi regada de amor e esperança, para que, como mulher e profissional, pudesse alcançar um desejo profundo há muito sonhado.

Que esta caminhada vos inspire a nunca desistirem dos vossos sonhos, mesmo quando o caminho parecer difícil ou inatingível.

À minha mãe, Rosa, que, sem hesitar, deixou tudo para cuidar dos meus filhos quando eu não podia. O seu amor, feito de gestos simples e presença constante, foi o alicerce que me sustentou nos dias mais difíceis.

Esta conquista é nossa! Obrigada por seres colo, força e farol.

AGRADECIMENTO

Este percurso foi marcado por desafios e aprendizagens profundas, exigindo dedicação, resiliência e perseverança constante. Nem todos os momentos foram simples, mas em cada etapa encontrei apoio, estímulo e presenças que iluminaram o caminho. Àqueles que, de forma visível ou discreta, contribuíram para a concretização deste trabalho, expresso a minha mais sincera gratidão.

À minha orientadora de relatório de estágio, Professora Doutora Sónia Brandão, pela disponibilidade, amabilidade e pelas reflexões partilhadas sobre a prática clínica, orientando cuidadosamente a realização deste trabalho. Muitíssimo obrigada!

À Professora Doutora Alexandrina Cardoso, pelo ensino de excelência e pela inspiração constante no saber-saber, saber-estar e saber-fazer.

Às docentes orientadoras de estágio, Professora Nádia Gomes e Professora Arminda Nunes, pelo apoio contínuo e disponibilidade em todos os assuntos relacionados com o estágio.

Agradeço às Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica pela dedicação, mestria e generosidade na tutoria deste percurso formativo, contribuindo decisivamente para o meu crescimento pessoal e profissional: Enf.^a Ana Marta Pereira e Enf.^a Joana Gonçalves (sala de partos); Enf.^a Sara Brites (Puerpério); Enf.^a Soraia Assunção (Grávidas de Risco); Enf.^a Sílvia Guimarães (Consulta Externa de Obstetrícia); Enf.^a Marta Mota e Enf.^a Carla Silva (UCC).

À equipa de obstetrícia da ULSGE, por facilitar a execução de um horário compatível com o longo estágio profissional. Foram sem dúvida adjuvantes facilitadores neste processo.

Às minhas colegas de mestrado, por partilharem este percurso académico, nem sempre fácil, mas muito prazeroso. Juntas fomos mais fortes!

Às amigas que permaneceram, Bárbara, Olga e Mar, pelo colo em tantos momentos, pelos abraços fortes, incentivos, pelas palavras de encorajamento e por me limparem as lágrimas nos dias difíceis que pensei desistir.

Aos meus doces filhos, Maria João e Vicente, que ainda pequenos não compreenderam os momentos de ausência, mas viram uma mãe persistente, empenhada e resiliente, valores que pretendo que tenham apreendido para as suas vidas.

À minha querida mãe, por me permitir dedicar integralmente de corpo e alma a este sonho. Sem ela, não seria de todo possível. Pelos incentivos, pelos sacrifícios, pela disponibilidade plena para cuidar dos seus netos, para que nunca nada lhes faltasse na minha permanente ausência. Um verdadeiro obrigada.

Por último, que será em primeiro, a DEUS, que me concedeu coragem, saúde e fé para nunca desistir deste sonho.

RESUMO

O presente relatório de estágio reflete o percurso formativo desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional, inserida no Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. O estágio decorreu numa Unidade Local de Saúde do norte de Portugal, em contextos de prestação de cuidados diferenciados à mulher, ao recém-nascido e à família, permitindo a consolidação das competências comuns e específicas definidas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A metodologia adotada assenta numa abordagem descritiva, crítico-reflexiva e fortemente fundamentada em evidência científica atual e reconhecida robustez.

Durante o estágio na sala de partos, destacou-se a importância da exposição corporal da mulher em trabalho de parto, particularmente quando analisada à luz da diversidade cultural, emergindo como fator relevante para os desfechos obstétricos e a experiência materna. A realização de uma Revisão Integrativa da Literatura permitiu aprofundar a compreensão do impacto do respeito pelas particularidades culturais na promoção de cuidados obstétricos humanizados, individualizados e culturalmente congruentes.

Este percurso formativo revelou-se, assim, determinante para o aprimoramento do saber técnico-científico e para a consolidação de uma praxis profissional eticamente responsável, culturalmente sensível, segura e centrada na mulher e na sua família.

Palavras-chave: Exposição corporal; Diversidade cultural; Trabalho de parto; Satisfação materna; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

This internship report presents the professional training pathway undertaken within the scope of the Curricular Unit *Professional Internship*, integrated into the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing. Developed in a Local Health Unit in northern Portugal, the internship provided diverse and complex clinical settings for the delivery of specialized care to women, newborns, and families, thereby fostering the consolidation of both the core and domain-specific competencies required of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing (EEESMO). The methodological framework adopted was descriptive and critically reflective, grounded in current, high-quality scientific evidence.

Throughout the placement in the delivery room, particular emphasis was placed on women's bodily exposure during labour, analysed within the context of cultural diversity, which emerged as a determinant of obstetric outcomes and maternal experience. To deepen this understanding, an Integrative Literature Review was conducted, highlighting the relevance of culturally sensitive approaches in promoting obstetric care that is humanized, individualized, and congruent with women's values and expectations.

This formative process proved to be pivotal for the advancement of technical-scientific expertise and for the consolidation of a professional praxis that is ethically accountable, culturally responsive, clinically safe, and centered on women and their families.

Keywords: Body exposure, Cultural diversity, Labour, Maternal satisfaction, Obstetric Nursing.

ABREVIATURAS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

APPT – Ameaça de Parto pré-termo

BP – Bloco de Partos

bpm – batimentos por minuto

cm – Centímetros

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ENP – Estágio de natureza profissional

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

EV – Endovenoso

FC – Frequência cardíaca

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics

FIV – Fertilização in Vitro

HPP – Hemorragia Pós-Parto

HTA – Hipertensão Arterial

ICN – International Council of Nurses

IG – Idade gestacional

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

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

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

RCM – Royal College of Midwives

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynecologists

RN – Recém-nascido

REM – Rotura Espontânea de Membranas

SGB – Streptococcus beta hemolítico do grupo B

SMO – Saúde materna e obstétrica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SUOG – Serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia

SU – Serviço de Urgência

TA – Tensão arterial

TP - Trabalho de Parto

ULS – Unidade Local de Saúde

WHO – World Health Organization

Índice

1. NOTA INTRODUTÓRIA	13
1.1. Enquadramento conceptual	15
1.1.1. Conceitos Fundamentais	16
1.1.2. Integração de Modelos Teóricos	17
1.1.3. Temas aprofundados	18
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	20
2.1. Desenvolvimento de competências no âmbito de cuidar a mulher durante o trabalho de parto	23
2.1.1. Contexto clínico de sala de partos	24
2.1.2. Características do trabalho de parto	27
2.1.3. Cumprimento da diretiva	28
2.1.4. Caso clínico 1	29
2.1.5. Caso clínico 2	47
2.1.6. Reflexão sobre a integração de competências em contexto de sala de partos	65
2.2. Desenvolvimento de competências no âmbito de cuidar a mulher no período pós-natal	68
2.2.1. Contexto clínico de puerpério	69
2.2.2. Características do período pós-natal	71
2.1.3. Cumprimento da diretiva	75
2.2.3. Caso clínico 3	76
2.2.4. Caso clínico 4	91
2.2.5. Reflexão sobre a integração de competências em contexto de Puerpério	102
2.3. Desenvolvimento de competências no âmbito de cuidar a mulher no período pré-natal: gravidez com complicações	105
2.3.1. Contexto clínico de Grávidas de risco	107
2.3.2. Características de uma Gravidez de Risco	109
2.3.3. Caso clínico 5	111
2.3.5. Reflexão sobre a integração de competências em contexto de Grávidas de risco	126

3. COMPONENTE INVESTIGATIVA	130
3.1. Introdução - RIL	131
3.2. Enquadramento teórico	132
3.3. Relevância do estudo	133
3.4. Pergunta de investigação	134
3.5. Objetivos da RIL	135
3.6. Metodologia	135
3.6.1. Desenho do Estudo	135
3.6.2. Estratégia de pesquisa	136
3.6.3. Fontes de dados	137
3.6.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	138
3.6.5. Processo de seleção dos estudos	139
3.6.6. Análise e sistema de dados	140
3.7. Discussão dos Resultados	141
3.8. Conclusões	145
3.9. Limitações do estudo	147
3.10. Considerações	148
3.11. Questões em aberto na literatura	149
4. TRAJETÓRIA FORMATIVA E REFLEXÃO CRÍTICA	150
4.1. Integração teoria-prática	150
4.2. Impacto no desenvolvimento pessoal e profissional	152
4.3. Reflexão Ético-deontológica	153
4.4. Tutores e locais de formação	155
5. CONCLUSÕES PERTINENTES SOBRE FORMAÇÃO ESPECIALIZADA	157
5.1. Cumprimento dos objetivos: Aprendizagens e competências adquiridas	157
5.2. Pontos fortes e Fragilidades no Percorso Formativo	158

5.3. Reflexão Crítica sobre o percurso formativo	159
6. <i>SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO</i>	160
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	161
<i>APÊNDICE</i>	177

ÍNDICE de TABELAS

Tabela 1 - Experiências no âmbito do estágio em sala de partos.....	28
--	----

ÍNDICE de QUADROS

Quadro 1 – Caso clínico 1: Síntese de evolução do trabalho de parto.....	31
Quadro 2 – Caso clínico 2: Síntese de evolução do trabalho de parto.....	52
Quadro 3 – Caso 5: Resumo de Atitudes Terapêuticas.....	115

ÍNDICE de FIGURAS

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos estudos segundo a metodologia PRISMA (adaptado).....	140
---	-----

1. NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da Unidade Curricular *Estágio de Natureza Profissional*, integrada no Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no ano letivo de 2024/2025, elaborei o presente relatório com o propósito de refletir criticamente sobre o percurso formativo desenvolvido em contexto clínico.

Este documento constitui, simultaneamente, um requisito académico para a obtenção do grau de Mestre e do título de Enfermeiro Especialista, assumindo-se como exercício analítico da aquisição e consolidação das competências previstas no Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros.

A sua elaboração visa demonstrar o processo de aprendizagem e evolução profissional, evidenciando a integração de saberes técnicos, científicos e ético-deontológicos, a consolidação do raciocínio clínico e a construção de uma prática baseada na evidência, centrada na mulher, na família e no recém-nascido.

A prática clínica decorreu entre setembro de 2024 e junho de 2025, numa Unidade Local de Saúde do norte do país, reconhecida pela excelência nos cuidados materno-fetais. Foram cumpridas mais de 800 horas de estágio, distribuídas entre sala de partos, internamento de grávidas com complicações clínicas e internamento de puerpério. A diversidade de contextos proporcionou uma compreensão holística do ciclo gravídico-puerperal, integrando dimensões clínicas, relacionais e culturais do cuidar; e promovendo o desenvolvimento de competências específicas e comuns.

O *Regulamento de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica*, bem como o *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados* (OE, 2011) constituíram referências estruturantes deste percurso, ao definirem as competências e padrões que sustentam a excelência profissional nesta área.

Com base nestes referenciais, o plano formativo foi delineado de modo a promover o desenvolvimento e a demonstração de competências gerais e específicas, articulando objetivos claros, estratégias de intervenção e indicadores de avaliação adaptados às particularidades de cada contexto clínico. Este processo assentou numa prática fundamentada em evidência científica, em constante diálogo entre teoria e prática, procurando garantir cuidados de qualidade, seguros e humanizados.

A investigação científica acompanhou transversalmente todas as etapas do estágio, sustentando a tomada de decisão e a reflexão crítica sobre as intervenções, num compromisso contínuo com a excelência, a humanização e a segurança dos cuidados.

O estágio constituiu, assim, um espaço privilegiado de crescimento pessoal e profissional, favorecendo o exercício do raciocínio clínico avançado, da tomada de decisão informada e da prática culturalmente sensível. Para ilustrar este percurso, são apresentados casos clínicos representativos dos diferentes contextos de estágio, selecionados pela sua relevância pedagógica e riqueza reflexiva.

Em cada contexto, procedeu-se a uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas, fundamentada nos objetivos delineados e adaptada às especificidades das situações clínicas observadas. A exposição das áreas de atuação segue uma ordem cronológica, abordando objetivos, estratégias, população-alvo, intervenientes e a apreciação pessoal das atividades à luz dos seus pressupostos teóricos.

Durante todo o processo, foram salvaguardados o anonimato e o sigilo profissional, em conformidade com o *Código Deontológico do Enfermeiro* (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

No decorrer da prática clínica, emergiu um interesse particular pela diversidade cultural das mulheres em trabalho de parto — realidade cada vez mais presente no contexto português contemporâneo. Este interesse conduziu à realização de uma Revisão Integrativa da Literatura, centrada na influência da exposição

corporal e da sensibilidade cultural na vivência do parto, particularmente entre mulheres de tradição cristã e muçulmana. Esta investigação permitiu aprofundar a compreensão sobre o impacto das práticas culturalmente adequadas na humanização dos cuidados e nos resultados obstétricos.

Por fim, o presente relatório tem como objetivo valorizar a aplicação da evidência científica na prática assistencial, bem como evidenciar o desenvolvimento do juízo crítico e reflexivo, destacando o contributo do estágio para o crescimento pessoal, profissional e científico.

A estrutura do relatório organiza-se em cinco capítulos articulados: inicia-se com o enquadramento conceptual da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; segue-se a descrição e análise do desenvolvimento de competências nos diferentes contextos clínicos; integra a Revisão Integrativa da Literatura como síntese de evidência; apresenta uma reflexão crítica final sobre o percurso formativo à luz do perfil de competências do EEESMO; e conclui com recomendações para a prática clínica e para a formação especializada futura.

1.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A prática em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica assenta numa matriz epistemológica, normativa e ética, que orienta o exercício profissional avançado e especializado. O seu desenvolvimento requer a integração de saberes científicos atualizados, competências clínicas diferenciadas e referenciais teóricos que conferem coerência, intencionalidade e profundidade à intervenção.

Este capítulo apresenta os fundamentos conceptuais que sustentaram o percurso formativo e clínico, destacando os pilares teóricos e os temas aprofundados que moldaram a prática assistencial e a reflexão crítica ao longo dos diferentes contextos de estágio.

1.1.1 CONCEITOS FUNDAMENTAIS

Ao longo das últimas décadas, a prestação de cuidados de enfermagem tem registado progressos significativos, impulsionados pelo aumento da atenção à qualidade, pelo aprimoramento do ensino da enfermagem e pela crescente aplicação de teorias e conceitos disciplinares. Apesar deste progresso inquestionável, persistem lacunas de conhecimento e habilidades nos recetores de cuidados, exigindo do EEESMO uma postura flexível e a capacidade de adotar estratégias que promovam a capacitação, a corresponsabilização e a participação ativa da mulher no seu próprio cuidado.

Esta evolução pressupõe mudanças de paradigmas na prática profissional, alinhadas com referenciais teóricos consolidados, que guiaram a minha atuação nos diversos contextos de estágio, refletindo princípios metodológicos e ideológicos claros.

A Saúde Materna e Obstétrica constitui um domínio estratégico da saúde pública, cujo alcance transcende a mera redução da morbimortalidade materna e neonatal. Trata-se de um campo que privilegia a experiência do cuidar em toda a sua dimensão biopsicossocial e cultural, assegurando práticas seguras, humanizadas e significativas para cada mulher.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2022), o bem-estar materno assenta em princípios de dignidade, respeito pela autonomia e valorização da diversidade cultural, superando leituras reducionistas baseadas apenas em indicadores biomédicos.

O desempenho nestes domínios exige não apenas domínio técnico-científico, mas também competências relacionais, éticas e culturais, indispensáveis para uma prática especializada, autónoma e crítica.

O EEESMO assume um papel de liderança clínica e de tomada de decisão informada, coordenando equipas interdisciplinares e garantindo cuidados ajustados à singularidade de cada mulher e família. Entre as áreas de prática avançada destacam-se a monitorização do bem-estar materno-fetal, a condução do trabalho de parto fisiológico e a promoção da vinculação precoce, assim como

a mediação dos significados culturais associados ao nascimento, enriquecendo a humanização e sensibilidade cultural dos cuidados.

1.1.2 INTEGRAÇÃO DE MODELOS TEÓRICOS

A fundamentação teórica que orientou a prática clínica baseou-se numa triangulação de modelos, destacando-se as Midwifery Theories como núcleo estruturante, complementadas pela Teoria da Diversidade e Universalidade dos Cuidados Culturais de Leininger e pelo Modelo Salutogénico de Antonovsky.

No âmbito das Midwifery Theories, com especial enfoque no Midwifery Model of Care, estas teorias constituem o referencial central da prática obstétrica, sustentado por evidência científica robusta (Symon, A. Et al, 2016). Elas promovem a continuidade dos cuidados, a participação ativa da mulher e a centralidade das suas escolhas nas decisões clínicas, reconhecendo e valorizando os seus ritmos, narrativas e significados atribuídos ao nascimento. A aplicação destes princípios tem demonstrado eficácia na promoção da fisiologia do parto, na redução de intervenções desnecessárias e no fortalecimento da confiança da mulher no seu próprio corpo, ao mesmo tempo que fomenta relações terapêuticas respeitosas e a criação de ambientes seguros e humanizados. Este enfoque evidencia que a prática de enfermagem obstétrica centrada na mulher transcende os procedimentos técnicos, constituindo-se como uma abordagem ética, reflexiva e fundamentada na evidência, capaz de potenciar uma experiência de parto positiva e empoderadora.

A Teoria de Leininger (Leininger & McFarland, 2006) oferece um enquadramento complementar, permitindo compreender como crenças, valores e práticas culturais influenciam a vivência da gravidez, do parto e da parentalidade. A sua aplicação facilita a construção de relações terapêuticas alicerçadas no respeito e na validação da diversidade cultural, ampliando a humanização dos cuidados.

O Modelo Salutogénico (Eriksson & Lindström, 2008) reforça esta abordagem ao deslocar a atenção da patologia para os recursos que promovem saúde e a

sensação de coerência. No contexto do parto, este modelo evidencia a capacidade da mulher de atribuir significado à experiência, mobilizando os seus recursos internos e fortalecendo a sua resiliência, mesmo em situações de maior vulnerabilidade ou risco.

A articulação destes três referenciais possibilitou uma prática clínica simultaneamente cientificamente fundamentada, culturalmente sensível e eticamente comprometida, orientada para a excelência no cuidado e para a promoção de experiências maternas mais positivas e seguras.

1.1.3 TEMAS APROFUNDADOS: COMPLEXIDADE DA PRÁTICA

Ao longo dos estágios clínicos, três áreas prioritárias foram objeto de aprofundamento, em resposta tanto às necessidades emergentes das mulheres como às lacunas identificadas na prática assistencial: a exposição corporal no trabalho de parto, a promoção da parentalidade no puerpério e a vigilância em gravidez de risco.

A exposição corporal, particularmente evidente na sala de partos, revelou-se uma dimensão central da vivência materna, frequentemente desconsiderada nos protocolos institucionais e nas dinâmicas assistenciais. A perceção do corpo enquanto exposto, manipulado ou observado repercute-se diretamente no bem-estar emocional da mulher e na forma como a experiência de parto é integrada, podendo assumir contornos de fortalecimento positivo ou, em contrapartida, de vivência traumática. O aprofundamento desta problemática permitiu delinear práticas de cuidado mais atentas à preservação da intimidade, sensíveis à diversidade cultural e simbólica associada ao corpo feminino e promotoras de uma experiência obstétrica humanizada.

A promoção da parentalidade no puerpério destacou-se como eixo fundamental da continuidade dos cuidados, constituindo-se como espaço privilegiado de intervenção especializada. O suporte à amamentação, o reforço do vínculo afetivo e a capacitação dos progenitores para uma parentalidade consciente e

informada emergiram como prioridades num período permeado por intensas transformações físicas, emocionais e relacionais. A atuação profissional ancorou-se nos princípios da parentalidade positiva e da educação terapêutica, consolidando a confiança dos pais e favorecendo a estabilidade da díade mãe-bebé.

Por fim, a vigilância em gravidez de risco evidenciou-se como área de elevada complexidade, requerendo competências avançadas de avaliação clínica, monitorização e gestão integrada do risco. Nestes contextos, o papel do enfermeiro especialista estendeu-se para além da dimensão técnico-científica, incluindo a comunicação empática, o suporte emocional contínuo e a tomada de decisão partilhada, assegurando que a mulher permanecesse protagonista do seu processo reprodutivo, mesmo perante situações adversas ou potencialmente ameaçadoras.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O desenvolvimento de competências constitui o eixo central da formação do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, refletindo a integração entre o saber-fazer, o *saber-estar* e o *saber-ser*. Esta etapa do percurso formativo representou um espaço privilegiado para a consolidação da identidade profissional, traduzindo a capacidade de aplicar conhecimento científico à prática clínica de forma autónoma, crítica e humanizada.

O desenvolvimento destas competências expressa, assim, a transposição dos fundamentos conceptuais para a prática, demonstrando a capacidade de transformar o conhecimento em ação clínica consciente, segura e baseada em evidência. Ao longo do estágio, esta integração concretizou-se através da mobilização progressiva de saberes técnicos, científicos, éticos e relacionais, que sustentaram o exercício especializado do EEESMO.

Nesta secção, são analisadas as competências transversais e específicas desenvolvidas, evidenciando a forma como foram aplicadas em diferentes contextos clínicos e como contribuíram para a consolidação de uma prática profissional autónoma, crítica e humanizada.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Para além das competências específicas de cada área de especialização, a atribuição do título de Enfermeiro Especialista exige a demonstração de competências comuns a todas as especialidades, conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2019). Estas competências manifestam-se na conceção, coordenação e supervisão de cuidados de enfermagem, bem como no suporte ao exercício profissional diferenciado, abrangendo funções de formação, investigação e consultoria especializada.

O Regulamento n.º 140/2019 organiza as competências do Enfermeiro Especialista em quatro domínios centrais, todos refletidos na minha prática clínica. A dimensão da responsabilidade profissional, ética e legal desenvolveu-se orientada por princípios sólidos, assegurando o respeito pela privacidade, pelas preferências individuais e pela confidencialidade, reconhecendo a diversidade cultural, social e pessoal — particularmente relevante em contextos sensíveis, onde a humanização e a valorização da experiência da pessoa são determinantes.

A melhoria contínua da qualidade sustentou-se na utilização de conhecimento técnico-científico atualizado, aliado à prática reflexiva, à identificação de áreas de risco e à adesão a protocolos validados, em consonância com recomendações nacionais e internacionais, como as da OMS (2018), ICM (2021) e FIGO (2020). A gestão dos cuidados operacionalizou-se através da organização, priorização e articulação com o processo de enfermagem e com a equipa multidisciplinar, evidenciando a importância das competências de liderança, comunicação e coordenação em situações de elevada complexidade técnica e emocional.

Por fim, o desenvolvimento contínuo das aprendizagens profissionais foi reforçado pela realização de uma Revisão Integrativa da Literatura sobre a exposição corporal e a sensibilidade cultural no parto, contribuindo para a consolidação de uma prática fundamentada, ética e humanizada.

A conjugação destes domínios contribuiu para assegurar a continuidade assistencial, o fortalecimento da relação terapêutica e a promoção de cuidados de enfermagem seguros, significativos e centrados na pessoa.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

As competências específicas do EEESMO refletem a maturidade profissional, conferindo capacidade de atuação autónoma em contextos clínicos exigentes, nos quais liderança, tomada de decisão e garantia da segurança são pilares

essenciais. Durante o estágio, a aplicação destas competências desenvolveu-se de forma prática e integrada, abrangendo diversos domínios fundamentais.

No domínio da exposição corporal durante o trabalho de parto, foram aplicadas intervenções centradas na mulher, respeitando a sua intimidade e diversidade cultural, promovendo humanização, preservação da dignidade e mitigação de impactos emocionais adversos. A observação e gestão de situações de vulnerabilidade permitiram consolidar estratégias de cuidado centradas na mulher.

Na promoção da parentalidade no puerpério, as práticas implementadas incluíram suporte à amamentação, reforço do vínculo afetivo e capacitação dos progenitores, de acordo com princípios de parentalidade positiva e educação terapêutica, favorecendo autonomia, confiança e segurança na díade mãe-bebé.

A vigilância em gravidez de risco envolveu monitorização diferenciada e contínua, integrando competências avançadas de avaliação e gestão do risco. A atuação incluiu comunicação empática, suporte emocional e tomada de decisão partilhada, garantindo o protagonismo da mulher no seu percurso reprodutivo.

A exposição a episódios clínicos de elevada complexidade — como atonia uterina, distocia de ombros, retenção placentária, óbito neonatal e situações de reanimação, entre outros — potenciou a consolidação de competências de liderança, autonomia decisória e comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar.

Paralelamente, a prática em contextos de menor risco, como partos eutócicos e acompanhamento de gestações não complicadas, reforçou a humanização, o respeito pela autonomia e a aplicação consistente da melhor evidência científica.

Em síntese, a articulação harmoniosa entre competências transversais e específicas permitiu exercer uma prática ética, segura, culturalmente sensível e centrada na mulher, consolidando a autonomia técnica, relacional e ética do EEESMO e afirmando a sua identidade profissional como referência na promoção da excelência dos cuidados maternos e neonatais.

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

O cuidado à mulher em trabalho de parto é uma experiência complexa que exige do enfermeiro especialista atuação técnica, relacional e ética, integrando múltiplos saberes para além do aspeto fisiológico (WHO, 2018). Este cuidado valoriza a singularidade de cada experiência de nascimento, reconhecendo que fatores físicos, emocionais, sociais e culturais se interligam, exigindo uma abordagem holística centrada na mulher e na sua família (Gradellini, C. et al, 2021).

A vigilância clínica rigorosa constitui um eixo central para a segurança materno-fetal. Nesse sentido, a monitorização da evolução do trabalho de parto, o incentivo à mobilidade, a adoção de posições favoráveis e a utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor configuram práticas fundamentadas na evidência científica e recomendadas por organismos de referência, como a Organização Mundial da Saúde (2018) e o NICE (2021).

Contudo, cuidar ultrapassa a dimensão técnica: implica também presença, apoio e reconhecimento do protagonismo da mulher no processo, assegurando que a experiência do parto é vivida com dignidade, autonomia e significado.

Nesta perspetiva, a dimensão relacional do cuidado assume particular relevância. A construção de uma relação terapêutica de confiança, alicerçada na empatia, na comunicação clara e na presença contínua, reforça o sentimento de segurança e promove o bem-estar da parturiente. Gestos simples de proximidade, palavras de encorajamento ou a validação das emoções podem exercer um impacto profundo na forma como a mulher vivencia o seu parto — uma evidência amplamente documentada por Gradellini, C et al. (2021).

A dimensão cultural e ética acrescenta uma camada adicional de complexidade ao cuidado, na medida em que cada mulher transporta consigo valores, crenças e expectativas que moldam a forma como vivencia o parto. Reconhecer e respeitar estas particularidades é fundamental para garantir dignidade,

privacidade, consentimento informado e o direito à presença de um acompanhante — aspetos determinantes para que a mulher se sinta respeitada e protagonista do seu processo (Bohren, M.A. et al, 2019).

Neste enquadramento, humanizar o parto, como sublinha a OMS (2018), implica criar um ambiente seguro e acolhedor, no qual a intervenção médica se reserva às situações clinicamente justificadas, valorizando simultaneamente a experiência única de cada mulher. Esta abordagem reforça a confiança da parturiente no seu corpo, promove a sua autonomia e fortalece a relação com a equipa de saúde, transformando o nascimento num evento de empoderamento e profundo significado.

A continuidade deste cuidado estende-se ao período pós-parto imediato, momento crucial na transição para a parentalidade. O incentivo ao contacto pele com pele, a promoção da amamentação precoce e o apoio à vinculação entre mãe, pai e recém-nascido constituem práticas sustentadas pela evidência que consolidam a autonomia e a confiança da família na sua nova dinâmica (Hildingsson, I. et al, 2019).

Deste modo, cuidar a mulher em trabalho de parto significa articular ciência e humanidade, técnica e presença, razão e sensibilidade. Implica integrar segurança clínica, apoio emocional, respeito cultural e promoção da autonomia, garantindo que cada nascimento seja vivido como uma experiência segura, respeitada e profundamente significativa.

2.1.1 CONTEXTO CLÍNICO DE SALA DE PARTOS

O estágio clínico em sala de partos decorreu entre 16 de setembro de 2024 e 15 de fevereiro de 2025, totalizando 550 horas de prática supervisionada sob orientação direta de duas EEESMO. O percurso formativo teve como missão a prestação de cuidados especializados à mulher e ao casal/pessoa significativa durante todas as fases do trabalho de parto, parto e em contextos

particularmente delicados, como interrupções médicas da gravidez, abortos espontâneos ou perdas fetais.

A organização arquitetónica do serviço encontra-se adaptada às exigências assistenciais contemporâneas, favorecendo um ambiente que promove a humanização e a individualização dos cuidados. O núcleo assistencial é constituído por nove salas de parto de utilização individual: oito destinadas à assistência em trabalho de parto e/ou indução, e uma reservada, sempre que possível, para situações de perda gestacional, assegurando maior privacidade e contenção emocional num momento sensível.

Cada sala dispõe de casa de banho privativa com duche, cadeira reclinável para o acompanhante, televisão e acesso a conteúdos audiovisuais (música, técnicas de relaxamento). O espaço amplo permite à parturiente mobilidade e adoção de posições facilitadoras do trabalho de parto. Estão igualmente disponíveis dispositivos auxiliares — como bola de pilates, bola de amendoim, bola bolacha e arco de suspensão — que favorecem a mobilidade pélvica, a verticalidade e a liberdade de movimentos, reconhecidas como intervenções benéficas para a progressão fisiológica do parto.

No plano técnico, cada sala integra um carro de apoio multidisciplinar com material e dispositivos necessários à vigilância da parturiente e à receção neonatal, incluindo equipamento completo de reanimação. Existe ainda uma zona técnica externa equipada com reanimador neonatal, destinada a acolher recém-nascidos oriundos de partos instrumentais ou cesarianas, ou em situações em que a reanimação junto dos pais não seja considerada adequada pela equipa assistente.

No centro do serviço localiza-se uma área em planta aberta (*open space*), que congrega diversas zonas funcionais: gabinete para reuniões clínicas e registos médicos, sala técnica com material farmacológico e terapêutico, central de monitorização de sinais vitais e cardiotocografia (CTG), além de múltiplos postos informáticos partilhados pela equipa multidisciplinar.

A vigilância da atividade uterina e da frequência cardíaca fetal (FCF) é assegurada por monitorização cardiotocográfica contínua, com registo disponível em tempo real tanto no posto de enfermagem como no gabinete médico. Esta monitorização pode ser realizada por telemetria wireless, disponível em todas as salas, permitindo que a grávida mantenha a mobilidade desejada durante o trabalho de parto.

Neste contexto organizacional e assistencial, o EEESMO, pela sua formação técnica, científica e relacional, assume um papel central na assistência à mulher, assegurando cuidados contínuos, personalizados e centrados na pessoa. Entre as suas principais intervenções destacam-se a oferta de estratégias eficazes para o controlo da dor, o incentivo à mobilidade e à adoção de posições escolhidas pela mulher, sempre em respeito pelas suas preferências. A construção de uma relação terapêutica baseada numa comunicação empática e assertiva constitui um eixo estruturante da prática clínica, essencial para a promoção da autonomia, da segurança e da satisfação da mulher ao longo de todo o processo de parto (Steen et al., 2021).

As admissões são realizadas, em geral, por meio de situações de urgência obstétrica ou, nos casos de indução do trabalho de parto, por intermédio de internamento previamente agendado. Relativamente à presença de acompanhante, o hospital cumpre integralmente o disposto no artigo 12.º da Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro, garantindo à grávida o direito de estar acompanhada 24 horas por dia por uma pessoa da sua escolha, podendo alterar essa decisão a qualquer momento.

Quanto aos recursos humanos, a distribuição respeita os rácios de dotação segura estabelecidos pelo Parecer n.º 43/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Em cada turno, encontram-se habitualmente quatro EEESMO, assegurando um rácio de um enfermeiro especialista para duas parturientes no primeiro estágio do trabalho de parto, ou de um para uma parturiente no segundo estágio. O acompanhamento do terceiro estágio é realizado pelo mesmo profissional que assistiu o segundo, garantindo continuidade e segurança nos cuidados. Nas induções, mantém-se o rácio recomendado de um EEESMO por duas

parturientes, assegurando vigilância eficaz, tecnicamente segura e alinhada com os princípios da humanização do nascimento.

2.1.2 CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO DE PARTO

O TP e o parto constituem o desfecho de um processo vivido intensamente pela mulher — a gravidez — e exigem uma complexa adaptação fisiológica mediada por múltiplos fatores. Trata-se de um processo fisiológico dinâmico, caracterizado por alterações sucessivas que permitem a progressão do feto pelo canal de parto e a sua expulsão. Entre os fatores determinantes do processo destacam-se a regularidade e eficácia das contrações uterinas, a dilatação cervical progressiva, a descida e rotação fetal, bem como as condições maternas e fetais que influenciam o curso do trabalho de parto (ACOG, 2020).

Tradicionalmente, o TP é descrito em diferentes fases — latente, ativa e expulsiva — cada uma com particularidades próprias quanto à intensidade contrátil, evolução cervical e participação ativa da mulher. A fase de dequitação da placenta constitui igualmente uma etapa crítica, na qual a vigilância clínica é determinante para prevenir complicações, como a hemorragia pós-parto (WHO, 2012).

Para além dos aspetos fisiológicos, o trabalho de parto envolve dimensões individuais e contextuais que conferem singularidade à experiência de cada mulher. Elementos como a posição adotada, a liberdade de movimento, o ambiente físico, a preparação prévia para o parto e a qualidade da relação com os profissionais de saúde influenciam significativamente a forma como o processo é vivido (Borges, M. et al, 2021; Gizzo, S. et al, 2014).

O TP encerra também uma dimensão emocional e simbólica, marcada pela transição para a maternidade e pela reorganização psicológica e afetiva da mulher e do casal. Esta experiência, simultaneamente biológica e subjetiva, reflete-se não apenas nos desfechos clínicos, mas também na satisfação e no significado atribuído ao parto, reforçando a importância de uma assistência

centrada na mulher, humanizada e baseada em evidência (Possati, A.B, et al, 2021).

O cuidado à mulher em trabalho de parto deve, assim, integrar segurança clínica, apoio emocional, sensibilidade cultural e promoção da autonomia, garantindo atenção individualizada que respeite a singularidade de cada experiência e promova resultados maternos e neonatais positivos (WHO, 2018).

2.1.3 CUMPRIMENTO DA DIRETIVA 2005/36/CE

O estágio na sala de partos proporcionou-me experiências profundamente enriquecedoras, tanto a nível pessoal como profissional. A diversidade de situações clínicas vivenciadas permitiu o desenvolvimento e consolidação de competências técnicas, relacionais e éticas, essenciais à prática especializada. As principais experiências adquiridas encontram-se sintetizadas na tabela 1.

Tabela 1. Experiências no âmbito do estágio em sala de partos

Partos assistidos	Partos participados	Com episiotomia	Sem episiotomia	Distócicos por ventosa	Distócico por cesariana
49	25	1	48	19	1

O percurso de aquisição de competências desenvolveu-se de forma sequencial e estruturada, permitindo a consolidação gradual do conhecimento e uma compreensão integrada do fenómeno do nascimento. Entre as atividades mais frequentemente realizadas destacam-se: a admissão da parturiente na sala de partos; a monitorização cardiotocográfica; o preenchimento do partograma; a avaliação do progresso do trabalho de parto — incluindo toque vaginal, análise da variedade de posições e avaliação perineal; bem como a prestação de cuidados individualizados, ajustados à fase do trabalho de parto e ao plano de parto, quando existente.

Paralelamente, foi dada particular atenção à adaptação neonatal, nomeadamente através do estímulo da vinculação precoce, promoção do aleitamento materno e incentivo ao contacto pele com pele durante a primeira hora de vida. Sempre que se verificaram situações que ultrapassavam o âmbito da minha competência como estudante, procedeu-se à devida referenciação, garantindo a segurança e a qualidade da assistência prestada.

2.1.4 CASO CLÍNICO 1

“O Útero em Pausa: Falência Uterina no Pós-Parto Imediato”

Cenário

Sofia (nome fictício), 38 anos, IIIG IIP, com 39 semanas e 4 dias de gestação, recorreu ao serviço de urgência às 10h30 devido a contratilidade uterina dolorosa com 3 horas de evolução. Foi admitida na sala de partos com diagnóstico de trabalho de parto ativo: colo uterino anterior com 80% de extinção, dilatação de 5 cm e membranas íntegras. O rastreio de Streptococcus do grupo B (SGB) era negativo, o seu grupo sanguíneo era A+, sem antecedentes pessoais significativos e apresentava alergia ao Ácido-Clavulânico. Encontrara-se acompanhada pelo marido.

O casal tinha frequentado sessões de preparação para o parto na Unidade de Cuidados de Continuidade (UCC) correspondente e possuía plano de parto escrito. Sofia manifestou preferência por um parto natural, o mais fisiológico possível, valorizando liberdade de movimentos durante o período expulsivo, contacto pele a pele imediato com o recém-nascido e início da amamentação na primeira hora de vida.

O trabalho de parto evoluiu de forma rápida e progressiva, culminando no nascimento de Camila, por parto eutócico, às 11h38. A recém-nascida

apresentou índices de Apgar de 9 ao 1.º minuto, 10 ao 5.º minuto e 10 ao 10.º minuto, com peso de 3680 g.

No período pós-parto imediato, foi identificada uma hemorragia pós-parto por atonia uterina, prontamente reconhecida e tratada pela equipa, assegurando a segurança materna e a estabilidade clínica da parturiente.

Justificação da escolha do caso

A hemorragia pós-parto (HPP) por atonia uterina representa uma complicação obstétrica de gravidade significativa, exigindo vigilância contínua da perfusão materna, avaliação sistemática da contratilidade uterina, monitorização rigorosa das perdas sanguíneas e acompanhamento da resposta hemodinâmica.

O desempenho do EEESMO revela-se determinante na implementação precoce de intervenções assentes em evidências científicas, assegurando a segurança materno-fetal, promovendo cuidados personalizados e estabelecendo uma comunicação eficiente com a parturiente e respetiva família.

Este contexto realça a relevância da articulação entre a gestão fisiológica do parto, a intervenção clínica baseada em protocolos e o suporte emocional e educativo à mulher e ao casal, em consonância com os princípios de humanização e valorização do protagonismo feminino no parto (WHO, 2018).

Constituiu, portanto, uma oportunidade para consolidar as competências clínicas, reforçar a autonomia na tomada de decisões e refletir sobre o papel crítico do EEESMO na promoção da segurança materna e na excelência dos cuidados prestados.

Tempo de acompanhamento

O acompanhamento do presente caso clínico decorreu ao longo do turno da manhã, entre as 08h00 e as 14h30.

Aspetos de Enfermagem Relacionados com a Medicação Uterotónica

O misoprostol, análogo sintético da prostaglandina E1, estimula a contração da musculatura uterina, sendo utilizado no tratamento da hemorragia pós-parto (HPP). A dose recomendada varia entre 600 e 1000 mcg, podendo ser administrado por via oral, sublingual ou retal. Apresenta início de ação rápido, com pico sérico entre 20 e 30 minutos, e semivida de aproximadamente 3 horas. Entre os efeitos secundários destacam-se dor abdominal, náuseas, vômitos, cefaleia e hipertermia, sendo contraindicado em casos de alergia conhecida ou doença inflamatória intestinal (ACOG, 2020).

A oxitocina, hormona natural também disponível em forma sintética, constitui o uterotónico de primeira linha na HPP. Quando administrada por via endovenosa, o seu efeito inicia-se em menos de um minuto, com semivida de 3 a 5 minutos. Atua sobre a musculatura lisa do útero, promovendo contrações eficazes essenciais na fase pós-parto para reduzir as perdas hemáticas (WHO, 2018).

No caso clínico em análise, foram administrados os seguintes uterotónicos:

- Oxitocina 20 U.I. por via endovenosa (15 U.I. diluídas + 5 U.I. diretas);
- Misoprostol 800 mcg por via retal (4 comprimidos de 200 mcg).

Descrição da Evolução do Trabalho de Parto

O quadro 1 resume os principais marcos clínicos da evolução do trabalho de parto.

Quadro 1. Caso clínico 1: Síntese da Evolução do Trabalho de Parto

Momento Clínico	Parâmetros Observados
10:30 – Fase ativa inicial	- Colo: 80% extinto, 5 cm dilatado - Contrações: 4/10 min, duração 40 seg, intensidade moderada - Dor: sacrolombar - Membranas: íntegras - Variedade fetal: OAD - Altura da apresentação: 1.º plano de Hodge
11:24 – Transição para expulsivo	- Colo: completamente extinto (100%), 10 cm dilatado - Contrações: 4/10 min, 50 seg, severas - Rotura espontânea de membranas às 11:25h - Líquido amniótico: normal

	- Variedade fetal: OAD - Descida fetal: 2.º → 3.º plano de Hodge
Bem-estar fetal	- Linha de base: 110–160 bpm - Variabilidade: 5–25 bpm - Presença de acelerações - Ausência de desacelerações repetitivas - Movimentos ativos percebidos pela mãe
11:32–11:38 – Parto	- Esforços expulsivos: eficazes - Posição materna: lateralizada - Estado do períneo: íntegro - Tipo de parto: eutócico - Hora de nascimento: 11:38
11:45 – Dequitação	- Tipo: espontânea, com tração controlada do cordão - Manobra utilizada: Dublin - Mecanismo de descolamento: Duncan - Características placentárias: sem alterações visíveis
11:50 – Pós-parto imediato	- Contração uterina: ausente (atonia) - Perda sanguínea vaginal: superior ao esperado
Recém-nascido	- Índice de Apgar: 9 (1'), 10 (5'), 10 (10') - Peso ao nascimento: 3680 g

Plano de Cuidados (E4- Nursing)

Domínio - Parto

Foco de atenção: Trabalho de parto.

Dados relevantes para o diagnóstico:

Obtidos na admissão da urgência- Colo uterino com 5 cm de dilatação e 80% de extinção. Quatro contrações uterinas em 10 minutos com duração de 40 segundos.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: Dor lombosagrada relatada pela parturiente.

Diagnóstico: Trabalho de parto.

Objetivos:

- Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal;
- Facilitar trabalho de parto / nascimento.

Critérios de resultado:

Colo uterino com dilatação e extinção progressivos, compatíveis com fase ativa do trabalho de parto;

Bem-estar fetal evidenciado por padrões de FCF: 110–160 bpm, com variabilidade moderada (5–25 bpm), presença de acelerações e a ausência de desacelerações patológicas;

Parturiente com controlo adequado da dor e capacidade de colaborar com o processo de parto.

Intervenções:

[10h30]

1. Avaliar evolução do TP

Visa identificar se este decorre dentro da normalidade, permitindo a deteção precoce de alterações (OE, 2023).

- Avaliar características da contração uterina e bem-estar fetal

A vigilância materno-fetal foi assegurada por monitorização cardiotocográfica contínua, conforme o protocolo institucional e as recomendações da DGS (2023), visando a segurança clínica. Utilizou-se CTG sem fios, facilitando a mobilidade materna durante a fase ativa do trabalho de parto.

- Avaliar estática fetal, através da palpação abdominal

Permitiu identificar a apresentação, posição e atitude do feto, sendo fundamental para planear intervenções adequadas e promover um parto seguro.

- Avaliar perda sanguínea vaginal, através de relato da grávida e observação

Essencial para detetar precocemente sinais de complicações como descolamento da placenta ou início de trabalho de parto, contribuindo para uma atuação clínica atempada e segura (NICE, 2023).

[10h45]

2. Assistir no posicionar

A mobilidade e a adoção de posições verticais durante o TP não só favorecem o progresso fisiológico — facilitando a dilatação cervical, o encaixe fetal e o alívio da dor — como também reforçam a autonomia da mulher, ao permitirem uma adaptação postural intuitiva e centrada nas suas necessidades e conforto (Borges, M. et al, 2021).

3. Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

As estratégias facilitadoras do TP focam-se nos movimentos pélvicos, que otimizam a adaptação dos diâmetros feto-pélvicos e impulsionam o progresso do parto (Cardoso, A. Et al, 2023).

- Auxiliei a parturiente na realização de básculas pélvicas, com e sem apoio da bola de parto, durante o trabalho de parto.
- As básculas pélvicas favorecem o alinhamento fetal, reduzem a dor lombar e facilitam a progressão do trabalho de parto ao promoverem a mobilidade da pelve e a descida do feto (Zhang et al., 2025).
- Auxiliei a parturiente na adoção de posições como decúbito lateral e posição de quatro apoios inclinada para a frente, conforme sua tolerância e conforto.

Estas posições permitem alívio da dor lombo-sagrada, facilitam a rotação fetal e promovem a progressão do trabalho de parto.

Domínio - Sensações somáticas

Foco de atenção: Dor de Trabalho de parto.

Dados relevantes para o diagnóstico: Sofia refere dor aguda na região lombo-sagrada, de intensidade moderada (8 Escala Numérica da Dor). Expressão facial de dor.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: Na fase ativa do parto, a dor intensifica-se com a descida fetal e o aumento das contrações. Sofia desejava um parto fisiológico, sem analgesia.

Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas.

Objetivos:

- Determinar evolução da dor;
- Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto.

Critérios de resultado:

Que a parturiente perceção aumento do conforto;

Que a parturiente consiga gerir a dor do trabalho de parto eficazmente através das estratégias não farmacológicas;

Que a parturiente perceba quais as estratégias de alívio da dor de trabalho de parto significativas para si.

Intervenções:

[11:05]

1. Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal

Colo totalmente extinto, 10 cm de dilatação. Constata-se REM com LA claro, sem cheiro, CTG tranquilizador compatível com o momento de período expulsivo.

2. Massagem na região lombosagrada (simulação de rebozo)

A massagem lombossagrada reduz a dor e promove relaxamento no trabalho de parto ao ativar mecanismos sensoriais, liberar endorfinas e equilibrar hormonas como cortisol, norepinefrina e serotonina (Farlikhatun, L. et al, 2022), podendo também favorecer a dilatação cervical (Chang et al., 2022). A técnica do rebozo, com movimentos rítmicos na pelve, alivia a dor, induz relaxamento e facilita a mobilidade pélvica e o reposicionamento fetal (Cardoso et al., 2023).

Foco de atenção: Dor de Trabalho de parto.

Dados relevantes para o diagnóstico: A parturiente verbaliza frases: “não aguento mais”; “não consigo!”; “desta vez não vou ser capaz”

Diagnóstico: Potencial para melhorar autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto.

Objetivos: Facilitar TP através da promoção da eficácia pessoal relacionada à capacidade de lidar com o processo de parto.

Crítérios de resultado:

A parturiente demonstra aumento da confiança na sua capacidade para gerir a dor, expresso através de declarações positivas e participação ativa nas estratégias de coping;

A mulher utiliza de forma autónoma as técnicas de alívio da dor (como respiração, posições alternativas, vocalizações), evidenciando uma crença na sua eficácia para controlar a dor;

Relata uma sensação crescente de controlo sobre as sensações dolorosas, com diminuição da sensação de impotência (ex.: "aguento mais", "consigo controlar").

Intervenções:

[11:29]

1. Persuasão verbal

- Elogiei o desempenho da parturiente.

Em contextos clínicos, o elogio sincero do progresso ou da forma como a pessoa está a lidar com o processo (por exemplo, durante o trabalho de parto) pode reduzir perceções de dor, aumentar a sensação de controlo e reforçar comportamentos eficazes (Cheng, G. Z. et al, 2023).

2. Promoção de respostas emocionais e fisiológicas

A promoção de estímulos verbais e ambientais positivos favorece a libertação de ocitocina e reduz a perceção da dor, melhorando o bem-estar emocional e a progressão do trabalho de parto (WHO, 2018; Çankaya, S, et al, 2021).

3. Promoção da autoeficácia

- Promovi apoio emocional, educação, liberdade de escolha, alívio da dor e ambiente respeitoso. No caso de Sofia, com partos prévios, o reforço positivo e um ambiente calmo aumentaram sua confiança e satisfação.

A autoeficácia é a convicção da pessoa na sua capacidade de alcançar objetivos. No TP, refere-se à perceção da mulher sobre sua habilidade para enfrentar a dor e desafios.

Domínio - Nascimento**Foco de atenção:** Parto

Dados relevantes para o diagnóstico: A parturiente refere vontade de iniciar esforços expulsivos

Diagnóstico: Trabalho de parto.

Objetivos:

- Promover evolução favorável do trabalho de parto;
- Facilitar trabalho de parto/ nascimento.

Crítérios de resultado:

A parturiente participa ativamente na condução do trabalho de parto;

A parturiente expressa segurança e confiança no processo de nascimento;

O parto decorre com progressão fisiológica e sem complicações.

Intervenções:

[11:32]

1. Assistir no posicionamento

- Ajudei a parturiente adotar a posição mais favorável para si;
- Encorajei a alternância de posições (“escutar o próprio corpo”);
- Respeitei a alternância de posições escolhidas.

Sofia optou por um parto sem analgesia farmacológica, adotando posições confortáveis em conformidade com as orientações da DGS (2023). A escuta ativa do corpo promoveu o seu empoderamento e reforçou a percepção de autoeficácia no parto (Ibrahim, E. M. A. E. A, et al, 2024). Iniciou os esforços expulsivos na posição de quatro apoios, reconhecida por aliviar a dor lombar e potenciar a eficácia das contrações e terminou o período expulsivo em decúbito lateral esquerdo, por desconforto nos joelhos e pulsos associados ao apoio prolongado (Gizzo, S. et al, 2014).

2. Assistir no parto

- Assegurei o bem-estar materno-fetal: monitorização fetal contínua

A monitorização contínua das contrações uterinas e da frequência cardíaca fetal foi mantida até à exteriorização cefálica, com o objetivo de detetar precocemente eventuais riscos maternos e fetais. A condução do parto seguiu o protocolo institucional, com a equipa composta por dois enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica: um dedicado à vigilância do trabalho de parto e outro aos cuidados imediatos ao recém-nascido.

- Gestão do ambiente físico

Assegurei a preservação da intimidade da parturiente e promovi uma relação de confiança, alicerçada nos princípios da assistência humanizada, que valorizam a fisiologia, a privacidade e a autonomia da mulher e do casal. Proporcionei música ambiente conforme solicitado, reconhecendo o seu potencial para reduzir a dor e a ansiedade ao estimular a libertação de endorfinas e serotonina, hormonas associadas ao bem-estar e ao alívio da dor (Nori, W. et al, 2023; Silva, L.S. et al, 2024)

- Aplicação de calor na região lombosagrada e perineal

O calor induz vasodilatação, reduz a transmissão dos impulsos nociceptivos e promove relaxamento muscular, estimulando a libertação de ocitocina e facilitando a progressão do trabalho de parto (Nori et al., 2023; Dastjerd, F. et al, 2023). Trata-se de uma técnica segura, acessível e versátil.

- Preparação de material

Preparei o material de reanimação neonatal, conectando o reanimador e o aquecedor conforme as normas de segurança. Realizei lavagem rigorosa das mãos, fundamental para prevenir infeções e garantir a segurança materno-infantil (WHO, 2020). Organizei o material de parto necessário, mantendo vigilância contínua da progressão fetal para detetar precocemente eventuais anomalias (ACOG, 2022).

- Técnica hands-on

Considerei as recomendações da ACOG (2019) e utilizei a manobra de Ritgen modificada para proteger o períneo durante o coroamento. Após a saída da cabeça, suspendi os esforços da parturiente para corrigir a circular do cordão e facilitar o nascimento dos ombros.

Foco de atenção: Nascimento

Dados relevantes para o diagnóstico: hora de nascimento 11h38, RN com Índice de Apgar 9 ao 1.º minuto, 10 ao 5.º minuto, 10 ao 10.º minuto. Sofia manifestou o desejo em realizar contacto pele com pele.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: A Camila foi colocada em contato pele com pele imediatamente após o nascimento. Este contato inicial é crucial para a adaptação ao meio extrauterino do recém-nascido.

Objetivo: Promover adaptação à vida extrauterina.

Intervenções:

[11:38]

1. Executar clampeamento do cordão umbilical

Realizei a clampagem tardia do cordão umbilical, após o primeiro minuto de vida, conforme solicitado pelo casal. Essa prática, recomendada pela ACOG (2020) e pela WHO(2018), beneficia o recém-nascido ao melhorar os níveis de hemoglobina e reservas de ferro, essenciais para o desenvolvimento inicial, e reduz a necessidade de fototerapia.

2. Executar técnica de pele com pele

O contato pele com pele imediato regula a temperatura e a respiração do recém-nascido, fortalece o vínculo afetivo, estimula a amamentação precoce e reduz riscos como hipoglicemia, stress neonatal e mortalidade, facilitando a adaptação à vida extrauterina e melhorando o equilíbrio emocional materno (Cloherty, J. P. et al, 2021).

Camila foi colocada em decúbito ventral, em contato pele com pele com o tórax da mãe e coberta com lençol limpo e aquecido, prática que ajuda a prevenir a hipotermia no pós-natal imediato (Barreto, G. A. N. et al, 2022).

3. Avaliação global do RN

A cada 15 minutos, a RN foi avaliada nos parâmetros de respiração, coloração, tônus muscular e posição do recém-nascido.

É fundamental para a deteção precoce de complicações como dificuldades respiratórias ou hipotonia, possibilitando intervenções rápidas e garantindo a adequada adaptação fisiológica e saúde neonatal (AAP, 2021).

Foco de atenção: Pós-Parto

Dados relevantes para caracterizar o contexto: A parturiente referiu “vontade de puxar novamente”

Diagnóstico: Trabalho de parto – Dequitação.

Objetivos:

- Prevenir complicações decorrentes do período expulsivo;
- Avaliar evolução da recuperação pós-parto.

Critérios de Resultado:

Evolução sem sinais de complicações pós-parto, como lacerações, hemorragias ou dor intensa;

Recuperação progressiva do tônus uterino e do períneo, com retorno gradual à funcionalidade habitual.

Intervenções

11h45]

1. Assistir na expulsão da placenta

A manobra de Dublin, com torção suave da placenta, assegura a expulsão completa, reduzindo riscos de retenção, infeções e hemorragias. A palpação do globo de segurança de Pinard verifica a contração uterina pós-placentária, prevenindo atonia e hemorragias.

2. Prevenir principais complicações do 3º estadio do trabalho de parto

Apliquei gestão ativa do terceiro estadio de TP, com o intuito de reduzir complicações e estabilizar a hemodinâmica materna (Begley et al., 2019; DGS, 2015).

- Prevenir atonia uterina e HPP decorrente da mesma

Monitorizei rigorosamente a perda sanguínea e sinais vitais maternos a cada 15 minutos (DGS, 2023). Administrei 15 UI de ocitocina EV em perfusão promovendo contrações uterinas eficazes (ACOG, 2020).

- Realizei revisão do canal de parto

Confirmado períneo íntegro, procedendo posteriormente aos cuidados de higiene perineais.

- Inspeccionei placenta, membranas e cordão umbilical

A inspeção da placenta e anexos para garantir sua integridade, previnem a retenção de fragmentos placentários e o risco de hemorragia pós-parto (ACOG, 2020; WHO, 2018).

Domínio - Sistema cardiovascular

Foco de atenção: Perda sanguínea

Informações relevantes para o diagnóstico: Puérpera apresentou quadro de hemorragia intensa decorrente de atonia uterina.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: Puérpera com palidez, taquicardia e hipotensão significativa (pressão arterial 80/50 mmHg).

Diagnóstico: Risco de choque hipovolémico, relacionado com perda sanguínea aguda secundária a atonia uterina

Objetivos:

- Estabilizar a parturiente, controlar a perda sanguínea e restaurar a homeostase;
- Prevenir complicações graves e mortalidade materna.

Crítérios de resultado:

Fundos uterino firme e contrátil;

Sinais vitais dentro de parâmetros normais;

Perda sanguínea controlada e sem sinais de choque.

Intervenções:

[11h48]

1. Monitorização contínua dos sinais vitais

Fundamental durante a HPP para detetar precocemente a deterioração hemodinâmica e orientar intervenções como fluidos, uterotónicos e suporte avançado de vida (ACOG, 2020).

2. Administração de fluidoterapia de restituição (acesso periférico existente desde a admissão)

A administração de fluídos cristalóides isotónicos, recomendada pela OMS (2023), visa restaurar o volume intravascular e prevenir choque hipovolémico em casos de hemorragia pós-parto com instabilidade hemodinâmica, integrando o protocolo de emergência para gestão eficaz da HPP.

3. Massagem bimanual combinada

Recomendada pela WHO (2018) e ACOG (2020), é uma técnica de emergência que promove a contração uterina e controla hemorragias por atonia, comprimindo simultaneamente o útero por via abdominal e vaginal para estimular o miométrio e garantir hemostasia enquanto se aguardam outras intervenções.

4. Administração de ocitócicos conforme prescrição

Foram administrados 4 comprimidos de misoprostol (600–1000 mcg) por via retal, de acordo com o protocolo institucional, seguidos da administração de 5 UI de oxitocina por via intravenosa em bólus, com o objetivo de controlar a atonia uterina.

5. Avaliação de perdas hemáticas por estimativa visual

Permite monitorizar a perda sanguínea de forma contínua e identificar precocemente sinais de hemorragia pós-parto (Carvalho et al., 2017).

6. Avaliação da contração uterina (globo de segurança de Pinard).

Permite avaliar a eficácia da contração uterina e identificar precocemente sinais de atonia e hemorragia (WHO, 2018).

Diagnóstico: Perfusão tissular ineficaz relacionada com hemorragia aguda secundária a atonia uterina

Objetivo:

- Restabelecer perfusão adequada e estabilidade hemodinâmica.

Crítérios de resultado:

Coloração e temperatura da pele normais;

Tempo de enchimento capilar ≤ 2 segundos;

Estado de consciência alerta e orientado;

Sinais vitais estabilizados.

Intervenções:

1. Avaliar coloração e temperatura da pele, enchimento capilar

Permite identificar precocemente sinais de hipoperfusão e instabilidade hemodinâmica, fundamentais para a deteção de choque, especialmente em situações de hemorragia pós-parto (WHO, 2018).

2. Avaliação do nível de consciência

Essencial para identificar precocemente sinais de hipoperfusão e orientar intervenções adequadas, prevenindo complicações como perda de consciência ou disfunção orgânica (ACOG, 2020). Sofia manteve um estado de consciência alerta com pontuação de 15 ECG.

3. Otimizar perfusão cerebral

O posicionamento adequado da puérpera na hemorragia pós-parto, como a posição supina com elevação das pernas (Trendelenburg modificada), visa otimizar a perfusão cerebral e prevenir complicações da hipoperfusão, redirecionando o fluxo sanguíneo para órgãos vitais e minimizando os efeitos da hipotensão.

4. Monitorizar diurese

Inserção de cateter vesical para garantir a eliminação urinária favorecedora da contração uterina, permitindo monitorizar o débito urinário, parâmetro essencial na avaliação do estado hemodinâmico durante a hemorragia pós-parto (ACOG, 2020; DGS, 2023).

5. Colheita de sangue para exames laboratoriais.

Essencial para monitorizar a extensão da perda sanguínea, detetar distúrbios de coagulação e orientar intervenções como reposição de fluidos ou transfusões, através da análise de parâmetros como hemoglobina, hematócrito, plaquetas e função renal (ACOG, 2020; WHO, 2018).

Diagnóstico: Ansiedade relacionada com situação clínica aguda e perceção de ameaça à integridade física.

Objetivo:

- Reduzir a ansiedade e promover sensação de segurança

Crítérios de Resultado- Que Sofia:

Expresse verbalmente redução da ansiedade;

Apresente comportamento mais tranquilo e colaborante;

Frequência cardíaca e respiratória dentro dos limites normais.

Intervenções:

1. Presença contínua junto à mulher

Promovi o sentimento de segurança, reforçando a sua autonomia e contribuindo para uma experiência de parto mais positiva (WHO, 2018; ACOG, 2020). Utilizei uma abordagem tranquilizadora, explicando o procedimento e reforçando que a equipe estava a agir para garantir sua segurança.

2. Estimulação de respiração controlada

Ajudei a reduzir a ansiedade e o stress materno, favorecendo a estabilidade hemodinâmica e promovendo um maior controlo emocional diante da situação de emergência.

3. Facilitar a presença de acompanhante

Permiti a presença do marido, contribuindo para o conforto emocional da mulher, reduzindo a perceção de medo e ansiedade na situação crítica como a HPP.

Consequentemente reforcei a confiança na equipa de cuidados (WHO, 2018; Bohren, M.A. et al, 2019).

Garantidas as condições de segurança e monitorização programada da puérpera durante a primeira hora pós-parto, permiti à triade a vivência da experiência com privacidade, ausentando-me da sala.

Síntese do Caso

O percurso clínico de Sofia constituiu uma oportunidade privilegiada para observar e aplicar, de forma integrada, as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A evolução rápida do trabalho de parto — um parto precipitado — configurou um risco acrescido de hemorragia pós-parto por atonia uterina, situação que exigiu capacidade de vigilância contínua, raciocínio clínico apurado e intervenção imediata, de modo a garantir a segurança materno-fetal. Esta condição, frequentemente associada à incapacidade do miométrio em realizar contrações eficazes no período pós-parto, compromete os mecanismos fisiológicos de hemostasia e a involução uterina (ACOG, 2020; WHO, 2018), exigindo uma atuação célere e tecnicamente fundamentada.

No decurso deste episódio, foi possível demonstrar e consolidar competências clínicas especializadas, nomeadamente na observação sistemática da condição materna e fetal, na interpretação de registos cardiotocográficos e na avaliação rigorosa dos sinais vitais. A vigilância ativa permitiu reconhecer precocemente sinais de instabilidade e atuar com base em evidência científica, aplicando intervenções imediatas como massagem uterina, avaliação da integridade placentária e administração supervisionada de ocitócicos. Este processo traduziu-se num exercício contínuo de tomada de decisão fundamentada, centrada na mulher e sustentada pela segurança e qualidade dos cuidados.

Simultaneamente, este caso favoreceu o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais, essenciais à prática do EEESMO. Mesmo num

contexto de urgência, procurei manter a mulher informada e envolvida, explicando de forma clara as intervenções realizadas e acolhendo as suas reações com empatia e respeito. Esta comunicação terapêutica revelou-se determinante para reduzir o impacto emocional do evento, promovendo confiança e reforçando o protagonismo da mulher no seu processo de parto.

A articulação com a equipa multidisciplinar permitiu ainda o reforço das competências de liderança, coordenação e trabalho em equipa, fundamentais para a gestão eficaz de situações complexas. A capacidade de agir de forma organizada e colaborativa, assegurando a continuidade dos cuidados e a comunicação assertiva entre profissionais, demonstrou a importância da liderança partilhada e da responsabilidade coletiva na promoção da segurança clínica.

No plano ético e deontológico, esta situação suscitou reflexão sobre os limites da autonomia profissional em contexto formativo. Diante de uma situação crítica, procurei manter uma postura prudente, solicitando supervisão e validando decisões com a equipa, garantindo que cada ação se orientava pelos princípios da beneficência, não maleficência e respeito pela dignidade da pessoa humana. Esta atitude reforçou a importância de agir com responsabilidade, reconhecendo que a competência técnica deve sempre ser acompanhada de discernimento ético.

Por fim, a experiência de Sofia contribuiu de forma expressiva para o fortalecimento das competências de desenvolvimento profissional e científico. A necessidade de compreender a fisiopatologia da atonia uterina, de antecipar riscos e de selecionar intervenções baseadas na evidência levou-me a revisitar literatura atualizada, guidelines internacionais e protocolos institucionais, transformando o episódio clínico num exercício de aprendizagem ativa e investigação aplicada à prática.

Em síntese, este caso clínico representou um marco no meu crescimento enquanto futura EEESMO, pois integrou todos os domínios de competência preconizados no Regulamento n.º 391/2019 — clínico, ético, relacional, científico

e de desenvolvimento profissional. Compreendi, de forma concreta, que a atuação do especialista não se limita à execução técnica, mas implica pensamento crítico, comunicação humanizada, liderança colaborativa e compromisso ético. Mais do que uma resposta a uma emergência, este caso traduziu-se numa aprendizagem transformadora que consolidou a minha identidade profissional e reafirmou o propósito de exercer uma prática centrada na mulher, fundamentada na evidência e orientada por valores de dignidade e respeito.

2.1.5 CASO CLÍNICO 2

“Influência Cultural no Trabalho de Parto: Cuidados sensíveis e humanizados”

Cenário

Prya (nome fictício), 34 anos, primigesta, grávida de 38 semanas + 6 dias, com grupo sanguíneo B+, SGB negativo, deu entrada na sala de partos pelas 8h30 para indução do trabalho de parto, determinada em contexto de oligoâmnios.

Originária da Índia e recém-instalada em território nacional, apresentava uma barreira linguística considerável, comunicando-se apenas através do marido, fluente em inglês, que a acompanhava. O casal desconhecia os procedimentos inerentes ao trabalho de parto, nomeadamente as práticas habitualmente realizadas pelos profissionais de saúde para acompanhar a evolução fisiológica e assegurar a segurança materno-fetal.

Durante o acolhimento inicial, Prya demonstrou um estado emocional fragilizado, evidenciado por respiração acelerada, postura tensa e olhar constante em redor, traduzindo um comportamento de hipervigilância. Este quadro foi potenciado pela dificuldade em compreender as informações prestadas e pelo contexto de

exposição corporal associado à realização do toque vaginal. Em culturas onde a intimidade é fortemente regulada, a exposição genital pode constituir fator acrescido de vulnerabilidade e desconforto sobretudo quando não consentido.

Após obtenção de consentimento informado e com o apoio do acompanhante na tradução, foi possível proceder à avaliação obstétrica. O exame revelou colo posterior, de consistência média, íntegro e fechado, sem evidência de atividade uterina. Face aos achados clínicos, iniciou-se a indução do trabalho de parto com administração intravaginal de misoprostol (50 mcg).

Contextualização

O cenário contemporâneo das migrações e da globalização tem contribuído para uma crescente diversidade nas unidades de saúde, particularmente nos contextos obstétricos, tornando indispensável a adoção de cuidados sensíveis às especificidades culturais. Neste enquadramento, o cuidado humanizado e culturalmente competente deixa de ser uma escolha opcional, assumindo-se como um imperativo ético orientado para a dignidade, a segurança e o bem-estar integral da mulher em trabalho de parto (Silva, N.F.B. da et al, 2023).

Apesar dos desafios significativos que enfrenta, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem procurado responder de forma eficaz às exigências de um contexto multicultural, promovendo práticas centradas na mulher, baseadas no respeito pela autonomia, nos direitos humanos e na garantia de uma experiência de parto positiva e segura. Esta orientação está em consonância com as recomendações internacionais que preconizam a centralidade da mulher no processo de nascimento (WHO, 2018, 2022).

Importa salientar que a exposição corporal, inerente aos procedimentos do trabalho de parto, pode ser vivida de formas muito distintas consoante o enquadramento cultural da mulher. Em determinados contextos culturais, a nudez e o toque íntimo estão associados a significados que podem dificultar a aceitação de intervenções clínicas, como o exame vaginal (Singh, M. et al, 2025). Reconhecer estas diferenças mostrou-se fundamental para assegurar cuidados

culturalmente adaptados às necessidades de Priya, conferindo à perspetiva transcultural um papel central na intervenção clínica.

O cuidado obstétrico não se limita à gestão fisiológica do parto, envolvendo também fatores emocionais, sociais e culturais que influenciam a experiência materna e os desfechos perinatais. No caso de Priya, a ansiedade e o stress associados à exposição corporal e à barreira linguística intensificaram a perceção da dor e condicionaram a progressão do trabalho de parto, exigindo uma abordagem diferenciada da equipa de enfermagem. O respeito à cultura, aliado a uma comunicação clara e a estratégias humanizadas, revelou-se essencial para garantir um ambiente seguro, acolhedor e centrado na mulher, facilitando a adesão às condutas obstétricas e promovendo uma experiência de parto positiva (WHO, 2022).

Enquanto profissional em formação especializada, desenvolvi uma maior consciência sobre a importância de integrar crenças, práticas e vivências emocionais das mulheres provenientes de diferentes contextos culturais nos cuidados prestados (Steen, M. et al, 2021; Gradellini, C. et al, 2021). Para tal, adotei uma postura centrada na escuta ativa e na empatia, elementos essenciais para a construção de uma relação terapêutica de confiança e para a promoção da participação informada da mulher nas decisões sobre o seu parto (Steen, M. et al, 2021).

Este caso clínico explora a assistência prestada a uma parturiente indiana admitida para indução do parto devido a oligoâmnios, cuja resistência ao toque vaginal, baseada em crenças culturais, interferiu na avaliação do colo uterino e na definição do método de indução, exigindo a adaptação das práticas assistenciais e a implementação de estratégias humanizadas e culturalmente sensíveis.

Justificação da escolha

A seleção deste episódio clínico deve-se à sua riqueza formativa e ao forte conteúdo humanístico, que permitiram experienciar plenamente o papel do

EEESMO. Acompanhando uma mulher estrangeira, recém-chegada a Portugal, com barreira linguística e resistência à exposição íntima, enfrentei o desafio de adaptar os cuidados às particularidades culturais, criando um ambiente seguro e acolhedor para minimizar ansiedade e favorecer uma experiência de parto positiva.

A fase inicial do trabalho de parto, geralmente longa e instável, constituiu um momento-chave para aprofundar competências essenciais, como avaliação rigorosa da progressão do parto, suporte emocional à mulher e envolvimento do acompanhante.

A comunicação ¹ revelou-se ferramenta terapêutica central, garantindo compreensão, validação de sentimentos e construção de um plano de cuidados partilhado.

Esta experiência refletiu os princípios do Regulamento n.º 127/2011 da OE e da Norma n.º 002/2023 da DGS, evidenciando a importância da flexibilidade clínica, da integração entre ciência e cultura, e da humanização dos cuidados, com atenção às necessidades físicas, emocionais e culturais da mulher.

Tempo de acompanhamento

O presente plano de cuidados decorreu durante o turno da manhã (8h às 14h30). A indução do trabalho de parto ter-se-ia iniciado pelas 9h da manhã do dia anterior.

Enquadramento do caso

Priya demonstrava apreensão face ao ambiente hospitalar e aos profissionais envolvidos na sua assistência. Proveniente de um contexto cultural em que a

¹ A barreira linguística compromete a comunicação clínica, reduz a satisfação com o parto e aumenta o risco de intervenções desnecessárias. Promover pausas para tradução e validar a compreensão são práticas fundamentadas na evidência, essenciais para a segurança e qualidade dos cuidados (Flores, 2018).

exposição corporal é considerada imprópria sem indicação clínica, revelou elevada sensibilidade à nudez e aos exames ginecológicos.

Embora estivesse acompanhada pelo marido, tal presença não correspondia ao modelo tradicional do seu país, onde se privilegia o acompanhamento por uma figura feminina próxima — como a mãe, a sogra ou uma tia — durante o parto (Mortensen et al., 2023). Estando longe do seu país, o casal dispunha apenas um do outro como principal fonte de apoio afetivo e comunicacional.

A interação inicial com a equipa de saúde foi limitada, dificultada por barreiras linguísticas e por uma abordagem pouco sensível às especificidades culturais da parturiente. No dia anterior à minha intervenção, Priya manteve escasso contacto com os profissionais. Durante o turno noturno, referiu dor intensa, sem alterações no registo cardiotocográfico ou na progressão cervical, optando-se, nesse contexto, por vigilância contínua do bem-estar fetal.

A perceção da dor no trabalho de parto não se restringe a um fenómeno fisiológico, sendo também influenciada por fatores psicológicos e culturais. Mulheres que experienciam o parto em contextos de medo, stress, ansiedade ou insegurança podem apresentar maior ativação das vias nociceptivas, amplificando a dor (Singh, M. et al, 2025). Quando associadas a barreiras linguísticas e culturais, estas dificuldades podem comprometer a adesão às condutas clínicas, dificultar a comunicação entre equipa e paciente e levar a piores desfechos obstétricos (Steen, M. et al, 2021).

Pela manhã, realizei novo acolhimento² ao casal. Após uma conversa centrada nas dimensões culturais e nas suas necessidades, ambos partilharam abertamente receios, expectativas e preferências. Solicitaram um ambiente reservado e calmo, a presença contínua do acompanhante, a limitação dos toques vaginais ao estritamente necessário, bem como uma comunicação clara e prévia sobre cada intervenção. Priya manifestou também o desejo de se

² O acolhimento, como diretriz da humanização, valoriza a escuta ativa e reconhece o saber da mulher sobre si, promovendo um cuidado mais individualizado e adequado ao seu contexto (Ministério da Saúde, 2019).

manter ativa e de recorrer preferencialmente a métodos não farmacológicos para o controlo da dor.

Uma vez que o casal desconhecia o processo de indução e as possíveis sensações associadas ao trabalho de parto, foi conduzido um processo de orientação e resignificação, com vista a ampliar a compreensão sobre as etapas do parto e as estratégias de alívio, promovendo uma vivência mais consciente, serena e informada (Smith, J. et al, 2021).

Descrição da evolução do Trabalho de parto

Quadro 2 – Caso 2: Síntese da evolução do trabalho de parto

Hora	Situação clínica / Achados	Intervenções implementadas	Fundamentação / Evidência
08h30	Colo do útero ³ : 1–2 cm dilatação, intermédio, 30% extinção.	Utilização de lençol para limitar exposição; comunicação clara e tranquilizadora.	Preservação da privacidade e intimidade recomendada pela evidência (Fernandes et al., 2020; Puthussery et al., 2023; WHO, 2023).
08h40	Desconforto persistente durante o exame vaginal.	Administração de nova dose de misoprostol (25 mcg, via oral).	Via oral com eficácia semelhante, menor necessidade de toques vaginais, maior conforto e preservação da intimidade (Moncrieff et al., 2022; Puthussery et al., 2023; WHO, 2023).
09h00	Reformulação de significado sobre trabalho de parto e dor associada.	Comunicação e apoio emocional.	Promoção da compreensão e coping materno.
09h30	Interesse manifestado pela bola de parto.	Ensino sobre dispositivos facilitadores.	Dispositivos promovem mobilidade e conforto
10h00	Intensificação das contrações.	Início de intervenções não farmacológicas: ambiente e meditação guiada.	Métodos não farmacológicos reduzem percepção dolorosa e intervenções invasivas (Nori et al., 2023; Puthussery et al., 2023).

³ Numa indução do trabalho de parto com prostaglandinas, a administração de uma nova dose é precedida por exame vaginal para avaliar as condições do colo do útero, esperando-se alterações como amolecimento e encurtamento (Moncrieff et al., 2022).

11h00	Manutenção de dor.	Experiência com bola de parto.	Estratégias que favorecem alívio da dor e bem-estar (literatura de apoio necessária).
13h00	Queixa de dor. Interesse em experimentar mais estratégias não farmacológicas	Propostas novas estratégias: massagem, aromaterapia, musicoterapia	Vigilância partilhada centrada na mulher.
13h30	Colo: 4 cm dilatação, 60–70% extinção, contrações regulares.	Proposta de descanso e posição SIMS.	Adequação da analgesia às necessidades maternas.

Plano de cuidados

Domínios: Trabalho de parto e parto

Foco de atenção: Intimidade da parturiente

Dados relevantes para o diagnóstico: Expressões faciais e comportamentais de medo e pudor; ansiedade acrescida perante a necessidade de exposição corporal; interpretação dos toques vaginais como invasivos ou impróprios.

A ameaça percecionada dirigia-se menos ao parto em si e mais ao contexto de exposição e à forma como os procedimentos clínicos eram compreendidos.

Diagnóstico: Risco de comprometimento da intimidade, relacionado com procedimentos clínicos invasivos e barreira linguística, manifestado por sinais de ansiedade, medo e hipervigilância.

Justificação teórica:

A dificuldade de Prya não se limitou aos sentimentos de medo ou pudor; estes refletiam a perceção de perda de controlo sobre o próprio corpo e a impossibilidade de participar de forma plena no processo de tomada de decisão, agravadas pela barreira linguística. O respeito pela intimidade, aliado a uma comunicação culturalmente sensível e à promoção da participação ativa da parturiente, é fundamental para reduzir a ansiedade, aumentar o empoderamento e assegurar uma experiência de parto positiva (Pocock, N.S. et al, 2020; Possati, A.B. et al, 2021).

Objetivos:

- Reformular o significado associado ao trabalho de parto;
- Entender o trabalho de parto como processo fisiológico em que Priya é a principal protagonista.

Critérios de resultado- Que a parturiente:

Demonstre conforto e cooperação durante os procedimentos clínicos (relaxamento muscular, respiração adequada, postura recetiva);

Participe ativamente nas decisões relacionadas com o seu cuidado, evidenciado por aceitação consciente das intervenções e perguntas pertinentes sobre o plano de parto;

Apresente sinais de confiança e protagonismo, como assumir posições escolhidas, solicitar pausas ou indicar preferências durante o trabalho de parto;

Colabore de forma segura e consciente na revisão do plano de parto, tomando decisões informadas quando solicitado.

Intervenções:

1. Garantir comunicação clara e adaptada à barreira linguística (uso de intérprete ou familiar)

- Disponibilizei intérprete profissional ou familiar fluente em inglês;
- Utilizei frases curtas e linguagem simples, evitando termos técnicos;
- Confirmei compreensão da parturiente repetindo ou pedindo que explique com as suas palavras;
- Usei gestos, imagens ou materiais visuais quando necessário.

A comunicação eficaz é essencial para reduzir ansiedade e promover participação ativa da parturiente no trabalho de parto. Estudos demonstram que barreiras linguísticas estão associadas a maior stress, perceção de menor controlo e menor satisfação materna (Origlia Ikhilor, P. et al, 2019). O uso de intérpretes e linguagem clara facilita a compreensão, promove consentimento informado adequado e respeita os direitos à intimidade e autonomia da mulher.

2. Explicar cada procedimento antes da execução, solicitando consentimento informado.

- Informe a parturiente sobre o objetivo, método e possíveis sensações do procedimento (ex.: toque vaginal, monitorização);

A explicação prévia de cada procedimento à parturiente, associada à solicitação de consentimento informado, fundamenta-se nos princípios éticos da autonomia, beneficência e respeito pela dignidade da pessoa. Informar detalhadamente sobre o objetivo, método e possíveis sensações de intervenções, como toque vaginal ou monitorização fetal, contribui para a redução da ansiedade, promove a cooperação e reforça a confiança da mulher na equipa de saúde (Purnell, L.D, et al, 2019).

- Garanti tempo para esclarecer dúvidas e permitir que a parturiente concorde ou recuse;

Disponibilizar tempo para esclarecimento de dúvidas fortalece a comunicação terapêutica e consolida a relação de confiança (WHO, 2018).

- Documentei o consentimento obtido.

A documentação do consentimento obtido assegura registo formal da decisão da parturiente, garantindo transparência, qualidade e segurança nos cuidados prestados.

3. Respeitar preferências quanto à intimidade, minimizando exposição desnecessária.

- Cobri partes do corpo não envolvidas no procedimento;
- Ajustei posição da parturiente de forma a maximizar conforto e privacidade;
- Planeei procedimentos em momentos onde o acompanhante pudesse estar presente.

A assistência respeitosa implica adaptar as práticas clínicas para minimizar o impacto emocional de intervenções sensíveis. Ajustar a posição da parturiente, cobrir as áreas do corpo não envolvidas e planejar os procedimentos de modo a permitir a presença do acompanhante reforça o suporte emocional, promove a participação ativa da mulher nas decisões e contribui para uma experiência

positiva de parto centrada na parturiente (Bohren, M. A. Et al, 2019; Rogers, H.J., et al, 2020).

4. Incentivar a participação ativa da parturiente no planeamento e revisão do plano de parto.

- Apresentei o plano de parto com linguagem clara e traduzida;
- Perguntei à parturiente sobre preferências e expectativas;
- Registei decisões da parturiente e incluí sugestões no plano, revendo conforme a evolução do trabalho de parto.

A participação da parturiente no planeamento e revisão do plano de parto está associada à promoção de autonomia, controlo e bem-estar psicológico durante o trabalho de parto (WHO, 2018). A utilização de linguagem clara na apresentação do plano, a averiguação de preferências e expectativas, bem como o registo das decisões, são práticas relacionadas à centralidade do cuidado na mulher, comunicação terapêutica e experiências de parto consideradas mais satisfatórias, respeitosas e culturalmente sensíveis (Shorey, S., et al, 2021).

5. Proporcionar apoio emocional contínuo, reconhecendo sinais de ansiedade, medo ou hipervigilância.

- Observei posturas, expressões faciais e verbalizações de desconforto;
- Incentivei técnicas de relaxamento, incluindo respiração guiada;
- Reforcei verbalmente segurança e encorajamento, oferecendo presença contínua, bem como do acompanhante.

Técnicas como relaxamento, respiração guiada e reforço verbal auxiliam na regulação emocional e autoconfiança da parturiente, enquanto o apoio contínuo de profissionais ou acompanhantes contribui para um parto humanizado e centrado na mulher (Silva, L.S, et al, 2024).

Foco de atenção: Conhecimento sobre trabalho de parto

Dados relevantes para o diagnóstico: *“Tem conhecimento sobre como se desenrola o processo de parto no seu corpo e o que poderá sentir?”* Prya não é

capaz de reconhecer aspetos de biomecânica do TP e respetivos processos psiconeurogénicos.

Capacitar a mulher com informações sobre o trabalho de parto e as rotinas hospitalares favorece a redução da ansiedade e aumenta a sensação de controlo sobre a experiência.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: O casal, mostrou interesse e disponibilidade para aprender. O companheiro de Priya desempenhou um papel crucial na comunicação e validação das informações.

Explicar os aspetos fisiológicos e emocionais do parto pode reduzir o medo e promover maior compreensão.

Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre TP

Objetivos:

- Compreender a fisiologia do trabalho de parto;
- Conhecer padrão de contratilidade e respetivas alterações;
- Compreender a função da dor de trabalho de parto;
- Reconhecer os mecanismos de resposta à dor de trabalho de parto (emoções e comportamentos esperados).

Critérios de Resultado- Que a parturiente:

Compreenda os aspetos fisiológicos e biomecânicos do trabalho de parto, incluindo o padrão das contrações uterinas;

Reconheça a dor do trabalho de parto como um processo natural e sua função no contexto fisiológico;

Demonstre consciência das respostas emocionais e comportamentais associadas à dor, promovendo maior controlo sobre a experiência.

Intervenções:

1. Ensinar sobre trabalho de parto: fisiológico e induzido
2. Ensinar sobre dor de trabalho de parto

[10h]

Expliquei o Parto como um processo neurofisiopsicossocial.

O TP é um processo fisiológico mediado pela ocitocina, cuja libertação pode ser inibida por stress e ambientes adversos, comprometendo a progressão e aumentando a dor (Steen, M. et al, 2021). Para mitigar esses efeitos, garanti a Priya um ambiente calmo, confortável e reservado, com iluminação ajustada às condições ideais do parto.

[10h15]

Expliquei o procedimento de parto induzido.

A indução do TP visa promover o amadurecimento cervical e/ou desencadear contrações quando os riscos da continuidade da gestação superam os da intervenção (Smith, J. et al, 2021). No caso de Priya, com oligoâmnios e sinais de insuficiência placentária, optou-se pela indução com misoprostol vaginal, conforme o índice de Bishop.

[10h30]

Informei sobre as características da dor no trabalho de parto.

A dor no trabalho de parto é uma resposta fisiológica indicativa da sua progressão. No TP induzido, as contrações tendem a ser mais intensas e frequentes, o que pode amplificar a dor (NICE, 2021). Expliquei a Priya essa diferença e utilizei a metáfora da montanha —o pico representando o auge da dor, seguido de alívio — para ajudá-la a compreender e gerir a experiência com menor ansiedade.

[10h40]

Expliquei à parturiente comportamentos esperados no lidar com a dor do trabalho de parto, como: respiração profunda e ritmada, relaxamento de grupos musculares, mudanças de posição, mobilidade ativa e técnicas de visualização ou concentração.

Estas estratégias permitem à mulher reconhecer as suas reações como naturais, reduzir a ansiedade e fortalecer o controlo e a autoconfiança, promovendo uma

experiência mais positiva do parto (WHO, 2023; Thomson, G. et al, 2019). Incentivei ainda Priya a ouvir o próprio corpo, adotando posições de conforto e mobilidade ativa para favorecer a progressão do parto e atenuar a percepção da dor (Borges, M. et al, 2021).

[10h50]

Expliquei como é esperado sentir a evolução da dor em função da evolução do TP.

A dor do parto evolui de visceral, na fase latente (abdómen e lombar), para somática, na fase ativa e expulsiva, com foco no períneo e sacro, associada à descida fetal e distensão dos tecidos, ativando o reflexo de Ferguson (Simkin & Ancheta, 2017; Gizzo et al., 2021).

Foco de atenção: Conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto

Dados relevantes para o diagnóstico: Quando questionada — *“Apesar de o trabalho de parto estar dependente da indução, há coisas que pode fazer que ajudam a natureza a funcionar melhor... O que acha que depende de si para poder facilitar a evolução do seu trabalho de parto?”* e *“O que lhe parece que pode funcionar para ajudar o seu bebé a descer ao longo do canal de parto e facilitar a ação das contrações?”* — Priya revelou desconhecimento relativamente a estratégias que pudessem facilitar a progressão do trabalho de parto, bem como da importância da sua participação ativa nesse processo

Diagnóstico: Potencial para promover a adoção de estratégias facilitadoras durante o trabalho de parto

Objetivos:

- Promover a adoção de posições corporais que favoreçam conforto e progressão do trabalho de parto;
- Incentivar mobilidade e verticalidade, permitindo que a mulher explore estratégias que lhe proporcionem alívio da dor e sensação de controlo;

- Apoiar a mulher na tomada de decisões práticas, reforçando a autonomia e a participação ativa no próprio parto.

CrITÉRIOS de Resultado - Que a Parturiente:

Adote posições facilitadoras (ex.: cócoras, em pé com apoio, em bola de pilates) de forma espontânea durante o trabalho de parto;

Mantenha mobilidade ativa ao longo do trabalho de parto, ajustando-se às posições que lhe proporcionam maior conforto;

Demonstre confiança e controlo ao escolher estratégias que favoreçam o lidar com a dor e a progressão do parto.

Intervenções:

[11h]

Incentivo à mobilidade da pelve

Demonstrei exercícios simples, como agachamentos e alongamentos, para promover consciência corporal e experimentação, favorecendo mobilidade pélvica e descida fetal (de Jonge et al., 2021; Souza et al., 2022).

Priya foi encorajada a experimentar movimentos que lhe proporcionassem conforto e facilitassem a progressão do parto.

[11h15]

Posições verticalizadas e descida fetal

Sugeri posições verticalizadas, evitando o decúbito dorsal, por estarem associadas a melhor progressão do parto e menor necessidade de intervenções (Gupta et al., 2022).

Priya foi apoiada para escolher posições que lhe fossem confortáveis.

[11h30]

Mobilidade como estratégia facilitadora

Incentivei Priya a caminhar pelo quarto, reforçando que a gravidade poderia auxiliar o encaixe fetal e promover algum conforto. (Brown et al., 2020).

[12h20]

Utilização de dispositivos facilitadores

Priya e o companheiro exploraram a bola de parto, observando seus benefícios na mobilidade e alívio da dor, favorecendo ao mesmo tempo a descida fetal.

O apoio do companheiro foi reforçado nas fases mais intensas, contribuindo para conforto e segurança (Hodnett et al., 2018).

De salientar que, as posições e movimentos foram praticados de forma intuitiva e adaptada às sensações da parturiente (Cardoso et al., 2023).

Foco de atenção: Adoção de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor do trabalho de parto.

Dados relevantes para o diagnóstico: Priya demonstrou interesse em explorar mais estratégias não farmacológicas para lidar da dor, incluindo o uso de um óleo essencial⁴ trazido da Índia, aplicável em forma de vapor ou massagem.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: A sala de partos estava equipada para apoiar o parto fisiológico, dispondo de casa de banho com duche, bolas de parto, lençóis aquecidos, rebozo, CTG wireless, cama obstétrica versátil e espaço amplo para mobilidade. O ambiente foi personalizado segundo as preferências de Priya, com música indiana relaxante, meditação guiada em Hindi e fragrância do óleo essencial, criando um espaço íntimo, acolhedor e com iluminação suave.

Diagnóstico: Potencial para adotar estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto.

Objetivos:

- Favorecer a compreensão da mulher sobre as estratégias não farmacológicas de alívio da dor;

⁴ Incorporar praticas tradicionais, promove um cuidado culturalmente sensível e humanizado, aproximando o cliente dos profissionais de saúde (Avellaneda Yajahuanca et al., 2013)

- Estimular a participação ativa e informada na escolha das técnicas mais adequadas;
- Promover a utilização autónoma e confiante dessas estratégias, de modo a potenciar o conforto e o bem-estar durante o trabalho de parto.

Critérios de resultado:

A parturiente utiliza estratégias não farmacológicas para lidar com a dor durante o trabalho de parto;

Demonstra autonomia na escolha e aplicação de técnicas adaptadas às suas preferências e contexto;

Refere maior conforto, redução da ansiedade e sensação de controlo após aplicação das estratégias.

Intervenções:

[12h50]

Apoio à autoperceção e autocontrolo da dor

Incentivei Priya a escutar o próprio corpo, expressar sensações e necessidades, promovendo autocontrolo e participação ativa no trabalho de parto. Reforcei que a dor é subjetiva e modulável, e que opções práticas de alívio podem ser experimentadas conforme a sua preferência (Chang, C. et al, 2022).

[13h]

Experienciação de estratégias não farmacológicas

Priya foi incentivada a experimentar diferentes estratégias de alívio da dor, de acordo com o seu conforto e resposta individual:

- Respiração profunda e expirações prolongadas durante meditação guiada – reconhecidas por promover foco, calma e controlo da dor (Farlikhatun, L. et al, 2022).
- Massagem suave com óleo oferecida pelo parceiro – reconhecida por estimular endorfinas, promover relaxamento e diminuir ansiedade (Farlikhatun, L. et al, 2022).

- Musicoterapia de acordo com as preferências do casal (musica Hindu) – reconhecida por ativar áreas cerebrais de prazer e relaxamento, aliviando dor e ansiedade (Silva, L.S, et al 2024).
- Aromaterapia – reconhecida por estimular vias sensoriais que modulam a dor e promovem relaxamento.

Em todas as estratégias, Priya foi guiada e apoiada, podendo escolher e ajustar cada técnica de acordo com a sua sensação de conforto, promovendo participação ativa no processo.

[13h40]

Priya manifestou melhoria da dor e referiu desejo de descansar. Interpretei esse pedido como expressão de autoconsciência e de capacidade de identificar o próprio limite físico — um aspeto que deve ser reconhecido e valorizado no cuidado centrado na mulher. Assim, procurei articular o seu desejo com uma estratégia que, além de permitir o repouso, favorecesse também a evolução fisiológica do parto.

Com base nos dados obtidos no último toque vaginal — dilatação de 4 cm, 60% de apagamento, colo anterior e amolecido, apresentação cefálica posicionada acima do primeiro plano de Hodge — sugeri a adoção da posição de Sims. Com o apoio de almofadas, a parturiente foi posicionada em decúbito lateral esquerdo, com a perna superior fletida e rodada externamente e a inferior estendida. Esta postura, segundo descrito por Calais-Germain e Vives (2011), promove assimetria pélvica e amplia o diâmetro do estreito superior, contribuindo para a descida e o alinhamento progressivo da apresentação fetal.

Síntese do caso

Neste caso específico, não se pretende generalizar a perceção de ameaça ao parto a todas as mulheres indianas. Em muitas culturas, incluindo a indiana, o parto é valorizado como um acontecimento natural e significativo. A situação observada resultou da conjugação de fatores individuais e contextuais: a barreira linguística, o desconhecimento dos procedimentos habituais em Portugal e a

exposição corporal durante atos clínicos, que, em referenciais culturais mais conservadores quanto à intimidade, podem ser percebidos como invasivos.

Assim, a fragilidade emocional de Priya deve ser compreendida de forma individualizada, refletindo não uma rejeição do parto em si, mas uma vulnerabilidade associada à forma como os cuidados foram experienciados naquele contexto.

A vivência deste caso permitiu observar a complexidade do cuidado obstétrico em contextos de diversidade cultural e, simultaneamente, pôr em prática competências essenciais do EEESMO. A adaptação da comunicação, aliada ao uso do acompanhante como mediador linguístico, constituiu uma estratégia fundamental para garantir que a paciente compreendesse os procedimentos, promovendo adesão segura ao plano terapêutico e permitindo intervenções eficazes.

A gestão da ansiedade de Priya, através de observação atenta dos sinais emocionais e comportamentais, reforçou a minha capacidade de avaliação contínua, tomada de decisão clínica informada e ajuste das intervenções conforme as necessidades da parturiente.

A implementação de cuidados culturalmente sensíveis e humanizados, como a redução da exposição corporal desnecessária e o respeito pelas preferências da paciente quanto à presença de familiares e métodos tradicionais de alívio da dor, evidenciou a importância de integrar conhecimento teórico, sensibilidade cultural e raciocínio clínico em contexto real.

Esta experiência contribuiu decisivamente para o meu desenvolvimento profissional, fortalecendo competências de liderança, coordenação de equipa multiprofissional e comunicação terapêutica, bem como a capacidade de mediar entre protocolos institucionais e as necessidades individuais da mulher.

Além disso, a reflexão ética e crítica sobre cada decisão reforçou a consciência de que o papel do EEESMO vai além da execução técnica: implica garantir um cuidado seguro, respeitador, centrado na mulher e culturalmente competente. Ao longo do acompanhamento de Priya, tornei-me mais consciente da necessidade

de integrar empoderamento da parturiente, sensibilidade cultural e humanização em cada etapa do parto, consolidando habilidades essenciais que contribuirão para a prática segura e ética em contextos de diversidade cultural.

A consideração da diversidade cultural constitui, assim, um requisito indispensável para assegurar um parto seguro e respeitador, alinhado com os direitos humanos. Esta experiência reforçou a importância da leitura crítica da literatura, do conhecimento de referenciais culturais e da aplicação prática de estratégias humanizadas, constituindo um marco significativo no meu percurso de formação e na consolidação da identidade profissional como futura EEESMO.

2.1.6 Reflexão sobre a Integração das Competências Especializadas e Desafios Enfrentados em Contexto de Estágio em Sala de Partos

A integração em contexto de estágio em sala de partos constituiu um marco decisivo no meu percurso enquanto estudante de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, assumindo-se como momento de viragem na consolidação de competências técnicas, científicas e relacionais.

Este ambiente, simultaneamente intenso e imprevisível, desafiou-me a conjugar a rapidez da decisão clínica com a delicadeza do cuidado humanizado, exigindo uma leitura contínua do contexto e uma resposta sensível às necessidades singulares da mulher, da família e da equipa. Como sublinha Johansson et al. (2020), a sala de partos convoca, além de competências clínicas altamente especializadas, uma escuta ativa e a capacidade de adaptação permanente à individualidade de cada experiência de nascimento.

Nas últimas décadas, assistiu-se a uma melhoria significativa dos indicadores perinatais, em paralelo com a crescente adoção de múltiplas intervenções destinadas a induzir, acelerar e monitorizar o trabalho de parto. Contudo, muitas destas práticas permanecem enraizadas no modelo biomédico e numa lógica de

gestão do risco, não estando, em alguns casos, sustentadas por evidência científica robusta. Reconhecendo os potenciais efeitos desta abordagem sobre a experiência materna, a OMS (2018) advoga por um cuidado que concilie a segurança clínica com a vivência positiva do parto, privilegiando práticas centradas na mulher.

No cenário observado, dos 74 partos acompanhados, 52 decorreram de induções — quer previamente agendadas, quer resultantes da vigilância clínica. A FIGO, sugere que, na ausência de indicação médica materna ou fetal, a indução pode ser diferida com segurança até após as 41 semanas (Borovac-Pinheiro et al., 2023), recomendação igualmente reiterada pela OMS (2022) e pela Sociedade de Obstetras e Ginecologistas do Canadá (Robinson et al., 2023).

Apesar da sua ampla utilização, a indução associa-se a riscos acrescidos, entre os quais hemorragia, hiperestimulação uterina com hipóxia fetal, parto instrumentado, cesariana e rotura uterina. Além disso, implica frequentemente maior desconforto materno, perda de mobilidade devido à monitorização contínua e maior necessidade de analgesia epidural, estando associada a aumento da taxa de cesarianas urgentes (OMS, 2018).

No contexto vivenciado, registaram-se episódios que exigiram suspensão do método indutor por taquissistolia e administração de tocólise de emergência com salbutamol, bem como deterioração dos padrões cardiotocográficos que culminaram em cesarianas emergentes. Estes acontecimentos reforçaram a necessidade de ponderação criteriosa da indução e da preservação do direito da parturiente a uma decisão informada e autónoma.

Relativamente à episiotomia, verificou-se que, entre os 49 partos realizados, apenas uma mulher foi submetida a este procedimento, por rigidez perineal. Até 2018, a OMS recomendava uma taxa inferior a 10%; atualmente, desaconselha a sua realização rotineira (OMS, 2018). A evidência científica atual defende que a episiotomia deve restringir-se a situações em que o benefício supere o risco, como no parto pré-termo, apresentação pélvica, macrossomia fetal, distocia de ombros, parto instrumentado ou alterações da frequência cardíaca fetal (Laine, K. et al, 2022).

Foi com satisfação que constatei que, no local de estágio, não se fomenta a prática rotineira da episiotomia, em conformidade com as recomendações da OMS e com a evidência científica mais recente. Esta abordagem reflete a incorporação de boas práticas obstétricas, o respeito pela fisiologia do parto e a valorização da integridade perineal, princípios que privilegiam a individualização do cuidado e considero fundamentais na prática do EEESMO.

O perfil do EEESMO, delineado pelo Regulamento n.º 1222/2011, pressupõe a capacidade de avaliar a progressão do trabalho de parto, identificar precocemente desvios da normalidade e intervir com segurança. Neste percurso, enfrentei inicialmente desafios técnicos, como a interpretação precisa do toque vaginal e a execução, sob pressão, da técnica de controlo da saída fetal no período expulsivo. A supervisão próxima de profissionais experientes permitiu-me ultrapassar essas dificuldades, fortalecendo a minha confiança, precisão e autonomia clínica.

Tive, igualmente, a oportunidade de ser orientada por EEESMOs cuja prática se pautava por uma abordagem humanizada, respeitadora da autonomia e das escolhas da mulher, em consonância com as recomendações da OMS (2018). Esta perspetiva encontra eco no “fazer menos pode significar cuidar mais e melhor”, valorizando o protagonismo da mulher e a sua experiência subjetiva. Aprendi que, muitas vezes, a presença atenta, silenciosa e respeitadora constitui uma intervenção em si mesma, fundada na escuta ativa e no apoio emocional. Campinha – Bacote, J. (2022) corrobora esta visão, salientando que o cuidado obstétrico centrado na mulher assenta num compromisso ético de respeito, empatia e apoio incondicional, mesmo em cenários de maior complexidade clínica.

A articulação entre vigilância clínica e preservação da autonomia revelou-se central no meu processo de aprendizagem. Investi, por isso, no desenvolvimento de competências comunicacionais — verbais e não verbais — que me permitissem manter um vínculo terapêutico sólido, mesmo em episódios de dor intensa, assegurando simultaneamente a monitorização clínica rigorosa. Este equilíbrio vai ao encontro do que Campinha – Bacote, J. (2022) descrevem

como essencial para a continuidade de cuidados e para a melhoria da experiência e dos resultados maternos.

Ao longo desta vivência, pude aplicar estratégias promotoras do parto fisiológico e do alívio não farmacológico da dor, como a mobilização, a bola de parto, o banho quente e a massagem, bem como valorizar a diversidade cultural e as preferências individuais. A articulação entre teoria e prática tornou-se particularmente evidente no recurso às posições verticais no segundo estágio, cujos benefícios — redução da duração do parto e menor necessidade de intervenções instrumentais — são amplamente documentados por diversos autores como Gizzo, S. et al, 2014).

Em síntese, o estágio em sala de partos constituiu não apenas uma oportunidade de desenvolvimento técnico-científico, mas também um espaço de profunda maturação ética e relacional. Compreendi, de forma mais clara, que o exercício profissional em saúde materna exige a convergência entre perícia técnica, reflexão crítica e compromisso humanizado. Esta experiência consolidou a minha identidade profissional, reafirmando o propósito de uma prática competente, ética e genuinamente centrada na mulher.

2.2 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL

O período pós-natal é uma fase determinante na saúde materna, caracterizada por transformações físicas, psicológicas e sociais que exigem cuidados integrais, contínuos e humanizados (WHO, 2022). Neste contexto, o EEESMO assume um papel central na transição para a parentalidade, promovendo a recuperação fisiológica, o equilíbrio emocional e a prevenção de complicações (Silva, N. F. B. da et al, 2023). A sua intervenção vai além da monitorização clínica, incorporando uma avaliação holística das necessidades da mulher e considerando fatores

biopsicossociais que influenciam a adaptação ao puerpério (Victória, A. Et al, 2024).

A atuação do EEESMO exige vigilância criteriosa para a identificação precoce de intercorrências, como hemorragias, infecções, dificuldades na amamentação e indícios de sofrimento psicológico, incluindo quadros de depressão e ansiedade (Unco, B. et al, 2025). Paralelamente, o enfermeiro especialista desempenha funções educativas e de suporte emocional, promovendo o autocuidado e estimulando a autonomia materna (Zhang, L. et al, 2025).

Com uma comunicação eficaz e um ambiente de confiança, favorece o fortalecimento do vínculo materno-infantil e incentiva o envolvimento familiar, aspetos fundamentais para o desenvolvimento adequado da criança.

A humanização dos cuidados no puerpério, respeitando particularidades culturais, crenças e escolhas da mulher, constitui um princípio basilar na prática do EEESMO (Silva et al., 2021). O mesmo é corroborado pela OE (2019) que enaltece o conhecimento técnico-científico com sensibilidade e ética profissional, para proporcionar uma assistência personalizada, inclusiva e segura, reforçando o impacto positivo e a qualidade dos cuidados prestados.

2.2.1 CONTEXTO CLÍNICO DE PUERPÉRIO

O estágio clínico decorreu entre 17 de fevereiro e 15 de março de 2025, totalizando 100 horas de prática supervisionada por duas EEESMO. O serviço encontra-se na mesma ala do bloco de partos e da urgência de obstetrícia, prestando cuidados pós-natais à puérpera e ao recém-nascido. É composto por 20 quartos individuais, equipados com casa de banho privativa com chuveiro, cama e sofá-cama para acompanhante, berço para o recém-nascido e móvel com banheira incorporada, facilitando os cuidados de higiene e conforto. A presença contínua de um acompanhante é permitida até à alta, organizada em três períodos de visita ao longo do dia.

As puérperas e os recém-nascidos são admitidos provenientes da sala de partos (após cerca de duas horas do pós-parto imediato) ou do bloco operatório, no caso de cesariana. Durante o acolhimento, apresentava-me à utente, explicava as normas do serviço, o horário de visitas e as rotinas de cuidados, garantindo a observância de todas as medidas de segurança materno-fetal, independentemente do nível de risco.

A equipa de enfermagem integra Enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas, sendo que os cuidados materno-infantis exigem competências avançadas de vigilância clínica, tomada de decisão e resposta a situações de risco, competências exclusivas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (OE, Regulamento n.º 127/2011). No serviço analisado, a dotação de EEESMO estava abaixo do recomendado — um especialista para cada seis puérperas em puerpério normal ou três em puerpério patológico (Parecer n.º 43/2019) —, comprometendo a vigilância contínua, o apoio individualizado e a deteção precoce de complicações.

O puerpério era organizado por turnos, com a equipa médica de pediatria a realizar o exame físico do recém-nascido no quarto, promovendo proximidade e envolvimento familiar, enquanto a equipa médica de ginecologia e obstetrícia efetuava a visita clínica às puérperas, priorizando altas programadas. A equipa de enfermagem assegurava, de forma contínua e transversal, intervenções essenciais: exame físico da puérpera, apoio à amamentação, vigilância de sinais vitais, administração de terapêutica e promoção de competências parentais. Estas ações visavam garantir vigilância eficaz e uma transição segura para o domicílio, integrando cuidados técnicos, educativos e de suporte emocional.

Durante a estadia, os cuidados incluíam a revisão e reforço de conhecimentos parentais, promovendo preparação adequada para a alta precoce, conforme a Norma n.º 015/2015 da DGS. Foram fornecidas orientações personalizadas sobre ferida cirúrgica (perineal ou abdominal), vigilância dos lóquios, amamentação, alimentação, métodos contraceptivos, consultas de

acompanhamento e retomada da atividade sexual, ajustadas às necessidades individuais de cada casal.

No momento da alta, a puérpera recebia o Boletim de Saúde Infantil do recém-nascido e a respetiva nota de alta, sendo informada sobre a linha telefónica de apoio à amamentação disponível 24 horas. A duração do internamento variava consoante o tipo de parto, a recuperação da mulher e a adaptação do recém-nascido, ocorrendo, em média, às 36 horas no parto eutócico ou distócico assistido, e 48 horas após cesariana, conforme critérios da DGS.

2.2.2 CARACTERÍSTICAS DO PERÍODO PÓS-NATAL

O período pós-natal, também designado por puerpério, inicia-se imediatamente após a dequitação e, de forma clássica, prolonga-se até às seis semanas (42 dias). No entanto, a literatura atual reconhece que as alterações fisiológicas, psicológicas e sociais associadas a esta fase podem estender-se até ao primeiro ano após o nascimento, refletindo a complexidade da transição para a parentalidade (WHO, 2022; Victória, A. Et al, 2024). Trata-se de uma etapa crítica para a saúde materna e neonatal, marcada por profundas transformações físicas, emocionais e relacionais, que exigem atenção contínua e cuidados integrados.

Do ponto de vista fisiológico, destacam-se processos fundamentais como a involução uterina, a cicatrização de lacerações ou feridas cirúrgicas e a saída de lóquios, correspondendo à eliminação progressiva de resíduos da gravidez. O sistema endócrino adapta-se de forma acentuada, com queda abrupta dos níveis de estrogénio e progesterona e aumento da prolactina e ocitocina, favorecendo a produção de leite e o estabelecimento da amamentação. Paralelamente, ocorrem modificações nos sistemas cardiovascular, urinário e musculoesquelético, essenciais para o restabelecimento do equilíbrio orgânico.

No plano psicológico, o pós-parto imediato caracteriza-se por vulnerabilidade acrescida, associada às alterações hormonais e à adaptação ao novo papel

parental (Meleis, A. I., 2015). Muitas mulheres experienciam o baby blues, com labilidade emocional e sentimentos transitórios de tristeza, podendo surgir quadros mais graves de depressão ou ansiedade pós-parto, com impacto direto no bem-estar materno e na relação com o recém-nascido (Mohrbacher, N., 2020). A transição para a parentalidade representa uma verdadeira reconfiguração da vida da mãe e do pai, especialmente quando se trata do primeiro filho, exigindo a integração de novas funções, reorganização de rotinas e desenvolvimento de competências parentais inéditas (Meleis, A. I., 2015). Esta adaptação é influenciada pelo conhecimento prévio, experiências anteriores e preparação recebida durante a gravidez, fatores que podem facilitar ou dificultar a aquisição de segurança e confiança na parentalidade.

O período pós-natal assume também uma dimensão social e relacional relevante. A reorganização da dinâmica familiar, a redefinição de papéis e a qualidade da rede de apoio influenciam a adaptação da mulher e do casal. A presença do parceiro e da família constitui um fator protetor para a satisfação materna e para a consolidação do vínculo com o bebé (Bohren, M. A, et al, 2019).

A dimensão cultural reforça ainda a complexidade deste período. Diferentes tradições atribuem significados próprios ao pós-parto, traduzidos em práticas de resguardo, restrições alimentares, normas de descanso ou cuidados ao recém-nascido. Estas práticas, ainda que variadas, refletem a valorização social e espiritual do parto e devem ser compreendidas e integradas no cuidado clínico (Navarro-Prado, S. et al, 2023).

Por fim, é importante reconhecer que o período pós-natal envolve riscos específicos que exigem vigilância atenta, incluindo hemorragia, infeções puerperais, dificuldades no aleitamento e alterações da saúde mental. A identificação precoce de sinais de alerta e a implementação de estratégias preventivas constituem pilares fundamentais para uma experiência positiva e segura nesta fase de transição. O papel do EE-ESMO é central nesta abordagem, promovendo não apenas a monitorização clínica, mas também suporte

emocional, empoderamento da mulher e orientação personalizada para facilitar a adaptação à parentalidade (WHO, 2022; Ngotie, T.K. et al, 2022).

Monitorização clínica e complicações pós-parto

No período pós-parto, a monitorização sistemática dos sinais vitais, incluindo frequência respiratória e pulso, bem como a avaliação dos membros inferiores, revela-se essencial face ao risco aumentado de tromboembolismo venoso, nomeadamente trombose venosa profunda e tromboembolia pulmonar. As alterações fisiológicas decorrentes da gravidez e do puerpério potenciam a predisposição para formação de trombos, exigindo observação criteriosa de sinais como dor e edema nos membros inferiores, dor torácica, dispneia, taquicardia e tosse.

Em situações de cesariana, a vigilância da ferida operatória constitui um elemento central do cuidado. É imprescindível identificar precocemente sinais de infeção, hematomas ou deiscência, bem como orientar a mulher acerca de medidas de autocuidado, higiene adequada e monitorização de complicações potenciais. O controlo da dor pós-operatória pode ser alcançado através de analgesia oral e de intervenções complementares, como a crioterapia (Sultan, P. et al, 2021)).

A recuperação intestinal pode apresentar atraso nos primeiros dois a três dias, especialmente após cesariana, devido à diminuição do tônus muscular, jejum prolongado, dor ou receio de evacuação. O registo da primeira dejeção constitui um indicador relevante para a avaliação da evolução do pós-parto.

Amamentação

A amamentação constitui uma continuidade natural do processo de imprinting e da vinculação precoce, representando uma das manifestações mais sublimes da relação simbiótica entre mãe e recém-nascido. Para além da sua função nutricional, assume um papel determinante na consolidação do vínculo afetivo, proporcionando conforto, segurança e reconhecimento mútuo (Levy & Bértolo, 2012). Trata-se de um ato que transcende a biologia, integrando dimensões

emocionais, sociais e culturais que influenciam profundamente a experiência materna e o desenvolvimento do bebé.

No plano fisiológico, o aleitamento contribui para o bem-estar global da puérpera, promovendo a contração uterina e facilitando a involução do órgão, o que reduz o risco de hemorragias pós-parto. A libertação de prolactina durante a mamada, associada à sensação de relaxamento e serenidade, favorece também a regulação do sono materno e, quando a amamentação ocorre de forma frequente e sob livre demanda, atua como método natural de contraceção através da amenorreia lactacional (WHO, 2018).

O sucesso do aleitamento depende, em larga medida, da capacidade de leitura da díade mãe-bebé e da sintonia que se estabelece entre ambos. O reconhecimento precoce dos sinais de fome — como o reflexo de busca, os movimentos orais rítmicos e a inquietação — permite uma resposta sensível e ajustada às necessidades do recém-nascido, prevenindo o choro e promovendo uma experiência de amamentação tranquila e confiante. Nesta interação, o enfermeiro especialista assume um papel mediador, orientando a mulher na interpretação dos comportamentos do bebé e reforçando a sua autoconfiança enquanto mãe.

Também o posicionamento corporal e a pega adequada configuram dimensões determinantes para a eficácia do aleitamento materno, influenciando diretamente o conforto da díade e a manutenção da integridade mamária. A adoção de posturas ergonómicas e acolhedoras, preferencialmente associadas ao contacto pele com pele, favorece o esvaziamento homogéneo das glândulas mamárias, previne complicações locais e intensifica a proximidade afetiva entre mãe e recém-nascido (Mohrbacher, N. 2020).

Uma pega eficaz — caracterizada pelo correto alinhamento corporal do lactente, abertura ampla da cavidade oral, eversão dos lábios e contacto firme do queixo com a mama — traduz-se numa sucção ritmada, profunda e indolor, expressão de uma harmonia fisiológica e emocional que distingue a amamentação bem-sucedida (Mohrbacher, N. 2020).

A monitorização sistemática destes indicadores, aliada a uma escuta sensível e à prestação de apoio contínuo, permite ao EEESMO detetar precocemente sinais de dificuldade, garantindo a eficácia da pega e prevenindo intercorrências como fissuras mamárias, ingurgitamento ou baixa transferência de leite. Esta intervenção, orientada por uma perspetiva holística e centrada na mulher, não se limita à dimensão técnica; antes privilegia o fortalecimento da autoconfiança, da competência e da autonomia materna, transformando a amamentação num processo de empoderamento e de crescimento mútuo.

Neste sentido, o ato de amamentar transcende a mera função biológica, tornando-se um espaço de encontro entre ciência e afeto, onde o cuidar se manifesta na sua expressão mais plena — como experiência de reciprocidade, intimidade e construção de identidade parental.

Nos contextos clínicos acompanhados, esta abordagem revelou-se essencial para o fortalecimento da autoconfiança das mulheres, para a superação de dificuldades iniciais e para a vivência positiva do puerpério. A intervenção do EEESMO, enraizada no conhecimento científico, mas orientada por uma escuta humanizada e pela valorização da singularidade de cada díade, reafirma-se, assim, como elemento central na promoção de uma amamentação bem-sucedida e de uma maternidade vivida com consciência e serenidade.

2.2.3 CUMPRIMENTO DA DIRETIVA 2005/36/CE

Durante o período de estágio, foi possível acompanhar e prestar cuidados a 95 puérperas no serviço de internamento de puerpério, número que aumenta para 144 quando se incluem as intervenções realizadas no contexto do puerpério imediato no núcleo de partos. No que respeita aos recém-nascidos, foram assistidos 99 na enfermaria e 70 ainda no bloco de partos, perfazendo um total de 169 bebés cuidados ao longo do período clínico.

2.2.4 CASO CLÍNICO 3 - PUÉRPERA

“Cuidar Quem Cuida” - O Apoio do EEESMO à Mãe gemelar

Cenário

Claúdia (nome fictício), 34 anos, multipara (IVG IIIP), foi admitida na unidade de puerpério após cesariana eletiva às 37 semanas de gestação gemelar, indicada pela apresentação pélvica de um dos fetos. Mãe e recém-nascidos permaneceram em alojamento conjunto, clinicamente estáveis, RNs com pesos adequados à idade gestacional.

No primeiro dia pós-operatório, Claúdia manifestou dor moderada na cicatriz cirúrgica (EVA=6), cansaço físico e inquietude relacionados com o início da amamentação. Apesar de experiência prévia de amamentação bastante positiva, verbalizou insegurança quanto à capacidade de alimentar dois bebês em simultâneo sobretudo relacionada com dificuldades no posicionamento.

Manifestou sentimentos de impotência e receio de não corresponder às exigências maternas. O companheiro, presente e colaborante, evidenciava também sinais de desgaste emocional, expressos por inquietude, dificuldade em relaxar e verbalizações de preocupação relativamente às novas responsabilidades parentais.

Enquadramento Teórico

O puerpério imediato, que abrange as primeiras 24 horas após o parto, constitui uma fase de elevada vulnerabilidade, exigindo vigilância contínua para a prevenção e deteção precoce de complicações como hemorragia, infeção e dor intensa (WHO, 2022). Neste contexto, a atuação do EEESMO deve ser integrada, humanizada e centrada na promoção da autonomia da mulher.

Em situações de cesariana, o puerpério imediato torna-se particularmente exigente, devido à recuperação cirúrgica, que pode limitar a mobilidade precoce,

interferir na interação com o(s) recém-nascido(s) e dificultar o início da amamentação (Sultan, P. et al, 2021). A gemelaridade acrescenta desafios adicionais à adaptação da puérpera, aumentando o risco de exaustão, dificuldades na amamentação, maior vulnerabilidade emocional e sintomas depressivos (Dennis, C.L. et al, 2013).

Neste cenário, o papel do EEESMO revela-se fundamental, atuando como facilitador do autocuidado, fortalecendo o vínculo mãe-bebês, promovendo a partilha de responsabilidades com a rede de apoio e apoiando a resolução de questões práticas, como posicionamento para amamentação e controlo da dor.

A dor pós-operatória, os desafios da amamentação simultânea e a fadiga associada aos cuidados neonatais duplicados constituem fatores de risco para o desenvolvimento de sofrimento psicológico na puérpera (WHO, 2022). Embora a presença de um parceiro envolvido se configure como fator protetor, não substitui a necessidade de apoio estruturado e contínuo por parte da equipa de enfermagem. Esta abordagem encontra respaldo em Silva, N. F. B, et al, 2023), que menciona adoção de abordagens humanizadas e centradas na mulher.

A literatura enfatiza a importância de intervenções precoces que promovam a autoconfiança materna, previnam complicações físicas, como infeções na ferida operatória, e fortaleçam as competências parentais no contexto da gemelaridade (WHO, 2022).

O apoio à amamentação deve ser sensível, contínuo e personalizado, considerando que mães de gémeos apresentam maior probabilidade de enfrentar desafios na instalação da lactação (Mohrbacher, N. 2020). Nesse sentido, o suporte ativo e precoce do EEESMO torna-se decisivo para assegurar uma lactação eficaz e fomentar a manutenção do aleitamento exclusivo, em conformidade com as recomendações das entidades internacionais de saúde (ABM, 2021).

Justificação da escolha do caso

A seleção deste caso clínico, centrado numa puérpera nas primeiras 24 horas após cesariana gemelar, deve-se à elevada complexidade e especificidade das necessidades assistenciais envolvidas.

O puerpério imediato constitui um período crítico, caracterizado por intensa vigilância clínica, dada a vulnerabilidade da mulher a complicações pós-operatórias, como dor intensa, hemorragia, infeção e alterações emocionais significativas (WHO, 2022). Quando associado à gemelaridade e à recuperação cirúrgica, este contexto exige uma abordagem altamente especializada, capaz de integrar simultaneamente as dimensões físicas, emocionais e sociais da puérpera, assegurando cuidados individualizados e culturalmente sensíveis.

O nascimento de gémeos representa um desafio acrescido à adaptação materna, implicando a gestão simultânea de dois recém-nascidos, a amamentação em tandem e a reorganização dinâmica da vida familiar. Tais exigências requerem a intervenção de uma equipa de enfermagem especializada, que combine competências técnicas, educativas e relacionais para oferecer um acompanhamento contínuo, seguro e humanizado.

Este caso constituiu, assim, uma oportunidade enriquecedora para o desenvolvimento de competências na área na prestação de cuidados pós-operatórios diferenciados, no apoio à transição para a parentalidade e na promoção do aleitamento materno em situações de maior complexidade. A experiência reforçou a relevância da escuta ativa, da comunicação empática e da tomada de decisão partilhada, pilares de um modelo de cuidados centrado na mulher e na família (UNICEF, 2023).

Adicionalmente, a articulação entre a gestão da dor, a monitorização rigorosa dos parâmetros clínicos maternos e neonatais e o fortalecimento da rede de apoio familiar contribuiu para otimizar a recuperação, melhorar a experiência da puérpera e aumentar a sua satisfação com os cuidados recebidos (McCormick, M. et al, 2021). Este acompanhamento evidenciou o papel do EESMO como agente promotor de autonomia, bem-estar e adaptação à maternidade, confirmando a importância destas competências para a prática avançada da enfermagem obstétrica. A seleção deste caso clínico, centrado numa puérpera

nas primeiras 24 horas após cesariana gemelar, baseou-se na elevada complexidade e especificidade das necessidades assistenciais envolvidas. O puerpério imediato constitui um período crítico, caracterizado por intensa vigilância clínica devido à vulnerabilidade da mulher a complicações pós-operatórias, como dor intensa, hemorragia, infecção e alterações emocionais significativas (WHO, 2022). Estas alterações emocionais incluem ansiedade, irritabilidade, insónia, alterações de humor e labilidade emocional, frequentemente subvalorizadas na prática clínica (Graça, 2017; PQCEESMO, 2021).

Quando associado à gemelaridade e à recuperação cirúrgica, este contexto exige uma abordagem altamente especializada, capaz de integrar simultaneamente as dimensões físicas, emocionais e sociais da puérpera, assegurando cuidados individualizados e culturalmente sensíveis. O nascimento de gémeos acrescenta desafios à adaptação materna, exigindo a gestão simultânea de dois recém-nascidos, a amamentação em tandem e a reorganização dinâmica da vida familiar.

Considerando a relevância da saúde mental no pós-parto imediato e o impacto que a ansiedade e o stresse podem ter na experiência de maternidade, na vinculação com os bebés e no início da amamentação, a escolha deste caso permitiu evidenciar estas vulnerabilidades e sublinhar o papel central do EE-ESMO. A intervenção especializada permite não apenas a vigilância clínica, mas também a deteção precoce de sinais de sofrimento psicológico, a promoção de estratégias de autocuidado e o apoio à adaptação positiva da mulher à nova realidade.

Este caso representou, assim, uma oportunidade enriquecedora para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados pós-operatórios diferenciados, no apoio à transição para a parentalidade e na promoção do aleitamento materno em situações de maior complexidade. A experiência reforçou a importância da escuta ativa, da comunicação empática e da tomada de decisão partilhada, pilares de um modelo de cuidados centrado na mulher e na família (UNICEF, 2023). Adicionalmente, a articulação entre a gestão da dor,

a monitorização rigorosa dos parâmetros clínicos maternos e neonatais e o fortalecimento da rede de apoio familiar evidenciou o papel do EE-ESMO como agente promotor de autonomia, bem-estar e adaptação à maternidade, confirmando a importância destas competências para a prática avançada da enfermagem obstétrica.

Tempo de acompanhamento: Turno da tarde (das 14h às 20h30).

Medicação Prescrita:

Paracetamol 1g EV

Amplamente utilizado como analgésico de primeira linha no pós-parto, pela sua segurança e eficácia, não interferindo na contração uterina nem na amamentação. A via endovenosa proporciona alívio rápido da dor, sendo útil em contextos de dor moderada a intensa. Integra-se na analgesia multimodal, reduzindo o uso de opioides, melhorando a recuperação e promovendo maior satisfação materna, mobilização precoce e vínculo mãe-bebé.

Cetorolac 30mg EV

Anti-inflamatório não esteroide (AINE) potente indicado para dor aguda moderada a intensa, sendo eficaz no alívio da dor pós-cesariana ao reduzir a inflamação e a necessidade de opioides. A sua ação rápida e adjuvante melhora a recuperação e diminui os efeitos adversos dos opioides, como náuseas e sedação. Deve ser usado por curto período, com vigilância renal, sobretudo em pacientes de risco.

Plano de Cuidados

Domínio: Pós-parto

Foco de atenção Adaptação ao puerpério comprometida, relacionada com a sobrecarga de cuidados neonatais e a gemelaridade

Dados relevantes para o diagnóstico: A puérpera exibia fadiga intensa, insegurança e dificuldades no cuidado tanto dos recém-nascidos quanto de si própria. Manifestava sentimentos de culpa, incapacidade para relaxar e frustração por não corresponder às próprias expectativas, revelando claros sinais de sobrecarga física e emocional.

Dados relevantes para o contexto: *“Estou cansada e não sei se consigo fazer tudo o que é esperado de mim. A amamentação está a ser muito difícil, e eu tenho medo de não ser uma boa mãe para os meus filhos. Eles são dois, e eu não sei como vou dar conta de tudo. Nem levantar consigo!”*

Diagnóstico: Potencial para melhorar adaptação ao puerpério

Objetivos:

- Promover a expressão das dificuldades e emoções associadas ao puerpério;
- Estimular a assunção progressiva dos cuidados aos bebés e ao autocuidado;
- Facilitar a adoção de estratégias de gestão da fadiga e reforço da autoconfiança;
- Incentivar o envolvimento do parceiro nos cuidados neonatais e suporte emocional.

CrITÉRIOS de resultado:

Apresenta verbalizações de controlo emocional e autoconfiança na adaptação ao puerpério;

Assume progressivamente os cuidados aos recém-nascidos e a si própria, demonstrando autonomia;

Solicita e aceita apoio do parceiro nos cuidados neonatais e apoio emocional.

Intervenções:

1. Apoiar adaptação materna no pós-parto

Fundamental para promover o bem-estar psicológico e prevenir a depressão pós-parto, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade, como a gemelaridade (Dennis, C. L. et al, 2013).

- Explorei com a puérpera as suas expectativas e emoções relacionadas com o puerpério.

Esta prática favorece a autorreflexão e diminui a angústia associada à transição para a maternidade (Sultan, P. et al 2022).

- Validei as dificuldades expressas, criando um espaço seguro para partilha emocional.

A validação emocional é essencial para reduzir sentimentos de inadequação, reforçando a ligação da mãe com os bebés. Está associada à redução de sintomas depressivos e ao fortalecimento da autoconfiança na parentalidade (Dennis & Dowswell, 2013).

- Estimulei a participação gradual no cuidado aos bebés, respeitando o seu ritmo.

A progressiva assunção de responsabilidades maternas reforça o sentimento de competência e favorece o vínculo seguro. Encorajei a estabelecer metas realistas de cuidado, estimulando a participação da puérpera em pequenas ações (ex.: mudar fraldas, segurar um dos bebés durante a amamentação).

- Promovi pausas de descanso, incentivando a alternância de cuidados com o companheiro.

De acordo com Shorey et al. (2018), o desenvolvimento gradual de competências parentais está relacionado a níveis mais altos de confiança e bem-estar emocional. A partilha de tarefas entre parceiros contribui para a redução do cansaço, melhora o bem-estar psicológico e reforça o vínculo entre mãe e bebé(s) (Bohren, M. A. Et al, 2019). O envolvimento familiar desempenha um papel na proteção contra o esgotamento emocional durante o puerpério (WHO, 2022).

Foco de atenção: Amamentação gemelar comprometida

Dados relevantes para o diagnóstico: Insegurança quanto à capacidade de alimentar dois bebés em simultâneo; Dúvidas sobre a técnica de amamentação gemelar (posição, pega, alternância das mamas); fadiga intensa interferindo com a disponibilidade para as mamadas; Ansiedade face à produção de leite suficiente para dois bebés; dificuldade em organizar o tempo das mamadas.

Dados objetivos (observáveis pela equipa de enfermagem): Postura inadequada durante a amamentação; Sinais de pega ineficaz dos recém-nascidos; Interrupções frequentes durante as mamadas devido a desconforto materno; Expressão facial de exaustão / frustração; Ausência de plano estruturado de amamentação.

Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para amamentar os recém-nascidos

Objetivos:

- Garantir que a mãe adquira competências práticas para posicionar corretamente ambos os bebés durante a amamentação;
- Promover a autoconfiança da mãe na sua capacidade de alimentar dois recém-nascidos em simultâneo;
- Favorecer a gestão eficaz da fadiga associada ao processo de amamentação gemelar;
- Assegurar que a mãe reconhece sinais precoces de dificuldade na amamentação e sabe quando solicitar apoio.

Critérios de Resultado:

Demonstra pega e posicionamento adequados durante a amamentação, sem sinais de dor ou desconforto;

Verbaliza maior confiança na sua capacidade de amamentar os recém-nascidos;

Implementa pausas ou estratégias para gerir o cansaço durante o processo de amamentação gemelar.

Intervenções:

1. Ensinar técnica de amamentação eficaz

- Avaliei e corriji técnica de posicionamento e pega dos dois recém-nascidos através de observação direta de uma mamada, com feedback imediato à puérpera.

A avaliação sistemática da técnica de amamentação permite detetar precocemente dificuldades como pega inadequada, dor ou ineficiência na sucção. O posicionamento correto favorece uma pega eficaz, assegura transferência adequada de leite e previne complicações como fissuras, mastite e ingurgitamento mamário (Steen, M. et al, 2021).

- Orientei a mãe sobre leitura dos sinais do bebé

Expliquei sinais de fome, saciedade e conforto do recém-nascido, promovendo participação ativa da mãe.

Aumenta a sensibilidade materna, confiança e participação ativa no cuidado, prevenindo complicações nutricionais e reforçando vínculo (Shorey et al., 2018).

- Treinei a mulher na utilização de posições facilitadoras da amamentação simultânea (duplo rugby e deitada), promovendo conforto, estabilidade dos recém-nascidos e pega eficaz.

A posição duplo-rugby permite alinhar corretamente os recém-nascidos à mama, favorecendo a drenagem dos ductos lactíferos, reduzindo o esforço físico e o desconforto musculoesquelético (Shorey et al., 2018). A posição deitada, por sua vez, facilita o contacto pele a pele, promove relaxamento e minimiza a fadiga materna durante a amamentação. Ambas as técnicas contribuem para o sucesso do aleitamento gemelar, reforçando a autoconfiança da mulher e a eficácia da alimentação.

2. Apoiar a aquisição de competências para a amamentação

- Esclareci sobre a fisiologia da produção de leite, enfatizando o princípio oferta-demanda e a importância da amamentação frequente e eficaz para estimular a lactação.

A produção de leite materno é regulada pela frequência e eficácia das mamadas; quanto mais os bebés sugam, maior a estimulação e produção de leite. A

amamentação regular favorece a adaptação fisiológica da mãe e do recém-nascido, promovendo a manutenção do aleitamento exclusivo (Kent, J.C. et al, 2019).

- Reforcei a importância da manutenção do contacto pele com pele e da sucção frequente durante o internamento para apoiar a amamentação.

O contacto pele a pele contínuo ajuda a manter a termorregulação do bebé e estimula os reflexos de sucção, facilitando uma pega eficaz. A sucção frequente promove a libertação de ocitocina, essencial para a produção adequada de leite e para o sucesso da amamentação (WHO, 2022).

3. Reforçar a perceção de autoeficácia na amamentação

- Reforcei a experiência positiva prévia da mulher com a amamentação e validei os seus sentimentos atuais, promovendo o empoderamento materno.

O reforço da autoconfiança materna, por meio do reconhecimento de sucessos anteriores e da validação emocional, está associado ao aumento da persistência e sucesso da amamentação prolongada (Kent, J.C. et al, 2019).

Foco de atenção: Dor aguda na ferida cirúrgica, com impacto na mobilidade e no cuidado aos bebés.

Dados relevantes para o diagnóstico: A puérpera expressou dor no local da incisão cirúrgica, intensa e constante, especialmente ao tentar movimentar-se ou realizar atividades relacionadas ao cuidado dos recém-nascidos; Limitação na mobilidade devido à dor, impactando a capacidade de cuidar adequadamente os bebés, como realizar a troca de fraldas e contacto pele com pele; Dificuldade em assumir posições confortáveis para amamentar.

A dor pós-cesariana está associada a menor interação mãe-bebé e menor taxa de amamentação exclusiva (Gizzo et al., 2015).

Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para lidar com a dor da ferida cirúrgica.

Objetivos:

- Reconhecer e comunicar de forma clara a intensidade da dor e os fatores que a influenciam;
- Utilizar estratégias não farmacológicas e/ou farmacológicas para promover o alívio da dor;
- Participar de forma ativa e informada no plano individual de controlo da dor;
- Demonstrar progressiva autonomia nos cuidados aos recém-nascidos, favorecida pelo adequado controlo da dor.

Critérios de resultado:

Expressa verbalmente o nível de dor e identifica fatores que a agravam;

Aplica autonomamente estratégias não farmacológicas e farmacológicas para o alívio da dor;

Participa de forma ativa e colaborativa na execução do plano de controlo da dor;

Demonstra capacidade para realizar cuidados aos recém-nascidos, evidenciando controlo adequado da dor.

Apresenta avaliação do nível de dor (EVA) $\leq 3/10$ após 48 horas de pós-operatório.

Intervenções:

1. Avaliação contínua da dor

- Monitorizei e registei o nível de dor usando a Escala Visual Analógica (EVA).

O uso da EVA permite quantificar a dor de forma subjetiva e padronizada, promovendo a adequação da terapêutica analgésica (O'Carroll, J. E. et al, 2022). A dor interfere com o cuidado aos RN e com a amamentação (Sultan, P. et al, 2021). A analgesia eficaz é essencial para a recuperação pós-cesariana (O'Carroll, J. E. et al, 2022).

2. Educação sobre a fisiologia da dor e estratégias de alívio disponíveis.

Implementei medidas de alívio não farmacológicas e apoiei a mobilização precoce de forma gradual e segura.

Estratégias cognitivo-comportamentais como o relaxamento promovem conforto, reduzem o consumo de analgésicos e aumentam a sensação de controlo (Nori, W. et al, 2023).

3. Administração de analgesia prescrita

- Reforcei a importância do cumprimento da analgesia programada (Paracetamol e Cetorolac EV) e esclareci sobre seu efeito no controlo da dor e segurança na amamentação.

A analgesia multimodal é segura no pós-parto e eficaz para a dor de ferida operatória, sem prejuízo para a amamentação. Protocolos multimodais de analgesia aumentam o conforto e promovem a recuperação funcional precoce (O'Carroll, J. E. et al, 2022).

4. Prevenção de complicações e autocuidado funcional

- Orientei a puérpera sobre posturas adequadas para proteger a região abdominal ao levantar-se, deitar-se e durante a amamentação, de modo a reduzir a sobrecarga na zona da incisão.

A adoção de posturas ergonómicas previne dor excessiva e promove a segurança funcional.

Foco de atenção: Confiança materna fragilizada, manifestada por frustração e medo de não corresponder às exigências do cuidado neonatal.

Dados relevantes para o diagnóstico- A puérpera manifesta sentimentos de insegurança quanto à sua capacidade para cuidar adequadamente os recém-nascidos; Medo de falhar no desempenho do papel materno, especialmente no contexto de puerpério gemelar; Dificuldade em reconhecer os próprios sucessos nos cuidados aos bebés; Sinais de frustração diante de desafios comuns, como dificuldades na amamentação ou organização da rotina.

Diagnóstico: Potencial para melhorar a autoeficácia materna, evidenciado por sentimentos de frustração e medo relacionados com os cuidados neonatais.

Objetivos:

- Expressar redução dos sentimentos de frustração e medo relacionados com os cuidados neonatais;
- Assumir de forma autónoma as tarefas de cuidado aos recém-nascidos;
- Demonstrar autoconfiança através da tomada de decisões seguras e adequadas no cuidado materno.

Crítérios de resultado:

Expressa verbalmente redução dos sentimentos de frustração e medo face aos cuidados neonatais;

Demonstra envolvimento ativo e autónomo nas tarefas de cuidado aos recém-nascidos;

Assume decisões seguras e adequadas no cuidado materno, com demonstração de autoconfiança;

Solicita ajuda de forma apropriada quando necessário, evidenciando consciência das suas capacidades e limites.

Intervenções:

1. Validar emoções expressas, reconhecendo os desafios do puerpério gemelar.

- Proporcionei momentos de escuta ativa e presença terapêutica, nos quais a puérpera pôde expressar livremente sentimentos de frustração, medo e insegurança, reforçando a normalidade dessas emoções no contexto do puerpério gemelar.

A escuta empática promove a autorreflexão, fortalece a relação terapêutica e reduz o sentimento de isolamento, sendo fundamental na construção da autoeficácia materna (Leahy-Warren, P. et al, 2011).

2. Promover a valorização de pequenas conquistas nos cuidados aos bebés.

- Reforcei verbalmente os comportamentos maternos positivos observados (ex.: acalmar os bebés, identificar e responder aos sinais

de fome), promovendo o reconhecimento da sua competência como cuidadora.

A retroalimentação positiva contribui para o reforço da autoestima e da confiança materna no desempenho do novo papel (Leahy-Warren et al., 2011).

3. Estimular a partilha de tarefas com o companheiro ou rede de apoio.

- Abordei estratégias práticas para a divisão de responsabilidades, incentivando a inclusão do companheiro e/ou rede de apoio nos cuidados aos bebés, bem como momentos de descanso e autocuidado. Reforcei a ideia de que a puérpera é coordenadora dos cuidados, mas não deve assumir a totalidade da responsabilidade.

O apoio social é um fator determinante para o fortalecimento da autoeficácia materna no período pós-parto (Shorey et al., 2021).

4. Promover a adaptação positiva ao papel materno, reforçando a perceção de normalidade no processo de transição para a maternidade.

- Facilitei o acesso a informação clara sobre a transição para a maternidade, abordando os desafios típicos deste período, nomeadamente em situações de puerpério gemelar, e normalizando as dificuldades iniciais na construção da identidade materna.

A educação em saúde materna, especialmente quando personalizada e continuada, reduz significativamente a ansiedade e promove a autoeficácia no cuidado aos filhos (Victória, A. Et al, 2024).

Síntese do caso

O acompanhamento clínico de Cláudia no pós-operatório imediato permitiu evidenciar a relevância de uma abordagem integral e centrada na mulher, orientada pelos princípios da Enfermagem Especializada em Saúde Materna e Obstétrica.

Esta experiência possibilitou a aplicação e consolidação de competências avançadas, incluindo avaliação clínica contínua, monitorização fisiológica,

tomada de decisão autónoma e comunicação terapêutica, integrando de forma consistente conhecimento técnico-científico com sensibilidade relacional. As intervenções implementadas não apenas favoreceram a recuperação física da puérpera, como responderam às suas necessidades emocionais e adaptativas num contexto de elevada vulnerabilidade, sublinhando a importância do cuidado personalizado e seguro.

A gestão da dor constituiu um elemento central do cuidado, com a implementação de estratégias de analgesia multimodal que proporcionaram alívio eficaz do desconforto pós-cirúrgico, facilitaram a mobilização precoce e preveniram complicações como tromboembolismo venoso (Sultan et al., 2021; O'Carroll et al., 2022).

A condução destas intervenções permitiu consolidar competências de avaliação contínua, planeamento e implementação de cuidados individualizados, reforçando a minha capacidade de monitorizar sinais clínicos, interpretar respostas maternas à analgesia e ajustar intervenções de forma segura e individualizada, evidenciando competência técnica, raciocínio clínico e atenção à segurança materno-fetal.

No domínio da amamentação, o contexto da gemelaridade exigiu que combinasse orientação prática sobre posições e pega correta com suporte emocional contínuo, promovendo a produção láctea, assegurando o bem-estar dos recém-nascidos e fortalecendo a confiança e autonomia de Cláudia como mãe (WHO, 2022). Esta prática permitiu desenvolver competências de ensino clínico, comunicação terapêutica e acompanhamento centrado na mulher, demonstrando a importância de adaptar o cuidado às necessidades individuais e às particularidades do contexto familiar.

A manutenção da integridade cutânea dos recém-nascidos, incluindo a abordagem de um ligeiro rubor umbilical, constituiu outra oportunidade de aplicar competências de avaliação clínica, educação em saúde e supervisão da adesão das famílias às orientações, reforçando o papel do EEESMO na promoção da segurança e prevenção de complicações.

A dimensão emocional constituiu um eixo de aprendizagem relevante, em que a aplicação de comunicação empática, escuta ativa e suporte psicossocial permitiu intervir perante sinais de fadiga intensa, insegurança e sentimentos de inadequação materna (Nguyen et al., 2019). Esta experiência consolidou competências relacionais e de mediação emocional, essenciais para promover adaptação psicoafetiva, bem-estar materno e uma experiência positiva do puerpério.

A inclusão do parceiro e da família alargada no plano de cuidados mostrou-se determinante para reforçar os laços familiares, facilitar o descanso materno e promover adaptação harmónica ao novo núcleo familiar. Esta prática contribuiu para a humanização e personalização do cuidado obstétrico, consolidando competências de mediação, coordenação de equipa e planeamento colaborativo (Uncu, B. et al, 2025).

Em síntese, este caso clínico permitiu articular conhecimento técnico-científico, sensibilidade humana e raciocínio clínico especializado, demonstrando que a atuação do EEESMO não se limita a procedimentos assistenciais, mas implica tomada de decisão autónoma, comunicação eficaz, ensino e supervisão clínica, bem como capacidade de adaptação a contextos complexos e multifacetados.

A experiência contribuiu significativamente para o meu desenvolvimento profissional, reforçando competências avançadas em avaliação, intervenção, educação em saúde e cuidado emocional, consolidando a prática segura, personalizada e verdadeiramente centrada na mulher.

2.2.4 CASO CLÍNICO 4 – RECÉM-NASCIDOS

“Do Útero ao Mundo: Duas Vidas, Dois Ritmos” - O Papel do EEESMO na Vigilância Neonatal Diferenciada em Contexto Gemelar

Cenário

Os gémeos, Duarte (RN1) e Miguel (RN2) nasceram por parto distócico cesariana, com Apgar 9/10/10 e 8/9/10 ao primeiro, quinto e décimo minutos, respetivamente.

Duarte pesou 2910 g e Miguel 2730 g, ambos apresentando perímetro cefálico adequado (33 cm e 32 cm) e comprimento de 46 cm e 45 cm respetivamente. Mantiveram-se em alojamento conjunto com a mãe no puerpério, sob vigilância da equipa. Apesar da estabilidade inicial, após as primeiras 24 horas evidenciaram trajetórias de adaptação distintas:

RN1 demonstrava transição fisiológica harmoniosa, reflexos ativos, coloração rosada, sucção vigorosa e termorregulação eficaz.

RN2, embora clinicamente estável, apresentava icterícia fisiológica precoce e maior dificuldade em manter temperatura corporal, necessitando de vigilância e intervenção específicas.

O acompanhamento contínuo permitiu identificar precocemente estas diferenças e adequar os cuidados de forma individualizada, respeitando o ritmo e as necessidades de cada bebé.

Enquadramento Teórico

O período neonatal imediato é uma fase crítica de adaptação fisiológica, em que ocorrem intensas modificações hemodinâmicas, respiratórias e metabólicas. Em recém-nascidos de gestação gemelar, essas alterações podem expressar-se de forma desigual, mesmo quando ambos são saudáveis, devido a diferenças sutis de maturidade pulmonar, reservas energéticas e peso ao nascer (WHO, 2022).

A literatura enfatiza que o contacto pele com pele e o alojamento conjunto são fatores protetores da termorregulação e da estabilização metabólica, além de favorecerem o vínculo e a amamentação precoce (WHO, 2022).

A icterícia neonatal fisiológica e a instabilidade térmica são achados frequentes nas primeiras 48–72 horas, exigindo monitorização cuidadosa para distinguir

variações benignas de sinais de patologia. A intervenção do EESMO, através da vigilância da coloração cutânea, temperatura axilar e estímulo à amamentação frequente, é essencial para prevenir complicações e garantir adaptação saudável.

Justificação escolha

O caso clínico gemelar proporciona um cenário complexo e enriquecedor para consolidar competências avançadas em cuidados neonatais imediatos. Permite aplicar conhecimentos técnico-científicos e relacionais, garantindo vigilância individualizada, promoção da parentalidade informada e suporte à adaptação fisiológica de ambos os gémeos, em consonância com recomendações da OMS e UNICEF.

A atuação do EESMO abrange avaliação neurossensorial, monitorização da termorregulação, padrões de eliminação e eficácia alimentar, com presença constante junto da díade mãe-filhos, fortalecendo vínculo afetivo, confiança parental e continuidade de cuidados seguros. Esta prática exigiu a aplicação de competências específicas de avaliação clínica, tomada de decisão autónoma, planeamento individualizado, comunicação terapêutica, mediação emocional e educação em saúde, consolidando a capacidade de atuar de forma integrada e centrada na díade mãe-filhos.

A intervenção precoce revela-se determinante, não só para a deteção atempada de alterações clínicas, mas também para fortalecer o vínculo afetivo e a autoconfiança parental, promovendo um ambiente seguro física e emocionalmente (UNICEF, 2023).

Ao articular vigilância clínica rigorosa, educação em saúde e promoção da parentalidade, este caso evidencia a capacidade da EESMO de garantir uma transição segura para o domicílio, contribuindo para a redução de complicações evitáveis e para a melhoria dos indicadores de saúde neonatal.

Plano de cuidados RN1 — Evolução Neonatal Fisiológica

Domínio: Promoção da Saúde

Foco de atenção: Promoção da vinculação precoce e vigilância da adaptação fisiológica.

Dados relevantes: Duarte apresenta atividade adequada, reflexos primitivos presentes, coloração rosada, boa sucção, amamentação eficaz, contacto pele a pele frequente e normotermia ao toque.

Diagnóstico: Capacidade para manter adaptação fisiológica — eficaz.

Objetivos:

- Manter estabilidade térmica, respiratória e metabólica;
- Promover o contacto pele com pele e o vínculo mãe-bebé;
- Assegurar amamentação eficaz e exclusiva.

CrITÉRIOS de resultado:

Mantém temperatura entre 36,5–37,4°C;

Amamenta eficazmente, sem sinais de fadiga;

Demonstra vínculo afetivo com a mãe através do contacto pele com pele e resposta comportamental positiva.

Intervenções:

1. Vigiar sinais vitais e padrão respiratório nas primeiras 24h horas pós-parto, assegurando transição fisiológica adequada.

A monitorização contínua permite detetar precocemente alterações e prevenir complicações como hipotermia ou hipoglicemia (AAP, 2021).

2. Promover contacto pele com pele contínua.

- Promovi e incentivei contacto pele com pele, ajustando posição e ambiente conforme necessidades do bebé.

Permite estabilizar a temperatura, frequência cardíaca e respiratória, facilita amamentação e fortalece vínculo afetivo (WHO, 2022).

3. Apoiar amamentação exclusiva com pega eficaz

- Observei mamadas consecutivas, corriji postura, orientei ajuste da pega.

Garante ingestão adequada, promove produção de leite e reduz fadiga do bebé e desconforto materno (WHO, 2022).

4. Avaliar reflexos orais e primitivos (sucção, deglutição, Moro, preensão)

- Registei reflexos, identifiquei inexistência de sinais de fadiga / descoordenação e promovi suporte durante a amamentação.

Assegura integridade neurológica e segurança alimentar, prevenindo risco de aspiração e identificando precocemente alterações neurológicas (Volpe, 2018; WHO, 2022).

5. Monitorizar eliminação fisiológica (micções e dejeções)

- Registei frequência, características das eliminações e sinais de desconforto (cólicas).

Indica hidratação e ingestão adequadas, permite detetar icterícia progressiva e prevenir desidratação (Maisels et al., 2021; AAP, 2022).

Plano de cuidados RN2 — Adaptação Neonatal com Atenção Diferenciada

Domínio: Promoção da Saúde

Foco de atenção: Risco de termorregulação ineficaz.

Dados relevantes para o diagnóstico: Durante as primeiras 36 horas, os recém-nascidos podem apresentar termorregulação imatura, exigindo controlo térmico rigoroso para prevenir hipotermia, hipoglicemia e stress metabólico (WHO, 2017).

Dados relevantes: RN com temperatura axilar 36,1°C nas primeiras 24 horas, extremidades frias e arroxeadas, aparentemente desconfortável com ligeiro gemido. Coloração amarelada a nível facial, sucção menos vigorosa. Amamentação mais lenta, necessitando de estímulo contínuo.

Diagnóstico: Risco de desequilíbrio térmico relacionado com imaturidade da autorregulação térmica e ambiente externo.

Objetivos:

- Assegurar estabilidade térmica do Miguel durante as primeiras 48 horas de vida, promovendo transição extrauterina segura;
- Prevenir perda de calor por evaporação, condução e convecção.

CrITÉRIOS de resultado:

Temperatura estável durante 48h -72h;

Pele quente ao toque e coloração adequada;

Ausência de sinais de hipotermia (tremores, letargia, extremidades frias).

Intervenções:

1. Avaliar temperatura corporal e padrão respiratório, incluindo o estado tegumentar do RN.

A avaliação contínua dos sinais vitais e da pele permite detetar precocemente sinais de adaptação neonatal deficiente, como cianose, dificuldade respiratória ou hipotermia (AAP, 2021).

2. Promover contacto pele com pele individualizado com a mãe

O contacto pele com pele favorece a termorregulação fisiológica, estabiliza a frequência cardíaca e respiratória e promove a microbiota cutânea benéfica, além de fortalecer o vínculo mãe-bebé (OMS, 2022).

3. Manter ambiente térmico neutro, com vestuário adequado e uso de touca.

Regulei a temperatura do quarto e utilizei cobertor adequado.

Um ambiente térmico neutro, com uso adequado de touca e vestuário, reduz o stress metabólico, minimiza perdas de calor e previne a hipotermia, especialmente em recém-nascidos com termorregulação imatura.

4. Educar os pais sobre sinais de alerta térmico e cuidados domiciliares, incluindo monitorização de extremidades frias, sudorese e letargia, garantindo continuidade de cuidados seguros (OMS, 2022).

A capacitação parental quanto à identificação precoce de sinais de hipo ou hipertermia (como extremidades frias, sudorese ou letargia) e quanto às medidas de proteção térmica no domicílio contribui para a continuidade de cuidados seguros e para a transição saudável ao ambiente extrauterino (OMS, 2022).

5. Vigiar reflexos primitivos neonatais (sucção, deglutição, Moro, preensão)

A avaliação precoce dos reflexos primitivos permite aferir a integridade do sistema nervoso central. Alterações nestes reflexos podem indicar sofrimento fetal prévio, hipóxia perinatal ou distúrbios neurológicos precoces (Volpe, 2018).

Foco de atenção: Icterícia Fisiológica

Dados Relevantes: Ligeira coloração amarelada a nível facial, sem progressão para o tronco; micções e dejeções adequadas à idade; sucção menos vigorosa, com tendência a melhorar após estímulo.

Diagnóstico: Risco de hiperbilirrubinémia fisiológica relacionado com adaptação neonatal e ingestão variável de leite materno.

Objetivos:

- Identificar precocemente sinais de agravamento da icterícia;
- Favorecer eliminação eficaz da bilirrubina;
- Manter ingestão e hidratação adequadas através da amamentação frequente.

Critérios de Resultado:

Coloração cutânea compatível com icterícia fisiológica e limitada à região cefálica;

Urina clara e dejeções frequentes, indicativas de excreção eficaz;

Estado geral ativo e sem letargia.

Intervenções:

1. Vigiar coloração cutâneo-mucosa sob luz natural, observando progressão céfalo-caudal.

A observação direta sob luz natural é o método mais sensível para deteção precoce da icterícia (Maisels et al., 2022).

2. Registrar frequência das mamadas, micções e dejeções, correlacionando com a intensidade da coloração.

A eliminação adequada promove excreção da bilirrubina não conjugada e evita acumulação sérica (AAP, 2022).

3. Estimular amamentação frequente (≥ 8 vezes/24h) para favorecer peristaltismo e eliminação de mecónio.

A sucção frequente acelera a transição intestinal e previne hiperbilirrubinémia (WHO, 2022).

4. Educar os pais sobre sinais de agravamento, como letargia, coloração intensa ou diminuição de mamadas.

O envolvimento parental é essencial para vigilância contínua após a alta (Maisels et al., 2021).

5. Instruir pais a comunicar alterações à equipa caso haja progressão da coloração ou sucção ineficaz persistente.

A atuação precoce previne complicações neurológicas como a encefalopatia bilirrubínica (AAP, 2022).

Domínio: Nutrição e Eliminação

Foco de atenção: Sucção e deglutição, possível ingestão adequada

Dados que caracterizam o contexto: RN com sucção menos vigorosa, mamadas lentas e necessidade de estímulo contínuo. Reflexos de busca e sucção presentes, mas fatigável ao final da mamada. Amamentação exclusiva em curso, sob vigilância próxima.

Diagnóstico: Padrão de sucção ineficaz transitório relacionado com adaptação neurológica e cansaço neonatal.

Objetivos:

- Melhorar a coordenação entre sucção, deglutição e respiração;
- Garantir ingestão adequada de leite materno, evidenciada por mamadas eficazes e saciedade pós-alimentação;
- Manter glicemia dentro dos valores de referência e evitar perda ponderal superior a 10% do peso ao nascer;
- Demonstrar aumento progressivo da força e resistência durante a mamada.

CrITÉRIOS de resultado:

Reflexos orais (busca, sucção e deglutição) ativos, simétricos e coordenados;

RN mantém sucção eficaz e rítmica em $\geq 80\%$ das mamadas, com sinais de deglutição audíveis/visíveis;

Eliminações adequadas ao 2.º dia de vida (mínimo 2–3 micções e dejeções progressivas);

Amamentação mantida sem fadiga excessiva, com pausas fisiológicas adequadas;

Manutenção ponderal dentro dos limites fisiológicos (perda <10%).

Intervenções:

1. Avaliar reflexos orais e capacidade de sucção-deglutição-respiração a cada turno, identificando sinais de fadiga, pausas longas ou dificuldade de coordenação.

A observação sistemática permite detetar precocemente alterações da motricidade oral e prevenir complicações nutricionais.

2. Estimular a sucção com técnicas suaves, como massagem perioral e contacto pele a pele, favorecendo o reflexo de busca e sucção ativa.

O estímulo sensorial tátil e térmico ativa o sistema nervoso central e reforça os reflexos de sucção e deglutição (Volpe, 2018; WHO, 2022).

3. Assegurar posicionamento fisiológico durante mamadas

Ajustei a posição durante a mamada, garantindo alinhamento fisiológico cabeça-pescoço e pega profunda, de forma a facilitar a extração de leite e reduzir esforço.

O posicionamento adequado otimiza a pressão negativa intraoral e reduz a fadiga muscular (WHO, 2022).

4. Fomentar mamadas curtas e frequentes, com pausas de descanso entre elas, adaptadas à tolerância e capacidade do recém-nascido.

A alternância entre sucção ativa e repouso previne exaustão e mantém o equilíbrio metabólico (AAP, 2021)

5. Vigiar sinais de hipoglicemia ou desidratação precoce, como tremores, sucção fraca, fontanela deprimida ou letargia.

A hipoglicemia é uma complicação comum em recém-nascidos com sucção ineficaz, devendo ser prevenida por alimentação precoce e eficaz (WHO, 2022).

6. Registrar frequência e duração das mamadas, correlacionando com eliminação urinária e intestinal e com evolução da icterícia fisiológica.

A eliminação adequada é indicador indireto da ingestão hídrica e da excreção da bilirrubina (Maisels et al., 2021).

7. Vigiar sinais de perda ponderal excessiva (>10%) ou icterícia exacerbada

A perda ponderal além do esperado ou icterícia intensa podem sinalizar problemas na alimentação, necessitando intervenção precoce para prevenir complicações (Maisels et al., 2021).

Síntese do caso

A escolha deste caso clínico permitiu aprofundar competências essenciais à prática especializada em enfermagem obstétrica, com foco na avaliação integral e contínua dos recém-nascidos e na promoção de uma adaptação neonatal segura e eficaz. A observação cuidada dos gémeos de Cláudia evidenciou que, embora partilhem o mesmo contexto biológico e ambiental, cada recém-nascido manifesta um ritmo próprio de adaptação, revelando a necessidade de um olhar clínico individualizado e de decisões autónomas fundamentadas em conhecimento científico.

Duarte apresentou adaptação fisiológica adequada, com temperatura estável, coloração rosada e boa vitalidade, permitindo que a intervenção do EEESMO se centrasse na manutenção da estabilidade, promoção do aleitamento exclusivo e fortalecimento do vínculo materno. Miguel, por seu lado, apresentou ligeiro comprometimento inicial, com coloração amarelada incipiente e sinais discretos de esforço respiratório, exigindo vigilância intensiva, monitorização térmica mais frequente e observação atenta da icterícia fisiológica leve, além de supervisão do padrão de sucção e hidratação.

O EEESMO, ao reconhecer esta individualidade, atua como elo entre ciência e sensibilidade, promovendo cuidados baseados em evidência, mas ajustados à singularidade de cada bebé. A vigilância atenta incluiu sinais vitais, padrão respiratório, integridade cutânea, reflexos primitivos, regulação térmica, eliminação fisiológica e estado de hidratação, consolidando competências de

avaliação clínica contínua, monitorização especializada, tomada de decisão autónoma, planeamento individualizado e intervenção precoce (Volpe, 2018).

A diferenciação dos planos de cuidados permitiu prevenir complicações, reforçar a segurança parental e consolidar o vínculo familiar. A atuação precoce na termorregulação e na vigilância da icterícia fisiológica no RN2 ilustra a importância da capacidade de priorização e intervenção adaptada, enquanto o acompanhamento do RN1 evidencia o valor do cuidado centrado na promoção do vínculo e do aleitamento exclusivo.

Este caso demonstra que, em contextos gemelares, a individualização do cuidado é o verdadeiro reflexo da prática avançada do EEESMO — um cuidar que reconhece, acolhe e respeita a diferença desde o primeiro instante de vida. Apesar da gestação múltipla sugerir semelhança biológica, a prática clínica especializada revela a singularidade de cada recém-nascido. Reconhecer e intervir segundo as suas necessidades individuais garante um cuidado verdadeiramente humanizado, centrado na família e fundamentado em evidência.

Em suma, a observação contínua e diferenciada dos gémeos evidencia que a prática do EEESMO combina rigor científico, intervenção precoce, supervisão clínica, comunicação terapêutica e mediação parental, assegurando que tanto a segurança fisiológica quanto a consolidação do vínculo afetivo sejam promovidas de forma simultânea, eficaz e adaptada às particularidades de cada recém-nascido, fortalecendo a minha identidade profissional enquanto enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

2.2.6 Reflexão sobre a Integração das Competências Especializadas e Desafios Enfrentados em Contexto de Estágio em Puerpério

O estágio em puerpério constituiu uma etapa determinante na minha formação enquanto estudante de especialidade, não apenas pela consolidação de competências técnicas e relacionais, mas sobretudo pela redefinição da minha

identidade profissional enquanto EEESMO. Mais do que um período de treino prático, foi um espaço de aprendizagem transformadora, onde teoria, evidência científica e prática clínica se entrelaçaram de forma contínua, exigindo uma postura reflexiva, crítica e comprometida com a qualidade do cuidado.

O puerpério, marcado por intensas transformações físicas, emocionais e sociais, exige uma intervenção atenta, humanizada e culturalmente sensível, que ultrapassa a vigilância clínica e abarca a totalidade da experiência da mulher e da família. Durante o estágio, acompanhei desde recuperações fisiológicas sem intercorrências até situações complexas, como hemorragias, infecções e instabilidade emocional. Cada episódio exigiu não apenas conhecimento técnico, mas também escuta empática, presença plena e discernimento ético na tomada de decisão.

A vigilância do bem-estar materno e neonatal — através da monitorização de sinais vitais, avaliação da involução uterina, observação da cicatrização e apoio ao aleitamento — constituiu uma dimensão central da minha prática. Destaco o acompanhamento de um caso de infeção cirúrgica em fase inicial, cuja deteção precoce e comunicação eficaz com a equipa permitiram uma intervenção célere e a prevenção de complicações. Esta experiência reforçou a relevância da observação crítica e da colaboração interprofissional como pilares da atuação da EEESMO.

A experiência vivenciada no serviço de internamento de puerpério permitiu-me reconhecer que uma das competências parentais mais desafiantes para a maioria das mães e dos pais se relaciona com a alimentação do recém-nascido.

As inquietações manifestadas pelas puérperas relativamente à pega, à produção de leite e ao desconforto mamário exigiram um acompanhamento individualizado, assente no respeito e na valorização dos saberes e experiências de cada mulher. Compreendi que empoderar não significa apenas ensinar, mas criar um espaço de diálogo, escuta ativa e partilha de conhecimento, em consonância com Victória, A. Et al (2024) que destacam a importância da relação de confiança no sucesso da amamentação.

Durante o tempo que permaneci no serviço, confirmei também que as puérperas submetidas a parto distócico por cesariana enfrentam frequentemente mais limitações no início da amamentação. Essas dificuldades, que encontram respaldo na literatura, resultam não só de alterações hormonais, mas também da dor e da limitação de movimentos causadas pela ferida cirúrgica, que condicionam a adoção de posições adequadas para amamentar.

Ainda assim, observei que a experiência anterior de amamentação, o conhecimento adquirido durante o acompanhamento pré-natal e a realização do contacto pele com pele e da amamentação na primeira hora de vida se revelam fatores protetores e facilitadores. Estes elementos favorecem o início bem-sucedido da amamentação, reforçam o vínculo mãe-bebê e fortalecem a confiança materna, evidenciando o papel crucial do EEESMO na promoção de um início positivo da parentalidade.

O estágio profissional representou uma transição desafiante entre a prática de enfermeira generalista e a construção de uma identidade especializada. Este processo implicou a revisão de rotinas, a problematização de automatismos e a abertura a novos paradigmas de cuidado, reconhecendo que a atuação da EEESMO requer uma vigilância ampliada às dimensões emocionais, sociais e culturais da mulher. Um dos principais desafios consistiu em desacelerar o ritmo assistencial, frequentemente condicionado pelas pressões institucionais, para valorizar o tempo de qualidade, o vínculo e a presença consciente. Esta mudança traduziu-se numa passagem do “fazer” para o “estar”, conceito central na filosofia de *midwifery*.

A experiência prévia revelou-se particularmente útil em contextos de urgência, como no episódio de uma hemorragia pós-parto tardia, no qual mantive a serenidade, mobilizei recursos e atuei de forma eficaz. Este momento foi reconhecido pela tutora como evidência da integração entre conhecimentos prévios e competências em consolidação, reforçando a importância da articulação entre saberes teóricos e práticos.

A interação com a equipa multidisciplinar trouxe igualmente desafios, sobretudo pela ambiguidade do papel assumido enquanto estudante e, simultaneamente,

colega de equipa. Gerir essa dualidade exigiu humildade, assertividade e uma comunicação clara, especialmente ao propor intervenções baseadas na perspetiva especializada e na evidência científica mais recente. Apesar das dificuldades, esta dinâmica favoreceu o desenvolvimento do pensamento crítico e consolidou uma prática reflexiva e dialogante.

A prática clínica constituiu, assim, um processo de ressignificação profissional. A experiência anterior funcionou como alicerce, mas exigiu reaprendizagem e reconstrução num movimento contínuo de integração. Aprendi a escutar com maior profundidade, a intervir com intencionalidade e a refletir criticamente sobre cada gesto de cuidado. O maior desafio consistiu em ultrapassar o automatismo e adotar uma postura mais consciente, fundamentada e humanizada.

Em síntese, o estágio em puerpério constituiu um marco decisivo na consolidação da identidade profissional enquanto EEESMO. As dificuldades enfrentadas converteram-se em oportunidades de aprendizagem, fortalecendo a convicção de que o puerpério é um território de cuidado exigente, mas profundamente humano. Sinto-me, assim, preparada para assumir plenamente este papel, consciente da responsabilidade ética e científica que o mesmo implica e comprometida com um cuidar simultaneamente competente, sensível e transformador.

2.3 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL: GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

A atuação do EEESMO na gravidez com complicações exige elevada complexidade e rigor técnico-científico, sempre sustentados pela ética, pela promoção da saúde e pela humanização dos cuidados. Nestes contextos vulneráveis, o profissional assume um papel interventivo, contínuo e integrador,

garantindo cuidados centrados na mulher, prevenção de riscos, identificação precoce de alterações, vigilância ativa e colaboração multidisciplinar.

Para além desta dimensão relacional e preventiva, destaca-se também a competência legal e clínica do EEESMO para diagnosticar, monitorizar, prescrever exames e acompanhar o bem-estar materno-fetal. Estas atribuições permitem implementar intervenções que asseguram uma gestação mais segura, mesmo perante adversidades clínicas, promovendo uma avaliação crítica dos desvios fisiológicos e a referenciação atempada para níveis superiores de cuidados quando necessário (ACOG, 2020).

A complexidade destas situações é particularmente evidente em gravidezes complicadas — como as associadas a patologias maternas pré-existent, alterações placentárias, parto pré-termo, gestação múltipla, malformações fetais ou outras intercorrências. Nesses cenários, o EEESMO organiza planos individualizados que não se limitam ao controlo clínico, mas integram também as necessidades biopsicossociais da mulher, os seus valores culturais, crenças e preferências. O suporte emocional, a capacitação para o autocuidado e o fortalecimento dos vínculos familiares e sociais assumem, assim, uma importância central.

Neste percurso, o acompanhamento pré-natal revela-se determinante. Para além da monitorização clínica, constitui um espaço privilegiado de promoção da literacia em saúde, de orientação para estilos de vida saudáveis e de identificação precoce de sinais de alerta. A escuta ativa, a empatia e a ausência de julgamentos caracterizam esta prática, criando um ambiente seguro que reduz a ansiedade e fortalece a confiança na equipa de saúde.

De igual forma, a articulação interprofissional é um pilar da prática especializada, permitindo a definição de estratégias terapêuticas conjuntas e assegurando a continuidade e a coerência dos cuidados. Esta colaboração torna-se ainda mais relevante quando a mulher enfrenta situações críticas, em que o EEESMO intervém na estabilização clínica, na monitorização intensiva e na transferência segura para unidades diferenciadas.

A dimensão do cuidar estende-se também às situações de perda gestacional, em que se exige uma intervenção sensível e humanizada. O apoio emocional à mulher e à família, a reorganização das dinâmicas familiares e a manutenção do vínculo parental com filhos sobreviventes são exemplos de práticas que traduzem a profundidade ética e relacional desta função.

Em suma, a complexidade das gravidezes de risco convoca uma atuação clínica robusta, informada pela evidência científica, que assegure simultaneamente segurança materno-fetal, equidade no acesso e respeito integral pela dignidade da mulher como protagonista da maternidade. Este compromisso ético e científico traduz-se não apenas na melhoria dos indicadores perinatais, mas também na satisfação com a assistência recebida (ACOG, 20202).

2.3.1 CONTEXTO CLÍNICO DE GRÁVIDAS DE RISCO (Serviço de Medicina Materno-fetal)

O estágio clínico decorreu entre 17 de março e 16 de maio de 2025, sob supervisão direta de duas EEESMO. As atividades desenvolveram-se predominantemente em meio hospitalar, durante o internamento de grávidas, complementadas pela participação em consultas de obstetria no âmbito do acompanhamento pré-natal.

Relativamente ao internamento de grávidas de risco, as utentes eram inicialmente encaminhadas a partir do SUOG, onde se confirmavam sinais e sintomas indicativos de desvios do curso fisiológico da gestação, reportados pelas próprias grávidas. Posteriormente, eram admitidas na unidade de internamento, situada na ala de Ginecologia e Cirurgia, próxima ao serviço de urgência e ao bloco de partos. Além dos casos agudos, a unidade assegurava também internamentos programados, nomeadamente para indução do trabalho de parto.

A nível estrutural, a área destinada ao internamento de grávidas, é composta por três quartos duplos, totalizando 6 camas, podendo ser ativadas em situações de maior afluência, quatro camas adicionais, com consequente acréscimo de um EEESMO. Cada quarto dispõe de uma casa de banho partilhada entre as duas grávidas.

A gestão dos quartos era realizada com base na condição clínica da mulher grávida, sendo que, se possível, procurava-se agrupar no mesmo quarto grávidas internadas para indução do trabalho de parto, reservando os restantes para patologias ou complicações associadas.

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

O acompanhante podia permanecer no serviço entre as 11h00 e as 21h00, não sendo permitida a pernoita, exceto nos casos de indução do trabalho de parto em fase ativa, em que era autorizada a sua presença contínua junto da parturiente.

No que respeita aos recursos humanos, o serviço é assegurado exclusivamente por EEESMO em cada turno. De acordo com o Parecer n.º 43/2019 (MCEESMO, 2019), a dotação segura de enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica no internamento de medicina fetal deve corresponder a um rácio de 1:3 nas grávidas de alto risco e de 1:6 nas de médio risco. O mesmo parecer define ainda que, nas situações de indução de trabalho de parto, é considerado seguro um rácio de 1:3.

Na prática, contudo, esta diferenciação nem sempre se encontrava operacionalizada, mantendo-se habitualmente um rácio de seis grávidas por enfermeira, independentemente da complexidade clínica de cada situação.

A vigilância contínua do bem-estar materno-fetal era assegurada por um conjunto de atividades assistenciais, incluindo a monitorização regular dos sinais

vitais — geralmente uma vez por turno ou com maior frequência conforme necessidade clínica — e a realização de cardiotocografia (CTG), em conformidade com os protocolos institucionais.

Durante o estágio, foram acompanhadas 124 mulheres com diversas condições clínicas. Os diagnósticos mais frequentes incluíam ameaça de parto pré-termo, pré-eclâmpsia, colestase intra-hepática da gravidez, placenta prévia, restrição de crescimento intrauterino (RCIU), rotura prematura de membranas e insuficiência istmocervical — patologias frequentemente associadas à prematuridade.

As consultas de vigilância da gravidez com complicações eram igualmente asseguradas por EEESMO, com as grávidas encaminhadas através de referenciação do centro de saúde ou do serviço de urgência hospitalar.

2.3.2 CARACTERÍSTICAS DE UMA GRAVIDEZ DE RISCO

A gravidez de risco caracteriza-se pela presença de condições clínicas, obstétricas ou sociais que podem comprometer a saúde da mulher e do feto, exigindo acompanhamento especializado e contínuo. Este contexto coloca desafios complexos que demandam vigilância rigorosa e intervenções precoces, fundamentais para minimizar complicações e garantir desfechos maternos e neonatais favoráveis.

Do ponto de vista fisiopatológico, a gravidez de risco pode resultar de patologias preexistentes ou desenvolver-se ao longo da gestação, como hipertensão arterial, diabetes gestacional, incompetência cervical ou contratilidade uterina anómala. Estas condições interferem no equilíbrio fisiológico materno-fetal, exigindo monitorização criteriosa e individualizada.

Para além das implicações biomédicas, a gravidez de risco acarreta impacto psicológico e social significativo, frequentemente manifestado por ansiedade, insegurança e medo relativamente ao prognóstico gestacional. Por isso, torna-

se imprescindível uma abordagem multidimensional, que integre suporte emocional, comunicação clara e a participação ativa da mulher na tomada de decisões sobre os seus cuidados (Ojelade, O. Et al, 2017).

Neste âmbito, o EEESMO assume um papel estratégico e insubstituível. A sua intervenção conjuga competências clínicas avançadas com escuta empática e uma postura centrada na mulher, promovendo o bem-estar materno-fetal e prevenindo complicações. Compete-lhe conceber, coordenar e implementar planos de cuidados personalizados, assegurando avaliação contínua e educação para a saúde que favoreça a autonomia da grávida face às particularidades da sua gestação (OE, 2019).

Assim, a assistência à gravidez de risco configura uma oportunidade privilegiada para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais do EEESMO, essenciais para uma prática de excelência que alia conhecimento atualizado a uma abordagem holística e humanizada.

Ameaça de Parto Pré-termo

O parto pré-termo constitui um dos principais desafios em obstetrícia, sendo responsável por elevada morbilidade e mortalidade neonatal. Define-se como o início do trabalho de parto antes das 37 semanas completas de gestação, período crítico para a viabilidade e desenvolvimento fetal. Caracteriza-se por contrações uterinas regulares, geralmente associadas a apagamento e dilatação cervical, assim como a distensão do segmento uterino inferior (Sousa, 2021).

Na ameaça de parto pré-termo, observam-se manifestações semelhantes, mas sem progressão significativa da dilatação cervical, o que a diferencia do falso trabalho de parto. Neste último, as contrações surgem de forma irregular, não progressiva e autolimitada, não determinando alterações cervicais (Sousa, 2021). A distinção entre estas entidades assume importância decisiva, pois orienta a implementação de medidas preventivas adequadas.

O plano terapêutico visa, sobretudo, inibir a atividade uterina, promover a maturação pulmonar fetal, reduzir o risco de infeção e proteger o sistema nervoso central do recém-nascido. Para tal, recorrem-se frequentemente a

tocolíticos, corticoterapia antenatal, antibiótoterapia profilática e medidas adjuvantes, como a recomendação de repouso. Entre estas, a corticoterapia antenatal ocupa lugar central, estando comprovadamente associada à redução da mortalidade e das complicações relacionadas com a prematuridade, como a síndrome de dificuldade respiratória, a hemorragia intraventricular e a enterocolite necrotizante.

Não obstante os seus benefícios, a administração de corticosteroides requer ponderação criteriosa, atendendo aos potenciais efeitos sobre a função placentária, o crescimento fetal e o risco acrescido de hipoglicemia neonatal, sobretudo em prematuros tardios. De acordo com protocolos internacionais, recomenda-se a sua utilização entre as 24+0 e as 34+6 semanas de gestação, variando a posologia consoante a instituição. Um dos esquemas mais descritos consiste na administração de Dexametasona 6 mg intramuscular a cada 12 horas, em quatro administrações. Outra opção, seguida na instituição em análise, inclui duas doses de 12 mg com intervalo de 24 horas, ambas com eficácia clínica demonstrada (ACOG, 2020).

Assim, a corticoterapia representa um dos pilares do cuidado na ameaça de parto pré-termo, devendo a sua utilização articular rigor científico, protocolos institucionais e avaliação individualizada, de modo a equilibrar benefícios e riscos para o binómio materno-fetal.

2.3.3 CASO CLÍNICO 5

“Gravidez por um fio - O delicado equilíbrio na ameaça de parto prematuro”

Cenário

Isabel (nome fictício), 40 anos, primigesta, sem antecedentes patológicos relevantes ou alergias conhecidas, apresenta uma gravidez concebida por fertilização in vitro. Compareceu ao serviço de urgência obstétrica com 29

semanas e 3 dias de gestação, referindo ligeiro sangramento vaginal e sensação de pressão pélvica. Nega perda de líquido amniótico e mantém percepção habitual dos movimentos fetais.

Ao exame obstétrico, observou-se dilatação cervical de 1 cm com extinção progressiva do colo uterino. A ecografia transvaginal revelou um colo com comprimento de 12 mm, associado a sinais de encurtamento cervical. A cardiotocografia evidenciou contratilidade uterina irregular, sem alterações na vitalidade fetal.

Face aos achados clínicos, a utente foi internada na unidade de internamento de grávidas de alto risco, com o diagnóstico de ameaça de parto pré-termo associada a incompetência cervical. Foi instituída terapêutica com corticosteroides para indução da maturação pulmonar fetal e administração de tocolíticos, com o objetivo de inibir a atividade uterina. Paralelamente, foi recomendada restrição absoluta ao leito, como medida preventiva para prolongar a gestação e reduzir o risco de complicações neonatais associadas à prematuridade.

Justificação da escolha do caso

O acompanhamento da mulher grávida com complicações constitui uma das áreas prioritárias de intervenção em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sendo responsabilidade do EEESMO assegurar cuidados altamente diferenciados, baseados em evidência científica atualizada, sensibilidade clínica, pensamento crítico e competência relacional. O presente caso clínico revelou-se particularmente relevante para o desenvolvimento e consolidação das competências nucleares da especialidade.

Trata-se de uma situação obstétrica de elevado risco, que integra fatores clínicos, emocionais e sociais, exigindo uma abordagem holística e vigilância contínua. A idade materna avançada, associada à primiparidade e à conceção assistida, configura um quadro de vulnerabilidade obstétrica e emocional. A contratilidade uterina em contexto de incompetência cervical potencia o risco de parto pré-

termo, requerendo intervenção precoce baseada em evidência e estreita articulação com a equipa multidisciplinar.

O acompanhamento desta utente permitiu implementar vigilância rigorosa da dinâmica uterina e do bem-estar materno-fetal, administrar terapêutica para maturação pulmonar fetal, avaliar continuamente o colo do útero por meios técnicos apropriados e garantir comunicação terapêutica eficaz, promovendo o empoderamento da mulher no processo de tomada de decisão. A atuação incluiu ainda orientação para repouso profilático, reforço da literacia em saúde sobre sinais de alerta de trabalho de parto iminente e mitigação da ansiedade associada à instabilidade clínica da gravidez.

Além das competências técnico-científicas, este caso promoveu o desenvolvimento de habilidades relacionais e ético-deontológicas, evidenciadas na escuta ativa, humanização dos cuidados e suporte emocional à mulher grávida, cujo percurso reprodutivo envolve elevado investimento emocional e clínico. O suporte prestado à utente e aos seus conviventes significativos reforça o papel da EEESMO como profissional de saúde e de referência, mediadora relacional em momentos de elevada tensão e incerteza.

Simultaneamente, o caso estimulou competências organizacionais e de liderança clínica, essenciais para coordenar cuidados com a equipa médica, neonatologia e psicologia perinatal, sempre numa lógica centrada na mulher e no binómio materno-fetal. Esta atuação integrada reflete o perfil avançado de competências definido pela OE (Regulamento n.º 391/2019), evidenciando capacidade de diagnóstico precoce de complicações, implementação de estratégias preventivas e garantia de continuidade e segurança dos cuidados.

Assim, a gestão clínica deste caso representou uma oportunidade singular de desenvolvimento das competências do EEESMO em diferentes domínios: clínico-assistencial, ético-relacional, educativo, organizacional e científico. A análise e reflexão crítica sobre esta experiência contribuem para o fortalecimento do papel autónomo, responsável e diferenciador do EEESMO perante os desafios da saúde materna e obstétrica contemporânea.

Medicação

Enoxaparina

Heparina de baixo peso molecular administrada por via subcutânea (40 mg/dia), com finalidade profilática na prevenção do tromboembolismo venoso, sobretudo em situações de risco acrescido ou mobilidade reduzida. Trata-se de uma terapêutica segura e eficaz, exigindo vigilância da função renal em casos selecionados.

Progesterona

Assume papel essencial na manutenção da gravidez, favorecendo a estabilidade endometrial e a inibição de contrações uterinas. A sua administração vaginal (200 mg/dia) potencia a absorção local e minimiza efeitos sistêmicos, sendo particularmente indicada na prevenção do parto pré-termo.

Dexametasona

Corticosteroide sintético administrado por via intramuscular (duas doses de 12 mg em intervalo de 24 horas), com o objetivo de promover a maturidade pulmonar fetal e reduzir complicações neonatais como a síndrome do desconforto respiratório ou a hemorragia intraventricular.

Atosiban

Antagonista dos recetores de oxitocina, utilizado para a inibição das contrações uterinas em situações de trabalho de parto prematuro entre as 24 e 33 semanas, com administração intravenosa ajustada à resposta clínica.

Tempo de acompanhamento: Turno da tarde (14h00 às 20h30)

Descrição da assistência à mulher perante APPT

Quadro 3 – Caso 5: Resumo de Atitudes Terapêuticas

HORA	Atitudes Terapêuticas	Observações Clínicas
15H	Garantia de repouso absoluto no leito	Repouso assegurado conforme prescrição médica.
	Monitorização de sinais vitais (1x/turno)	TA: 110/56 mmHg FC: 61 bpm SpO ₂ : 100%
	Auscultação dos ruídos cardíacos fetais (RCF)	FCF dentro do intervalo de normalidade (110 a 160 bpm), com presença de acelerações transitórias.
	Reforço da necessidade de manter o repouso no leito	Repouso mantido sem intercorrências até ao momento
17h00	Reavaliação dos parâmetros vitais	Sem alterações clínicas relevantes observadas.
	Avaliação do bem-estar fetal através da auscultação de RCF	Frequência cardíaca fetal mantida dentro dos padrões esperados, com reatividade positiva.

Plano de Cuidados

Domínio: Gravidez com complicações

Foco de atenção: Risco de parto prematuro

Dados relevantes para o diagnóstico: CTG revela contrações uterinas não percebidas pela grávida. Ecografia pélvica indica afunilamento do colo uterino com 12 mm.

Diagnóstico: Risco de parto prematuro relacionado com incompetência cervical e contratilidade uterina.

Objetivos:

- Promover estabilidade clínica materno-fetal;
- Assegurar a progressão da gestação até uma idade gestacional compatível com a maturidade fetal;

- Garantir adesão materna às orientações de vigilância e medidas terapêuticas.

Critérios de resultado:

Estabilidade hemodinâmica e ausência de sinais clínicos de trabalho de parto ativo prematuro (incluindo dilatação cervical progressiva, afunilamento do colo ou aumento da contratilidade uterina, confirmado por ecografia e CTG);

Bem-estar fetal assegurado por meio de monitorização periódica;

Cumprimento materno das orientações de vigilância, medicação e repouso;

Participação ativa da grávida e compreensão demonstrada do plano de cuidados.

Intervenções:

[14h30]

1. Monitorizar sinais clínicos e parâmetros uterinos

Avaliei contractilidade uterina, tônus uterino e bem-estar fetal através de CTG regular, vigiei sinais de rotura prematura de membranas, sangramento ou dor pélvica.

A deteção precoce de alterações permite intervenção atempada, reduzindo o risco de evolução para parto prematuro (ACOG, 2022).

[14h45]

2. Promover medidas de conservação uterina

Orientei repouso absoluto conforme indicação médica.

Esta intervenção, embora controversa em alguns contextos, continua indicada em situações selecionadas de ameaça de parto prematuro (ACOG, 2022).

Garanti conforto postural em decúbito lateral esquerdo para otimizar perfusão uteroplacentária.

O repouso pode reduzir pressão sobre o colo uterino e melhorar a oxigenação fetal (WHO, 2023).

[15h00]

3. Apoiar adesão à terapêutica farmacológica.

Administrei e vigiei os efeitos dos tocolíticos e corticoterapia para maturação pulmonar fetal, conforme prescrição. Eduquei a grávida e família sobre objetivos, benefícios e potenciais efeitos secundários da medicação.

A adesão correta à terapêutica reduz complicações e aumenta a eficácia da intervenção (NICE, 2021).

[15h30]

4. Educação para sinais de alarme

Orientei a grávida na identificação de sinais precoces de trabalho de parto, como contrações regulares, pressão pélvica, aumento de secreção vaginal ou rotura de membranas. Reforcei a importância de comunicar de imediato em caso de alterações. O reconhecimento precoce destes sinais contribui para reduzir o risco de complicações materno-fetais.

5. Apoio emocional e envolvimento familiar

Proporcionei espaço para expressão de receios e ansiedades. Envolvi o companheiro/família como suporte no cumprimento do plano de cuidados.

O suporte emocional reduz níveis de stress, fator associado ao desencadeamento de contrações.

Foco de atenção: Conhecimento sobre desenvolvimento fetal e ajustamento emocional à gravidez de risco

Dados relevantes para o diagnóstico: Admitida por APPT.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: Grávida demonstra sinais de ansiedade e preocupação, manifestando desconhecimento sobre a viabilidade fetal e sobrevivência em casos de prematuridade.

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento fetal associado a ajustamento emocional inadequado à gravidez de risco

Objetivos:

- Promover ajustamento emocional positivo e redução da ansiedade materna,
- Assegurar compreensão adequada do desenvolvimento fetal e das implicações clínicas do risco de parto prematuro.

CrITÉRIOS de Resultado:

A grávida demonstra conhecimento claro e correto sobre o desenvolvimento fetal e os riscos associados à prematuridade,

Evidência de redução da ansiedade expressa verbalmente e observada pela equipa de enfermagem,

Adesão ao plano terapêutico, incluindo repouso e tratamentos prescritos,

Registo sistemático da monitorização emocional e intervenções realizadas.

Intervenções:

[16h]

1. Promover conhecimento acerca do desenvolvimento fetal:

Fornei informação detalhada e fundamentada sobre o desenvolvimento fetal às 30 semanas. A partilha de conhecimento sobre o desenvolvimento fetal melhora a compreensão do estado clínico e favorece um ajustamento emocional positivo, diminuindo a ansiedade. Compreender as capacidades sensoriais e fisiológicas do feto, assim como os benefícios da corticoterapia para a maturação pulmonar, auxilia a grávida a enfrentar de forma mais confiante a ameaça de parto prematuro.

2. Esclarecer implicações clínicas do parto prematuro e necessidade de cuidados neonatais especializados

Informei sobre possíveis intervenções neonatais de modo a preparar a mãe para o cenário de prematuridade, reduzindo o impacto emocional e promovendo uma tomada de decisão mais consciente. Este esclarecimento é fundamental para reduzir o stress e apoiar a adesão ao plano terapêutico.

3. Avaliar a compreensão da grávida e monitorizar sinais de ansiedade

A avaliação contínua da resposta emocional permite identificar precocemente alterações do estado psicológico, possibilitando intervenções oportunas e evitando agravamento da ansiedade, que pode influenciar negativamente a evolução da gravidez.

4. Manter vigilância contínua do estado emocional

A ansiedade materna elevada está associada a complicações obstétricas e pode comprometer a ligação mãe-bebé. A intervenção precoce e o encaminhamento para suporte psicológico são medidas essenciais para a saúde mental materna e o desfecho perinatal.

5. Documentar a resposta da grávida e ajustar o plano de cuidados.

A documentação rigorosa da evolução e das intervenções permite a continuidade dos cuidados e garante que as ações de enfermagem sejam adaptadas às necessidades reais da grávida, promovendo a eficácia dos cuidados prestados (NICE, 2021).

Domínio: Autocuidado e Gestão da Saúde

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

Dados relevantes para o diagnóstico: Internamento por APPT

Dados relevantes para caracterizar o contexto: Prescrição médica de repouso absoluto no leito; relutância da grávida em realizar higiene e eliminação

no leito. Foram discutidas com Isabel as razões do repouso absoluto, esclarecendo impacto na manutenção da gravidez e desenvolvimento fetal. A grávida foi integrada no planeamento das medidas de conforto, higiene e eliminação, dentro dos limites clínicos seguros.

Diagnóstico: Potencial para melhorar a consciencialização e participação da mulher na autogestão do regime de repouso, visando otimização dos resultados perinatais.

Objetivo: Promover a compreensão e participação da mulher nas decisões relativas ao regime de repouso, esclarecendo o impacto na manutenção da gravidez e no desenvolvimento fetal.

Crítérios de resultado:

Isabel demonstra compreensão clara da importância do repouso para prevenir parto prematuro;

Participa na tomada de decisões dentro do regime prescrito, propondo ajustes seguros para higiene, eliminação e conforto;

Comunica prontamente sintomas ou alterações relevantes durante o internamento;

Mantém adesão ao regime prescrito, refletindo autonomia e envolvimento ativo no cuidado.

Intervenções:

[17h]

1. Discussão do plano de repouso e medidas de autocuidado

Expliquei razões do repouso absoluto e impacto na gravidez; integrei a grávida nas decisões sobre ajustes seguros para higiene e eliminação.

A participação ativa da grávida aumenta adesão e reduz ansiedade (WHO, 2023). Além disso, a compreensão clara dos benefícios reforça o seu compromisso com

o regime terapêutico, potenciando a autogestão e a vigilância ativa dos sintomas que possam indicar agravamento (WHO, 2022).

2. Monitorização conjunta do estado materno-fetal

Incentivei Isabel a relatar dor, desconforto ou alterações de bem-estar; avaliei conjuntamente sinais vitais, contrações e bem-estar fetal.

Envolvimento ativo da grávida permite deteção precoce de alterações e reforça senso de controlo (ACOG, 2022).

3. Promoção do conforto e autonomia dentro do regime prescrito

Orientei técnicas de mudança de posição, uso de apoio lombar e ajustes de roupa de cama para conforto; permiti pequenas adaptações seguras, conforme tolerância e supervisão.

Estratégias de conforto participativas reduzem stress, promovem adesão e bem-estar.

4. Reforço educativo contínuo

Reforcei importância da adesão, sinais de alarme e comunicação imediata; disponibilizei informação escrita, adaptada ao contexto da grávida.

Informação contínua favorece empoderamento, reduz ansiedade e promove autocontrolo.

Domínio: Adaptação à parentalidade

Foco de Atenção: Conhecimento e adesão a práticas promotoras da ligação mãe/pai-filho

Dados relevantes para o diagnóstico: Durante a avaliação, Isabel demonstrou necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o impacto do vínculo precoce

na saúde emocional materna e no desenvolvimento infantil. Questionamentos dirigidos incentivaram a reflexão sobre como as suas emoções e atitudes influenciam o bebé. *“Isabel, conhece algum benefício do vínculo precoce para a sua saúde emocional e para o bebé? O que pode fazer para fortalecer essa ligação? Como acha que os seus sentimentos e emoções durante a gravidez podem afetar o desenvolvimento do bebé?”*

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento e prática de estratégias que promovem a ligação afetiva mãe/pai-filho.

Objetivo: Facilitar a compreensão e adesão de Isabel a intervenções que fortalecem o vínculo afetivo com o bebé durante a gravidez e no pós-parto.

Critério de resultado:

Isabel identifica e aplica estratégias que promovem o vínculo afetivo durante a gravidez;

Isabel reconhece a importância do equilíbrio emocional para o desenvolvimento fetal;

Isabel manifesta participação ativa no processo de vinculação parental.

Intervenções:

[18h]

1. Educar sobre a importância do vínculo afetivo na gravidez

Promovi o conhecimento acerca da ligação mãe-bebé como base para a saúde emocional materna e o desenvolvimento neuro afetivo do recém-nascido, reconhecendo o papel das emoções maternas neste processo.

2. Explorar a comunicação materno-fetal e seus efeitos/benefícios:

Expliquei os mecanismos de comunicação fisiológica e emocional entre mãe e feto, destacando a influência do estado emocional materno no desenvolvimento fetal, reforçando a necessidade de autocuidado emocional (Silva, 2022).

3. Incentivar práticas de estimulação sensorial pré-natal

Orientei Isabel a utilizar estímulos auditivos e táteis (fala, música, toque suave) para fortalecer a interação precoce e promover o desenvolvimento cerebral e o bem-estar do bebé, consolidando a ligação afetiva (Silva et al., 2021).

Domínio: Emoção

Foco de Atenção: Stress

Dados relevantes para o diagnóstico: Isabel manifesta exaustão emocional após longo percurso com técnicas de procriação assistida. A ansiedade e inquietude aumentam face ao risco de complicações gestacionais.

Dados relevantes para o contexto: Aos 40 anos, Isabel alcança seu maior sonho, a maternidade, após doze anos de tentativas frustradas. Esperava uma gravidez serena, mas preocupa-se com o impacto do stress no bem-estar do bebé.

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento e aplicação de estratégias eficazes de autocontrolo do stress.

Objetivo: Promover o autocontrolo do stress durante a gravidez, fortalecendo o equilíbrio emocional.

Critérios de Resultado:

Isabel demonstra compreensão e prática de pelo menos duas estratégias eficazes para gerir o stress;

Isabel verbaliza diminuição da ansiedade e inquietude ao longo da gestação;

Isabel apresenta melhoria no estado emocional, com maior capacidade para lidar com situações stressantes relacionadas à gravidez.

Intervenções:

[19h]

1. Partilhar informação sobre stress

Expliquei que o stress constitui uma resposta natural a desafios, podendo afetar o bem-estar físico e emocional, manifestando-se através de sintomas como ansiedade, irritabilidade, insónia, alterações do apetite e sinais físicos (OMS, 2023). Incentivei Isabel a reconhecer os seus próprios sinais de stress e a refletir sobre estratégias de autocuidado apropriadas.

2. Promover estratégias de autocontrolo

Apoiei Isabel na adoção de práticas de lazer, manutenção de sono adequado, fortalecimento do suporte social, alimentação equilibrada e hidratação, com o objetivo de reduzir o stress e potenciar a qualidade de vida (WHO, 2023). Estimulei-a a selecionar e aplicar, de forma consistente, as estratégias que se revelassem mais eficazes para o seu quotidiano.

3. Promover técnicas de relaxamento

Sugeri o recurso a música relaxante, afirmações positivas e meditação guiada como ferramentas auxiliares na diminuição do stress e na promoção do bem-estar emocional durante a gravidez e o período pós-parto.

Síntese do caso

Perante uma situação clínica de elevada complexidade, a atuação do EEESMO revela-se crucial, assumindo um papel multifacetado na vigilância, estabilização e continuidade dos cuidados materno-fetais.

Neste caso, a gravidez configurava-se de alto risco não apenas pela idade materna avançada e pela conceção assistida, mas também pelas condições obstétricas presentes, nomeadamente a incompetência cervical — caracterizada pela incapacidade do colo uterino em permanecer fechado durante a gestação, mesmo na ausência de sinais clínicos evidentes — associada a sinais precoces de atividade uterina. Tal quadro reforçou a necessidade de uma intervenção especializada, contínua e orientada para a prevenção de desfechos adversos.

A vigilância rigorosa permitiu a deteção precoce de alterações sugestivas de progressão para trabalho de parto pré-termo, possibilitando a implementação

atempada de estratégias preventivas. Na qualidade de futura EEESMO, colaborei na execução de medidas farmacológicas e não farmacológicas prescritas, incluindo a administração de tocolíticos, a corticoterapia antenatal para aceleração da maturidade pulmonar fetal e a adoção de estratégias de repouso e de alívio do stress materno.

Paralelamente, tornou-se essencial preparar a mulher e o casal para potenciais complicações associadas à prematuridade. Através de informação clara, fundamentada e culturalmente sensível, foram abordados os cuidados neonatais intensivos e as possíveis evoluções clínicas. Este processo educativo favoreceu o envolvimento ativo da gestante, reforçou a literacia em saúde e promoveu a criação de uma rede de apoio emocional — elementos centrais para o autocuidado e prevenção de complicações no domicílio.

Dada a natureza particular desta gravidez, resultante de FIV e primiparidade tardia, destacou-se ainda o impacto psicoafetivo, que exigiu uma conduta centrada na promoção da segurança emocional. A comunicação terapêutica, pautada pela empatia e ausência de julgamentos, constituiu um recurso essencial para a prevenção da ansiedade patológica e para a construção de uma relação de confiança.

Ainda que a recomendação tradicional de repouso absoluto no leito tivesse como intenção reduzir riscos, a evidência atual tem vindo a questionar a sua eficácia e segurança. Estudos demonstram que o repouso prolongado pode associar-se a perda de massa muscular, maior risco de trombose venosa profunda, comprometimento da saúde mental e diminuição da qualidade de vida (ACOG, 2020).

Em contraste, recomendações internacionais apontam para o benefício do repouso relativo, privilegiando alguma mobilidade que contribua para o bem-estar físico e psicológico e reduza complicações iatrogénicas.

Esta discrepância entre prática clínica e evidência científica reforça a relevância do diálogo interdisciplinar e da atualização contínua de protocolos. Como futura enfermeira especialista, reconheço a importância de uma atuação fundamentada,

colaborativa e centrada na mulher, capaz de promover simultaneamente segurança clínica, autonomia e qualidade de vida durante a gestação.

2.3.4 Reflexão sobre a Integração das Competências Especializadas e Desafios Enfrentados em Contexto de Estágio em Internamento de Grávidas de risco

O estágio realizado no acompanhamento de mulheres com gravidez de risco constituiu uma etapa exigente e determinante no meu percurso formativo como estudante de Especialidade, oferecendo uma oportunidade singular de integrar competências técnicas, éticas e relacionais próprias do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Sem experiência prévia nesta área clínica altamente especializada, o confronto com situações de elevada complexidade exigiu uma adaptação rápida e fundamentada, articulando conhecimento científico atualizado com julgamento clínico sensível às necessidades individuais de cada utente. Esta vivência permitiu-me reconhecer a importância da tomada de decisão informada, da vigilância rigorosa e da humanização do cuidado, reforçando o papel central do EEESMO na promoção da segurança materno-fetal e na excelência dos cuidados prestados.

As gravidezes de risco, frequentemente associadas a condições como hipertensão gestacional, diabetes mellitus gestacional, ameaça de parto prematuro ou síndromes específicas, como a transfusão feto-fetal, impõem exigências acrescidas de monitorização contínua, avaliação criteriosa e decisões baseadas em evidência científica (ACOG, 2023). Inserir-me neste contexto clínico permitiu compreender a complexidade destas situações e a relevância de uma atuação especializada, coordenada e individualizada.

Apesar do acima descrito e considerando que o rácio de EEESMO praticado no serviço se encontra abaixo do recomendado pela Mesa do Colégio da Especialidade, sob uma perspetiva crítica, reconhece-se que a gestão dos cuidados se torna particularmente desafiante nos turnos em que o EEESMO é simultaneamente responsável por grávidas em indução de trabalho de parto e por grávidas de alto risco. Nestas circunstâncias, seria vantajosa a presença de um segundo EEESMO, de modo a garantir a continuidade, a excelência e a segurança dos cuidados prestados.

A interpretação criteriosa dos dados clínicos, em estreita articulação com a equipa multidisciplinar, tem-se revelado determinante para assegurar a segurança materno-fetal. Neste contexto, a comunicação permanente e a cooperação entre os diferentes elementos da equipa de EEESMO, distribuídos pela sala de partos, puerpério e Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG), assumem um papel central na superação das limitações estruturais e na manutenção da qualidade assistencial. Deste modo, o EEESMO destaca-se como mediador entre a complexidade técnica inerente ao cuidado especializado e a dimensão humanizada da prática clínica.

Ainda assim, ocorrem situações específicas em que o EEESMO responsável pelo internamento de grávidas necessita de se ausentar, por exemplo, para acompanhar uma utente ao bloco operatório ou à sala de partos. Nestes momentos, a vigilância das restantes grávidas internadas é assegurada com o apoio das colegas EEESMO dos outros setores, sempre que tal se revele necessário.

Mesmo quando as grávidas parecem clinicamente estáveis, a sua condição pode evoluir de forma súbita, exigindo avaliação imediata e decisões fundamentadas. Nesses momentos, a supervisão temporária pelos enfermeiros do serviço de Ginecologia/Cirurgia garante continuidade, mas não substitui a presença de profissionais com competências obstétricas especializadas. Os enfermeiros generalistas possuem formação ampla, mas carecem do conhecimento aprofundado necessário para reconhecer alterações subtis ou sinais precoces

de complicações. Esta realidade evidencia a importância de assegurar a presença de dois EEESMO por turno no internamento de grávidas, reforçando a vigilância constante, promovendo cuidados de excelência e consolidando a segurança materno-fetal. O especialista, assim, emerge como um elemento central na articulação entre competência técnica e cuidado humanizado, sendo decisivo para a qualidade e segurança da assistência prestada.

Considerando todos os fatores mencionados anteriormente, a abordagem adotada pelo EEESMO fundamenta-se na atuação individualizada - método de trabalho individual. Os planos de cuidados são elaborados de forma personalizada, refletindo elevados padrões de qualidade, nomeadamente no que respeita à segurança, eficácia e humanização dos cuidados, e respeitando a singularidade de cada mulher grávida, ao mesmo tempo que asseguram a continuidade e coerência dos cuidados prestados.

Durante o estágio, ficou evidente que o cuidado especializado vai muito além da execução técnica. Muitas mulheres hospitalizadas manifestavam medo, ansiedade e sensação de perda de controlo sobre a própria gravidez, comprometendo a sua autonomia informada. A intervenção centrou-se na criação de espaços seguros para expressão emocional, escuta ativa, validação das vivências individuais e, quando apropriado, uso do toque terapêutico, evidenciando que o cuidado relacional e afetivo é central no cuidado obstétrico.

A satisfação das necessidades básicas revelou-se igualmente determinante, pois garante conforto, promove bem-estar e potencia a disponibilidade da grávida para aprender e participar nas intervenções definidas no plano de cuidados. Em mulheres com repouso absoluto ou limitações físicas, dediquei atenção especial à assistência personalizada nos autocuidados, procurando manter a autonomia e a dignidade da utente ao máximo, respeitando hábitos e rotinas individuais. Estes cuidados não apenas fortalecem a relação terapêutica, mas também aumentam a confiança da mulher e a sua colaboração no processo de cuidado.

Um episódio marcante envolveu uma mulher com pré-eclâmpsia grave, cuja frustração face à interrupção inesperada da gravidez exigiu competências

técnicas, sensibilidade emocional, comunicação empática e tomada de decisão colaborativa. Situações como esta evidenciam a necessidade de articular perícia técnica, gestão emocional e posicionamento ético, garantindo cuidados seguros e humanizados, mesmo em contextos complexos.

O estágio evidenciou ainda desafios na aplicação da autonomia clínica e da evidência científica. Implementar as competências do EEESMO, previstas no Regulamento n.º 1222/2011 — “avaliar, decidir e intervir em tempo útil, fundamentando as opções terapêuticas no conhecimento científico atualizado” — implicou consulta constante da literatura, supervisão de tutores e reflexão crítica sobre cada decisão, promovendo o desenvolvimento de raciocínio clínico autónomo e seguro.

A gestão emocional e a comunicação eficaz mostraram-se essenciais, especialmente em situações de emergência ou deterioração clínica súbita. Agir com rapidez, manter a calma, coordenar a equipa e preservar a segurança materno-fetal reforçou o papel do EEESMO como mediador entre técnica, ética e humanização, alinhando-se com recomendações da OMS (2018) e de Renfrew et al. (2020).

A articulação com a equipa multidisciplinar destacou-se como outro fator crítico, exigindo clareza, humildade e assertividade na proposta de intervenções baseadas em evidência. Esta interação contribuiu tanto para a segurança das utentes como para o meu crescimento profissional e consolidação da identidade enquanto futura EEESMO.

Em síntese, o estágio constituiu uma experiência profundamente transformadora, permitindo integrar teoria-prática, a aplicação de competências especializadas e o desenvolvimento de uma visão holística do cuidado. A atuação do EEESMO exige, simultaneamente, competência técnica, sensibilidade emocional e firme posicionamento ético, garantindo a prestação de cuidados seguros, humanizados e centrados na mulher, mesmo em contextos clínicos desafiantes e complexos.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA - “Exposição corporal no trabalho de parto: a influência cultural nos desfechos obstétricos e na satisfação da parturiente”

Investigação como Competência Comum dos Enfermeiros Especialistas

A investigação constitui uma competência nuclear e transversal a todos os enfermeiros especialistas, assumindo um papel determinante na promoção da qualidade e segurança dos cuidados, na inovação clínica e na tomada de decisão sustentada pela melhor evidência disponível.

Dotados de formação avançada, os enfermeiros especialistas possuem a capacidade de interpretar criticamente a literatura científica, identificar lacunas no conhecimento e desenvolver estudos orientados para as necessidades concretas das populações sob a sua responsabilidade.

No domínio da enfermagem de saúde materna e obstétrica, a investigação adquire uma relevância acrescida, pois possibilita otimizar os desfechos maternos e neonatais, avaliar a eficácia de intervenções complexas e reforçar práticas centradas na mulher.

A aplicação sistemática de métodos investigativos sustenta a implementação de cuidados individualizados, ao mesmo tempo que confere ao enfermeiro especialista um papel de liderança na introdução de mudanças baseadas em evidência. Esta dinâmica promove uma cultura de aprendizagem contínua e de melhoria da qualidade dentro das equipas multidisciplinares, contribuindo para um sistema de saúde mais seguro, equitativo e responsivo (WHO, 2023).

3.1 Introdução

O trabalho de parto constitui um evento singular, marcado por intensas transformações físicas, emocionais e sociais que ultrapassam a dimensão puramente biológica. Para além do processo fisiológico, envolve a exposição corporal da mulher, frequentemente num contexto permeado por intervenções clínicas e pela presença de múltiplos profissionais. A forma como essa exposição é vivida varia de acordo com valores, crenças e referências culturais, influenciando de forma decisiva a experiência subjetiva do parto e os respetivos desfechos obstétricos.

Embora universal, o parto adquire significados distintos consoante os enquadramentos culturais, espirituais e sociais da mulher (Turkmani et al., 2022). Estes enquadramentos moldam não apenas a perceção da dor e da exposição, mas também sentimentos de controlo, dignidade e segurança. Compreender a experiência do nascimento exige reconhecer a confluência entre o conhecimento biomédico e os sentidos culturais que lhe são atribuídos.

A diversidade cultural desempenha um papel central na forma como as mulheres experienciam o trabalho de parto, particularmente no que se refere às práticas de exposição corporal. Valores religiosos, normas sociais e expectativas culturais influenciam diretamente a perceção e os sentimentos da mulher durante o parto, podendo aumentar ansiedade, stress e vulnerabilidade psicológica. Questões-chave incluem a preservação da modéstia, a prestação de cuidados sensíveis ao género e o papel crítico da comunicação na redução da ansiedade durante o trabalho de parto (Bohren et al., 2015).

A literatura evidencia que a satisfação com o parto não depende exclusivamente da ausência de complicações clínicas, mas também da perceção de respeito, privacidade e protagonismo no processo. Práticas de cuidados respeitosos — assentes em comunicação empática, proteção da intimidade e sensibilidade cultural — têm demonstrado impacto positivo na satisfação materna, na redução da perceção de trauma e na promoção do vínculo com o recém-nascido. Ambientes culturalmente sensíveis, aliados à continuidade de cuidados prestados por profissionais com formação em cuidados maternos respeitosos

(CMR), reforçam o bem-estar emocional e favorecem experiências de parto mais dignas e positivas.

3.2 Enquadramento teórico

A relação entre exposição corporal e cultura no contexto do parto tem suscitado crescente atenção científica, refletindo a natureza do nascimento como fenómeno simultaneamente biológico e sociocultural. Mulheres de diferentes origens podem atribuir significados distintos a práticas clínicas comuns, como toques vaginais, presença de estudantes ou grau de nudez durante o trabalho de parto. Estas perceções condicionam a aceitação ou resistência a intervenções, podendo repercutir na evolução clínica, no bem-estar psicológico e na satisfação global com os cuidados.

A exposição corporal, muitas vezes naturalizada nos serviços de saúde, pode ser percecionada como intrusiva ou desrespeitosa quando ocorre sem consentimento ou explicação adequada. Para muitas mulheres, a nudez involuntária ou a manipulação do corpo diante de vários profissionais constitui uma violação simbólica da intimidade, associada a stress acrescido, menor tolerância à dor e aumento da probabilidade de intervenções clínicas (Hassan et al., 2022; Bohren et al., 2015).

Além disso, a literatura sugere que o stress induzido pela falta de sensibilidade cultural pode influenciar desfechos fisiológicos do parto, através da ativação de respostas hormonais que interferem na progressão laboriosa, podendo resultar em trabalho prolongado ou necessidade de intervenções adicionais. Embora sejam necessários mais estudos empíricos para estabelecer relações causais definitivas, a evidência existente reforça a importância de uma abordagem integrada que combine prática clínica baseada em evidência com competências culturais e éticas (Shorey, S. et al, 2021).

O reconhecimento precoce da ansiedade e do desconforto associados à exposição corporal, aliado à capacidade de negociação de práticas culturalmente sensíveis, constitui um eixo central da prática do EEESMO. Isto

inclui a atenção à escolha do profissional que realiza o exame, à criação de espaços privados sempre que possível, e à explicação detalhada de cada procedimento. Tais estratégias promovem não apenas o respeito pelos direitos da mulher, mas também a humanização do cuidado e a minimização do impacto psicológico do parto, reforçando a autonomia e o protagonismo materno (WHO, 2018).

Num cenário de pluralidade cultural, crenças, rituais e normas de modéstia corporal influenciam a forma como cada mulher se relaciona com o corpo e com os profissionais de saúde, exigindo respostas ajustadas e humanizadas (Puthussery, S. et al 2023). Neste contexto, a competência cultural emerge como elemento central da prática do enfermeiro especialista, permitindo alinhar intervenções com valores e expectativas individuais. A literatura aponta que cuidados culturalmente competentes aumentam a confiança na equipa, favorecem a adesão às recomendações e potenciam experiências de parto mais positivas (Shakibazadeh, E. et al 2018).

Apesar da relevância do tema, a exposição corporal continua a receber escassa atenção nos currículos de formação em saúde, perpetuando a sua desvalorização nos contextos clínicos. Este cenário torna premente uma reflexão crítica sobre como os corpos femininos são expostos, geridos e compreendidos durante o nascimento.

Neste quadro, o EEESMO assume um papel determinante: proteger ativamente a privacidade da mulher, negociar práticas culturalmente sensíveis, adaptar a comunicação e reduzir assimetrias de poder. Estas intervenções valorizam a mulher como protagonista, contribuem para cuidados mais dignos e para experiências de parto alinhadas com os princípios da evidência científica e da humanização (Jeffreys, M.R, 2016).

3.3 Relevância do Estudo

Apesar do crescente corpo de evidência sobre cuidados culturalmente sensíveis no parto, a temática da exposição corporal mantém-se pouco explorada e

frequentemente negligenciada na prática clínica. A literatura aponta que, embora haja avanços na promoção da humanização e no respeito à diversidade cultural, persistem lacunas significativas na adaptação das rotinas institucionais às necessidades específicas de cada mulher (Pocock, N.S et al, 2020). Tais lacunas podem traduzir-se em experiências de parto menos positivas, perpetuar desigualdades no acesso a cuidados respeitosos e limitar a equidade nos resultados obstétricos.

A presente revisão integrativa da literatura justifica-se, assim, pela sua pertinência em sistematizar e analisar criticamente a evidência disponível acerca da relação entre diversidade cultural, exposição corporal e qualidade da experiência de parto. Ao dar visibilidade a uma dimensão muitas vezes naturalizada ou secundarizada nos contextos clínicos, este estudo procura abrir espaço para reflexão e mudança nas práticas de cuidados.

Além de reforçar a necessidade de políticas institucionais que garantam maior sensibilidade cultural e respeito à privacidade, o estudo pretende ainda valorizar o papel estratégico do EEESMO na proteção da dignidade da mulher, na promoção de cuidados centrados e na liderança de práticas inovadoras alicerçadas na evidência. Desta forma, contribui não só para a humanização do parto, mas também para o fortalecimento da enfermagem especializada enquanto disciplina comprometida com a equidade e a excelência dos cuidados.

3.4 Pergunta de Investigação

De que forma a exposição corporal durante o trabalho de parto, mediada pela diversidade cultural, influencia os desfechos obstétricos e a satisfação materna?

Perguntas secundárias:

Que percepções manifestam as mulheres relativamente à exposição corporal durante o trabalho de parto?

Como as práticas dos profissionais influenciam a experiência de privacidade e dignidade?

Que estratégias culturalmente sensíveis são identificadas como promotoras de uma experiência positiva?

3.5 Objetivos

O objetivo geral deste estudo consiste em explorar, na literatura, de que forma a diversidade cultural influencia a percepção e a satisfação das mulheres relativamente à exposição corporal durante o trabalho de parto e parto, bem como como os cuidados culturalmente sensíveis prestados pelos EEESMO são descritos nesse contexto.

Relativamente aos objetivos específicos:

1. Descrever como os estudos apresentam as vivências das mulheres relativamente à exposição corporal, privacidade e controlo no trabalho de parto.
2. Identificar na literatura exemplos de cuidados culturalmente sensíveis relacionados com a proteção da privacidade e a humanização do parto.
3. Refletir sobre a relevância da competência cultural do EEESMO no apoio às mulheres em diferentes contextos culturais.

3.6 Metodologia

3.6.1 Desenho do estudo

Para a abordagem da temática em análise, optou-se pela realização de uma Revisão Integrativa da Literatura. Este método de investigação, amplamente utilizado no âmbito da prática baseada na evidência, permite reunir, analisar e

sintetizar o conhecimento disponível sobre uma determinada problemática, contribuindo para o avanço científico e para a sua aplicação na prática clínica.

A RIL revela-se particularmente pertinente para aprofundar a compreensão sobre o tema em estudo, ao possibilitar a identificação de lacunas no conhecimento, de tendências emergentes e de áreas que carecem de investigação adicional. Esta abordagem, ainda que adote princípios metodológicos comuns às revisões sistemáticas, distingue-se por permitir a inclusão de diferentes tipos de estudos primários — quantitativos, qualitativos ou mistos — bem como de documentos não publicados ou não indexados em bases de dados tradicionais, designados por literatura cinzenta.

Este estudo, tem inerentes as etapas preconizadas pelo Joanna Briggs Institute designadamente: formulação da questão de investigação; enumeração dos métodos de seleção dos estudos; extração dos dados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento produzido e publicado.

3.6.2 Estratégia de Pesquisa

Para apoiar a formulação da questão de investigação e orientar a pesquisa da literatura, recorreu-se de forma adaptada ao modelo PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome). Embora este modelo seja habitualmente utilizado em revisões sistemáticas de estudos clínicos e de intervenção, a sua utilização neste trabalho teve apenas um propósito pedagógico e formativo, servindo como exercício académico para organizar os elementos centrais da questão de investigação e orientar a seleção de descritores para a pesquisa bibliográfica.

Neste sentido, o recurso ao PICO não visou assegurar robustez metodológica, mas sim facilitar a estruturação da pergunta orientadora, na pesquisa estruturada da literatura e apoiar o desenvolvimento de competências investigativas no âmbito do mestrado.

População (P)	Intervenção (I)	Comparação (C)	Outcomes (O)
Mulheres em TP de diversas origens culturais	Cuidados culturalmente sensíveis prestados por EESMO	Cuidados convencionais ou não culturalmente ajustados	Desfechos obstétricos*

*duração do trabalho de parto, uso de intervenções como: cesariana, complicações, etc.), satisfação com os cuidados e experiência do parto)

A questão orientadora, formulada a partir desta adaptação, foi definida como:
De que forma a exposição corporal durante o trabalho de parto, mediada pela diversidade cultural, influencia os desfechos obstétricos e a satisfação materna?

3.6.3 Fontes de Dados

A pesquisa bibliográfica foi realizada entre março e julho de 2025, nas bases de dados eletrônicas PubMed, CINAHL Complete, Scopus, MEDLINE e Web of Science, selecionadas pela sua relevância nas áreas da saúde, enfermagem e ciências sociais. Foram utilizados descritores e palavras-chave em português e em inglês, combinados através dos operadores booleanos AND e OR, bem como aspas (“ ”) para pesquisar expressões ou sequências específicas de palavras (Santos et al., 2009).

A estratégia de pesquisa manteve a mesma lógica conceitual em todas as bases de dados, abrangendo os conceitos-chave: população (mulheres em trabalho de parto), fenómeno (exposição corporal), contexto cultural (diversidade cultural), desfechos maternos (satisfação, percepção e experiência) e intervenção ou prática de enfermagem (cuidados culturalmente sensíveis e competência cultural).

Cada base de dados exigiu adaptações específicas à sua sintaxe e termos controlados, como MeSH no PubMed e MEDLINE ou CINAHL Headings no CINAHL Complete, garantindo uma pesquisa exaustiva e adequada a cada fonte. A equação booleana utilizada de forma adaptada a cada base foi:

(women in labour or labor) AND (labour or labor or intrapartum or childbirth or birth or delivery) AND (culture or cultural differences or cultural diversity) AND (satisfaction or experience or perception or view) AND (transcultural care or intercultural care or cultural competence or cultural care).

O Apêndice A (Tabela A1), apresenta a adaptação desta estratégia para cada base de dados, incluindo observações sobre termos controlados, filtros aplicados e sintaxe específica, garantindo a exaustividade da pesquisa.

3.6.4 Critérios de inclusão e de exclusão

Foram considerados artigos publicados entre 2015 e 2025, com o objetivo de abranger um período temporal mais amplo diante do número inicialmente reduzido de estudos identificados. A pesquisa inicial limitava-se ao intervalo de 2020 a 2025; porém, a escassez de resultados levou à ampliação do recorte temporal, assegurando uma base de evidências mais abrangente (Munn et al., 2018).

Foram incluídos artigos redigidos em português, inglês e espanhol, que abordassem mulheres em trabalho de parto e os cuidados prestados por profissionais de saúde, com ênfase na dimensão cultural e/ou na exposição corporal durante o parto. Também se consideraram estudos que explorassem a percepção materna, a satisfação com os cuidados e/ou a experiência de parto.

Excluíram-se estudos cuja população estivesse fora do contexto obstétrico, trabalhos de opinião, revisões não sistematizadas, artigos com dados incompletos ou indisponíveis para leitura integral, publicações duplicadas ou que não respondessem à questão de investigação.

Adaptação das estratégias de pesquisa

Dada a escassez de literatura que abordasse de forma explícita a exposição corporal durante o trabalho de parto, foi necessário ampliar a sensibilidade da pesquisa através da adaptação das estratégias booleanas. Para tal, integraram-

se descritores mais abrangentes relacionados com privacidade, dignidade e humanização dos cuidados, conceitos intrinsecamente ligados ao fenómeno em estudo.

Esta opção metodológica permitiu identificar evidência relevante que, embora não tivesse a exposição corporal como foco central, abordava esta dimensão de forma transversal, em articulação com a experiência materna, a satisfação com os cuidados e os desfechos obstétricos.

Além dos registos recuperados nas bases de dados a partir das estratégias definidas, foram incluídos artigos adicionais identificados em leituras exploratórias. A inclusão destes artigos justifica-se pela sua pertinência temática e pelo contributo para uma compreensão mais abrangente do objeto de estudo. Todos foram avaliados segundo os mesmos critérios de elegibilidade e qualidade aplicados aos restantes, reforçando a validade e a riqueza da revisão integrativa.

3.6.5 Processo de Seleção dos Estudos

O processo de seleção dos estudos seguiu as etapas preconizadas para uma revisão integrativa da literatura, assegurando transparência e rigor metodológico em todas as fases. Inspirando-me na lógica do PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), foi possível sistematizar de forma clara o percurso desde a identificação até à inclusão final dos estudos.

Na primeira etapa, a pesquisa bibliográfica nas bases de dados permitiu identificar 28 artigos potencialmente relevantes.

Na segunda etapa, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos, resultando na seleção de sete artigos considerados pertinentes para os objetivos definidos.

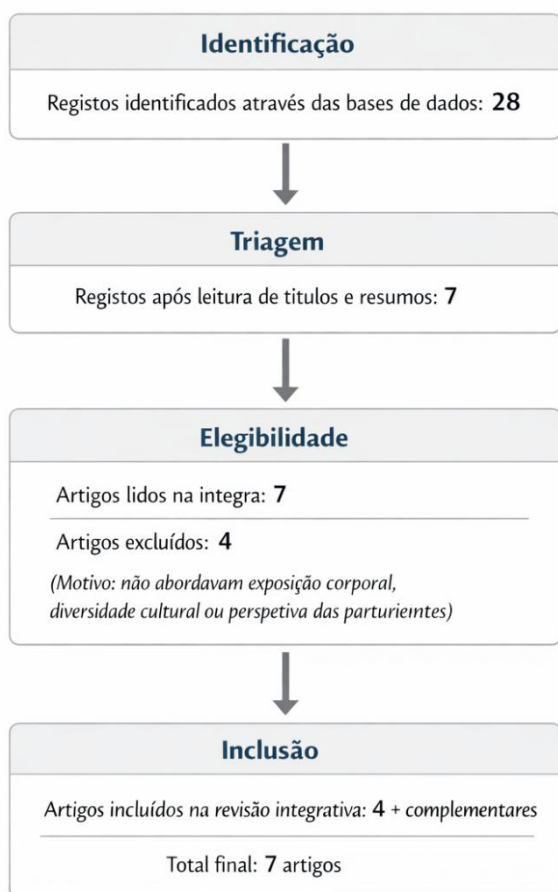
Na terceira etapa, após a leitura integral dos textos, foram excluídos quatro artigos por não abordarem a exposição corporal, a diversidade cultural ou a perspetiva das parturientes.

Adicionalmente foram incluídos 4 artigos, acrescidos de artigos complementares identificados durante leituras exploratórias, totalizando **7 artigos** no corpus final da revisão integrativa.

As etapas do processo de seleção encontram-se sistematizadas na Figura 1, a qual ilustra, de forma sintética, o percurso seguido até à constituição final do corpus de análise.

Este processo garantiu a inclusão de evidências diversificadas e representativas do fenómeno em estudo, permitindo uma compreensão ampla, crítica e fundamentada da temática analisada.

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos estudos segundo a metodologia PRISMA (adaptado)



3.6.6 Análise e Síntese dos Dados

A análise dos artigos selecionados revelou que nenhum estudo abordou a “exposição corporal no trabalho de parto” como foco exclusivo de investigação. Contudo, o tema emergiu de forma transversal, particularmente em discussões

relacionadas com a privacidade, a dignidade, a humanização dos cuidados e a perceção da experiência materna. Este achado sugere que, embora ainda pouco explorada de forma autónoma, a exposição corporal constitui um eixo subjacente e relevante na literatura sobre o parto, evidenciando a necessidade de maior aprofundamento científico.

A extração dos dados foi realizada de forma sistemática, através de uma tabela estruturada, que contemplou informações relativas aos autores, ano de publicação, país, tipo de estudo, amostra, objetivos, principais resultados e conclusões, permitindo uma análise comparativa e crítica dos estudos incluídos.

A síntese dos estudos encontra-se apresentada no Apêndice A (Tabela A2), possibilitando uma visualização detalhada das principais características metodológicas e dos contributos de cada investigação para a compreensão do fenómeno em estudo.

Atendendo ao desenho metodológico de revisão integrativa, não foi realizada uma avaliação formal do nível de evidência ou da qualidade metodológica dos estudos incluídos, tendo sido privilegiada a diversidade metodológica e a análise crítica e interpretativa dos resultados. Esta opção permitiu integrar diferentes perspetivas e abordagens sobre a temática, particularmente relevantes num fenómeno de natureza subjetiva e experiencial.

Posteriormente, procedeu-se a uma análise temática e descritiva, na qual os achados foram agrupados em categorias emergentes diretamente relacionadas com a questão de investigação, assegurando coerência entre os objetivos do estudo e a interpretação dos resultados.

3.7 Discussão dos Resultados

A análise dos resultados desta revisão integrativa foi conduzida com abordagem temática, apropriada ao carácter exploratório e integrativo do estudo. Este método permitiu organizar os achados em cinco eixos centrais — privacidade e dignidade, humanização e cuidado respeitoso, sensibilidade cultural e competência profissional, estratégias de coping e empoderamento materno e formação

contínua dos profissionais — permitindo identificar padrões comuns, discrepâncias significativas e reflexões sobre a prática do EEESMO, sem pretender generalizar os resultados.

De forma geral, os estudos revelam que a experiência do parto é influenciada por múltiplos fatores interligados: preservação da privacidade, exposição corporal, sensibilidade cultural, suporte emocional e contexto institucional. Contudo, as práticas reais mostram variações marcantes, evidenciando o impacto de políticas institucionais, recursos disponíveis, formação profissional e diversidade cultural das mulheres atendidas.

Privacidade e dignidade no trabalho de parto

Os estudos convergem na evidência de que a privacidade e dignidade são determinantes essenciais para uma experiência positiva do parto. Hussein et al. (2020), estudo qualitativo interpretativo com 27 mulheres jordanianas, relataram que a ausência de privacidade, múltiplos toques vaginais e exposição física geravam vergonha, desconforto e sensação de desrespeito. Supimpa et al. (2024), estudo qualitativo fenomenológico com 15 mulheres imigrantes no Brasil, destacaram vulnerabilidade, desamparo e medo, agravados por barreiras linguísticas e dificuldades de comunicação. Estes relatos estão em consonância com a literatura internacional, que associa a violação da privacidade a experiências traumáticas e menor confiança nos serviços de saúde.

Entretanto, surgem divergências quanto à natureza e extensão das violações. Hussein et al. (2020) apontam falhas estruturais em hospitais públicos dominados por uma lógica biomédica e patriarcal, enquanto Supimpa et al. (2024) enfatizam barreiras culturais e de comunicação em serviços que, formalmente, aplicam políticas de privacidade. Esta diferença evidencia que políticas institucionais e protocolos formais, isoladamente, não garantem privacidade efetiva; é necessária a implementação de sensibilização cultural, formação contínua em cuidados respeitosos e adaptação às necessidades individuais.

Para o EEESMO, esta análise reforça que a preservação da privacidade e da dignidade vai além de normas institucionais: exige vigilância crítica, capacidade de mediação entre protocolos e necessidades da mulher, e atenção a contextos culturais e individuais, sendo essencial para promover segurança, confiança e uma experiência de parto positiva.

Humanização e cuidado respeitoso

A humanização é apontada de forma unânime como essencial para qualidade da experiência do parto. Singh et al. (2024) demonstram que intervenções estruturadas de Respectful Maternal Care (RMC) melhoram significativamente a percepção de cuidado respeitoso e a satisfação materna, evidenciando convergência com Koç & Oğlak (2025), que mostram que cuidados respeitosos reduzem o trauma de parto ($r = -0.864$; $p < 0.001$).

Por outro lado, divergências surgem quando se observa o impacto do contexto institucional. Supimpa et al. (2024) relatam que mulheres imigrantes experienciam vulnerabilidade mesmo em contextos de formação profissional, sugerindo que barreiras linguísticas, carga de trabalho e políticas rígidas podem reduzir a eficácia de programas de humanização, apesar da evidência de que tais programas são eficazes. Esta análise evidencia que humanização não é apenas técnica, mas também relacional e contextual, exigindo do EEESMO sensibilidade, flexibilidade e capacidade de adaptação.

Sensibilidade cultural e competência profissional

A competência cultural emerge como pilar essencial para experiências positivas de parto, embora a sua aplicação prática varie. Mantula et al. (2023), estudo fenomenológico com 16 mulheres no Zimbabué, relataram comunicação deficiente, atitudes autoritárias e ausência de consulta sobre preferências culturais. Ngotie et al. (2022), estudo qualitativo com 19 profissionais no Quênia, evidenciaram que barreiras institucionais e falta de formação dificultam a integração de práticas culturais.

Em contraste, Singh et al. (2024) e Koç & Oğlak (2025) mostraram que programas estruturados de capacitação aumentam significativamente o respeito

percebido e a satisfação materna. Esta contradição entre contextos com e sem capacitação evidencia que a competência cultural é um processo dinâmico, dependente de formação, supervisão, reflexão contínua e adaptação ao contexto institucional. Para o EEESMO, isto reforça a necessidade de planeamento crítico e mediador da prática, conciliando políticas institucionais com necessidades culturais individuais.

Estratégias de coping, empoderamento materno e participação

A autonomia da mulher e estratégias de coping culturalmente congruentes são amplamente reconhecidas como promotoras de bem-estar e satisfação materna. Navarro-Prado et al. (2023), estudo quantitativo com 249 mulheres, mostraram que a presença de acompanhantes aumenta significativamente a satisfação materna, mesmo quando fatores culturais não influenciam a escolha da analgesia. Supimpa et al. (2024) e Hussein et al. (2020) evidenciaram que a integração de práticas culturais e comunicação empática favorece empoderamento e sensação de controlo.

Divergências emergem na intensidade do impacto, dependendo do contexto. Mulheres imigrantes experienciam maior vulnerabilidade e dependência de suporte profissional adaptado, enquanto contextos homogêneos apresentam menos barreiras. Estes achados reforçam que o EEESMO deve mediar entre políticas institucionais e necessidades individuais, promovendo participação ativa, respeito à cultura e empoderamento materno.

Formação e atualização contínua dos profissionais

A formação contínua em competências culturais e humanização é unanimemente apontada como crítica. Singh et al. (2024) mostraram que programas de RMC aumentam perceção de cuidado respeitoso e satisfação materna, enquanto Mantula et al. (2023) e Ngotie et al. (2022) evidenciam que barreiras institucionais e ausência de formação reduzem a eficácia das práticas culturalmente sensíveis. Estes achados indicam que formação isolada não garante qualidade homogênea, sendo necessária integração com reflexão crítica, supervisão e adaptação ao contexto — responsabilidades centrais do EEESMO.

A análise integrada evidencia que a humanização do cuidado obstétrico vai além da técnica, incorporando respeito por crenças, valores e identidades culturais, sendo central para experiências positivas de parto. As convergências entre os estudos destacam que privacidade, dignidade, empoderamento materno e competência cultural são pilares do cuidado centrado na mulher. As divergências, por sua vez, evidenciam o impacto do contexto cultural e institucional, barreiras estruturais e lacunas na formação profissional.

Para o meu desenvolvimento enquanto futura EEESMO, esta análise reforça a consciência de que o exercício profissional em saúde materna ultrapassa a execução de intervenções assistenciais, exigindo postura ética, reflexiva e culturalmente sensível. A humanização traduz-se, assim, na capacidade de acolher a diferença e legitimar a dignidade de cada mulher, constituindo um dos pilares fundamentais da prática baseada em evidência e do cuidado centrado na pessoa.

3.8 Conclusões

A análise crítica dos estudos incluídos nesta revisão integrativa evidencia que a privacidade, dignidade e sensibilidade cultural são determinantes centrais para a experiência do parto. Hussein et al. (2020) e Supimpa et al. (2024) mostram que a ausência de privacidade, múltiplos toques vaginais, barreiras linguísticas e exposição física geram sentimentos intensos de vergonha, vulnerabilidade, desamparo e insegurança, afetando a percepção de segurança e conforto da mulher. Estes achados reforçam que a humanização do parto não se limita a técnicas obstétricas, mas requer a atenção cuidadosa às necessidades individuais e contextos culturais, em consonância com os princípios da enfermagem obstétrica centrada na mulher.

Os estudos quantitativos e intervencionais (Singh et al., 2024; Koç & Oğlak, 2025) demonstram que programas estruturados de Respectful Maternal Care (RMC) aumentam significativamente a percepção de cuidado respeitoso e a satisfação

materna, enquanto reduzem a percepção de trauma. Contudo, a eficácia destas intervenções depende da implementação prática, do contexto institucional e das barreiras culturais ou estruturais presentes. Esta constatação sublinha que a formação isolada não é suficiente; é necessário integrá-la com supervisão clínica, adaptação das práticas ao contexto local e reflexão contínua do profissional, elementos centrais para a atuação do EEESMO.

A competência cultural emerge como dimensão crítica, com impacto direto na satisfação materna, no empoderamento da mulher e na confiança nos profissionais de saúde (Navarro-Prado et al., 2023; Mantula et al., 2023; Ngotie et al., 2022). As evidências indicam que barreiras institucionais, falta de formação prática e rigidez nas políticas podem limitar a aplicação efetiva da competência cultural, enquanto ambientes flexíveis e profissionais capacitados promovem cuidado humanizado e culturalmente sensível. A comparação entre contextos revela que mesmo políticas formais de respeito à privacidade podem falhar quando não acompanhadas de sensibilização cultural e comunicação empática, reforçando a necessidade de mediação crítica do EEESMO.

A análise dos estudos também evidencia a relevância de estratégias de coping e empoderamento materno, incluindo a possibilidade de escolha de acompanhantes, valorização de preferências culturais e comunicação empática. Estes fatores contribuem para aumentar a sensação de controlo, segurança e confiança da mulher, elementos fundamentais para uma experiência positiva do parto (Navarro-Prado et al., 2023; Supimpa et al., 2024). As divergências observadas entre diferentes contextos culturais e institucionais reforçam que o cuidado obstétrico deve ser flexível e individualizado, permitindo que o EEESMO mediador alinhe protocolos clínicos com necessidades específicas de cada mulher.

Do ponto de vista formativo, esta revisão integrativa constituiu um exercício valioso para o desenvolvimento das minhas competências de análise crítica, pesquisa e reflexão ética, contribuindo para compreender de forma aprofundada como a competência cultural influencia a prática clínica. Este processo

consolidou a convicção de que a humanização do parto transcende a execução de técnicas e protocolos, exigindo sensibilidade, adaptabilidade e postura ética do profissional, em especial do EEESMO.

Em síntese, embora esta revisão não permita generalizações definitivas, evidencia de forma consistente que a competência cultural, o respeito à privacidade e a dignidade da mulher são dimensões estruturantes da prática obstétrica humanizada. Os achados reforçam a necessidade de aprofundar este tema na formação, na investigação e na prática clínica, promovendo cuidados obstétricos seguros, respeitosos, centrados na mulher e sensíveis às diversidades culturais. A reflexão crítica sobre políticas, formação e barreiras institucionais coloca o EEESMO num papel estratégico de mediador, supervisor e facilitador de experiências de parto positivas, garantindo que cada mulher seja ouvida, respeitada e valorizada.

3.9 Limitações do Estudo

Esta revisão integrativa apresenta algumas limitações que importa reconhecer. Em primeiro lugar, não foram identificados estudos que abordassem de modo direto a temática da exposição corporal durante o trabalho de parto; este fenómeno emergiu sobretudo de forma indireta, associado a dimensões mais amplas como privacidade, autonomia e humanização dos cuidados.

Observou-se uma predominância de estudos de natureza qualitativa, particularmente valiosos para compreender a experiência subjetiva das mulheres, mas fortemente condicionados pelo contexto e com reduzida capacidade de generalização. A distribuição geográfica revelou-se assimétrica, com maior concentração em contextos africanos e em populações migrantes, limitando a transferibilidade dos resultados para outros sistemas de saúde e realidades culturais distintas.

Além disso, verificou-se escassez de evidência quantitativa e limitada representatividade em variáveis como idade, escolaridade e diversidade étnica.

A decisão de incluir apenas publicações em português, inglês e espanhol poderá também ter conduzido à exclusão de contributos relevantes redigidos noutras línguas.

Apesar destas limitações, o conjunto de evidências analisadas mantém valor significativo, permitindo identificar padrões e reflexões relevantes sobre privacidade, dignidade e sensibilidade cultural no parto. Pelo contrário, estas restrições reforçam a constatação de que a exposição corporal no trabalho de parto permanece insuficientemente explorada e, quando abordada, surge frequentemente de forma secundária. O reconhecimento crítico destas limitações constitui, por si só, um exercício de aprendizagem, fortalecendo a reflexão sobre a robustez, abrangência e aplicabilidade da evidência atualmente disponível, com implicações diretas para a prática do EEESMO.

3.10 Considerações

A revisão integrativa realizada permitiu evidenciar que a preservação da privacidade, da dignidade e da sensibilidade cultural é amplamente valorizada pelas mulheres como componente essencial da experiência de parto. Os estudos analisados indicam que práticas como a minimização da exposição corporal, o respeito pelas crenças e preferências culturais e o envolvimento ativo da mulher nas decisões clínicas favorecem perceções mais positivas acerca do cuidado recebido.

Todavia, a implementação destas práticas revela variações significativas entre contextos, refletindo a influência de fatores organizacionais, institucionais e culturais. Esta heterogeneidade demonstra que a humanização do parto e o desenvolvimento da competência cultural transcendem o domínio técnico, dependendo igualmente da forma como os profissionais e as instituições estruturam os seus cuidados para responder às necessidades singulares de cada mulher.

A análise dos resultados constituiu, assim, uma oportunidade de aprendizagem e reflexão, permitindo reconhecer a competência cultural e a humanização como dimensões nucleares da prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO). Reafirma-se, deste modo, o papel do cuidado respeitoso como pilar essencial da saúde materna e fundamento ético e profissional da atuação do EESMO.

3.11 Questões que permanecem em aberto na literatura

Durante a análise dos artigos incluídos, verificou-se que a exposição corporal no contexto do parto raramente é tratada como objeto central de investigação, surgindo sobretudo de forma transversal a constructos mais amplos, como dignidade, privacidade e humanização dos cuidados. Esta abordagem indireta limita uma compreensão mais profunda e contextualizada do fenómeno.

Observou-se, igualmente, uma predominância de estudos de natureza qualitativa, particularmente úteis para explorar a dimensão subjetiva da experiência materna, embora com menor potencial de generalização. A produção de evidência quantitativa que relacione privacidade, sensibilidade cultural e desfechos obstétricos permanece incipiente e carece de maior desenvolvimento.

O reconhecimento destas limitações constituiu um exercício formativo relevante, reforçando competências de análise crítica e interpretação da literatura científica. Esta reflexão evidenciou a importância de integrar diferentes tipos de evidência, mesmo perante resultados heterogéneos, e consolidou a consciência de que certos aspetos continuam a ser insuficientemente estudados.

Por fim, esta constatação reforça que a investigação é uma dimensão indissociável da prática especializada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, constituindo alicerce do pensamento crítico e da tomada de decisão informada, que sustentam o cuidado baseado em evidência.

4. TRAJÉTORIA FORMATIVA E REFLEXÃO CRÍTICA

Construção de Competências em Enfermagem Especializada

Neste percurso formativo, a avaliação das atividades desenvolvidas baseou-se numa reflexão crítica e sistemática sobre a prática profissional, enriquecida pelo diálogo contínuo com a equipa pedagógica e, sempre que possível, pela análise das perceções das mulheres e famílias relativamente aos cuidados prestados.

Esta abordagem reflexiva constituiu o alicerce do processo de aprendizagem, permitindo integrar teoria e prática e consolidar as competências essenciais ao exercício do EEESMO.

4.1 Integração Teoria-prática

O estágio constituiu um marco essencial na consolidação da minha formação enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, ao permitir a articulação entre os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do percurso académico e a prática clínica experienciada. Esta integração revelou-se determinante não apenas para compreender, em profundidade, o papel do EEESMO na prestação de cuidados seguros, humanizados e individualizados, mas também para desenvolver competências críticas e reflexivas indispensáveis à tomada de decisão informada e centrada na mulher.

Durante a prática clínica, ficou evidente que enquadrar os cuidados em modelos centrados na mulher exige mais do que domínio técnico: envolve valorizar a autonomia da parturiente, respeitar a fisiologia do parto e assegurar a continuidade da assistência. Esta constatação permitiu-me reconhecer a importância de adotar uma postura ética e reflexiva, reforçando competências de avaliação crítica e tomada de decisão fundamentada, habilidades centrais na prática do EEESMO. Estes princípios encontram suporte na literatura, como apontam Eri et al. (2021), que destacam abordagens de enfermagem obstétrica

capazes de potenciar experiências de parto mais satisfatórias e cuidados maternos de excelência.

A vivência prática permitiu observar diretamente a promoção do empoderamento feminino, por meio da escuta ativa, comunicação clara e incentivo à tomada de decisão informada. Esta experiência contribuiu para o meu desenvolvimento profissional ao fortalecer a capacidade de mediador entre as necessidades da mulher, as evidências científicas e o contexto institucional. Simultaneamente, identifiquei desafios à implementação plena destes princípios, como constrangimentos institucionais e pressão assistencial, reforçando a necessidade de flexibilidade, criatividade e pensamento crítico — competências indispensáveis à prática avançada do EEESMO.

A revisão de Stoll et al. (2023) ajudou-me a compreender a diversidade de quadros teóricos que sustentam a prática obstétrica, todos convergindo na centralidade da mulher como sujeito ativo do cuidado. Esta perspetiva traduziu-se em ações concretas, como a promoção de alternativas às posições de litotomia, o respeito pelas necessidades emocionais da parturiente e a adaptação dos cuidados a diferentes contextos culturais.

Em situações de gravidez de risco ou puerpério, a abordagem centrada na mulher revelou-se particularmente relevante, permitindo cuidar da vulnerabilidade emocional, do medo do desconhecido e da importância da comunicação humanizada. Para mim, enquanto futura EEESMO, estas experiências reforçaram a capacidade de integrar aspetos técnicos, emocionais e culturais na prestação de cuidados, consolidando competências de avaliação holística e intervenção segura.

Ao longo do estágio, observei evolução significativa em competências cruciais para a prática especializada, incluindo vigilância clínica, comunicação terapêutica, promoção da segurança e apoio à tomada de decisão informada. Peters, Kolip e Schäfers (2020) e Grundström et al. (2022) sublinham que a integração teoria–prática é determinante para o desenvolvimento do EEESMO,

evidenciando que a prática reflexiva é tão importante quanto o domínio técnico na prestação de cuidados de qualidade.

A aplicação destes conhecimentos materializou-se em iniciativas concretas, como a condução de sessões de preparação para o parto e parentalidade adaptada às necessidades individuais, a personalização dos cuidados segundo o contexto sociocultural da mulher e a promoção do contacto pele a pele imediato.

A integração teoria-prática manifestou-se não apenas nas competências técnicas, mas também na incorporação dos valores éticos, profissionais e relacionais que estruturam a prática obstétrica especializada, evidenciando de forma concreta o impacto direto desta experiência no meu desenvolvimento como futura EEESMO.

4.2 Impacto no Desenvolvimento Pessoal e Profissional

O estágio constituiu uma oportunidade singular de crescimento pessoal e profissional, distinta do desenvolvimento técnico descrito na secção anterior. Desenvolvi maior autonomia, confiança clínica, resiliência emocional e sentido de responsabilidade, aprendendo a gerir situações complexas, como atonia uterina, distocia de ombros ou reanimações neonatais, e a reconhecer a reflexão crítica como ferramenta de aprendizagem contínua. Aprendi a permanecer presente em contextos emocionalmente exigentes, acolhendo sem julgar e apoiando sem dominar, conciliando conhecimento teórico e prática clínica.

Os desafios de integração em equipas com estilos de liderança diversos e a necessidade de promover equidade em cuidados a mulheres com trajetórias de vida distintas fortaleceram a minha capacidade de adaptação. Do ponto de vista profissional, senti crescer a confiança na avaliação e intervenção clínica fundamentadas em raciocínio crítico e evidência científica. O desenvolvimento da comunicação terapêutica mostrou-se decisivo para fortalecer o vínculo com a mulher, apoiar a tomada de decisão informada e proporcionar cuidados completos e humanizados.

Superar lacunas de experiência, especialmente em contextos de gravidez de risco ou sala de partos, exigiu transformar a incerteza em curiosidade e proatividade. Este percurso reforçou a importância da leitura crítica de literatura científica, guidelines atualizadas e teorias de midwifery, permitindo questionar rotinas e implementar alternativas baseadas na evidência.

Em síntese, esta experiência contribuiu decisivamente para a construção da minha identidade profissional como EEESMO. Aprendi a valorizar de forma integrada a escuta, a presença, a técnica e a ciência, preparando-me para uma prática segura, sensível e centrada na mulher, consolidando a visão de enfermagem que ambiciono exercer: baseada na evidência, humanizada e comprometida com o bem-estar materno, familiar e comunitário.

4.3 Reflexão Ético-Deontológica

A prática em saúde materna e obstétrica é constantemente permeada por dilemas éticos, muitas vezes subtis, que se manifestam nas decisões quotidianas do cuidado. Durante os estágios clínicos, deparei-me com diferentes situações que exigiram uma reflexão crítica sobre o papel do EEESMO, nomeadamente no respeito pela autonomia da mulher, na gestão adequada da informação clínica e no equilíbrio entre os benefícios esperados e os riscos potenciais das intervenções.

Um dos dilemas mais recorrentes relacionou-se com a autonomia da mulher grávida, sobretudo em contextos marcados por protocolos rígidos ou abordagens excessivamente medicalizadas. Em algumas ocasiões, observei decisões clínicas tomadas sem o envolvimento efetivo da utente, como a administração de fármacos ou a realização de procedimentos invasivos — por exemplo, amniotomia ou episiotomia — sem que lhe fossem claramente explicadas as indicações, os riscos e as alternativas. Estes episódios geraram em mim desconforto e a necessidade de refletir sobre estratégias éticas capazes de salvaguardar os direitos da utente sem comprometer a dinâmica institucional. O respeito pela dignidade, autodeterminação e integridade da pessoa humana

constitui um princípio inalienável da enfermagem (OE, 2019), devendo orientar todas as decisões clínicas.

Sempre que possível, procurei adotar uma postura pedagógica, promovendo comunicação clara e acessível, mesmo quando não era eu a tomar a decisão final. Esta atitude revelou-se valorizada pelas mulheres, que expressaram a importância de serem ouvidas e de compreenderem o que se passava, evidenciando lacunas ainda existentes no acesso à informação nos cuidados obstétricos.

Outro desafio ético ocorreu no acompanhamento de uma mulher migrante, com barreiras linguísticas e culturais significativas. A ausência de um mediador intercultural ou tradutor comprometeu a comunicação e dificultou a prestação de cuidados culturalmente sensíveis e respeitadores. Para contornar esta limitação, recorri a gestos, desenhos simples e recursos digitais de tradução, consciente, porém, de que estas estratégias não substituem uma comunicação verdadeiramente eficaz. Esta experiência reforçou a consciência da necessidade de serviços de saúde mais inclusivos, capazes de acolher a diversidade cultural de forma ética, equitativa e alinhada com os princípios de justiça social promovidos pela OMS (2018).

Enquanto estudante em aprendizagem, a minha atuação implicou também escolhas ético-deontológicas constantes. Em situações de dúvida ou risco potencial, optei por uma postura de humildade e prudência, solicitando supervisão ou abstendo-me de intervir sem domínio técnico adequado. Esta atitude, longe de me fragilizar, fortaleceu a confiança da equipa e permitiu uma evolução segura e ética, reconhecendo os limites do meu saber e agindo em coerência com o princípio da não-maleficência.

Os dilemas éticos vivenciados durante os estágios não constituíram exceções, mas parte integrante da prática clínica real. Exigiram de mim uma postura crítica, reflexiva e comprometida com os valores que sustentam o cuidado em enfermagem obstétrica. Esta dimensão ética revela-se indissociável da competência clínica e constitui um pilar essencial da minha futura atuação como EEESMO, orientada pela proteção da mulher, pela promoção da autonomia e

pelo respeito incondicional da dignidade humana. Mais do que um desafio, este processo representou a base de uma consciência ética que pretendo cultivar e fortalecer ao longo da minha prática profissional.

4.4 Tutores e Locais de Formação

A qualidade da formação em enfermagem especializada está fortemente condicionada pelos contextos clínicos de inserção do estudante e pela orientação proporcionada pelos tutores. No meu percurso, os locais de estágio constituíram cenários de aprendizagem complexos, nos quais foi possível articular conhecimento teórico com prática clínica, permitindo vivenciar, questionar e consolidar competências próprias do EEESMO.

Desde o primeiro dia, fui acolhida por equipas que, apesar da pressão assistencial, se mostraram disponíveis para integrar a componente pedagógica na rotina diária. Os tutores clínicos desempenharam um papel central nesse processo, oferecendo orientação experiente, suporte crítico e modelando boas práticas profissionais. A supervisão permitiu-me compreender que o exercício do EEESMO vai além da execução de tarefas técnicas: exige tomada de decisão reflexiva, ética e contextualizada, sempre centrada na mulher. A capacidade de guiar sem impor, e de desafiar sem desvalorizar, foi determinante para desenvolver confiança e autonomia progressivas.

A presença de tutores atentos à segurança, autonomia e dignidade das mulheres, que promoviam comunicação clara, escuta ativa e reflexão fundamentada sobre decisões clínicas, proporcionou-me um modelo concreto do exercício da enfermagem obstétrica especializada. Esta experiência evidenciou que ser EEESMO implica não apenas competência técnica, mas também responsabilidade ética, sensibilidade relacional e consciência do impacto de cada intervenção na experiência da mulher. Para mim, reforçou a importância de uma abordagem centrada na mulher, na qual autonomia, dignidade e bem-estar constituem pilares fundamentais do cuidado.

Os diferentes contextos de prática – desde unidades de internamento de grávidas com complicações, passando pela sala de partos, até às consultas pré-natais – proporcionaram uma perspetiva holística do percurso gravídico-puerperal, permitindo compreender a complexidade da resposta institucional ao fenómeno do parto.

Cada contexto trouxe desafios específicos: a precisão técnica exigida na sala de partos, o carácter preventivo e educativo das consultas e a disponibilidade emocional necessária no internamento. Esta diversidade revelou-se essencial para o desenvolvimento de competências transversais, adaptação a diferentes estilos de prática e exigências organizacionais, assim como para a consolidação de uma prática ética e centrada na mulher.

As sessões de supervisão constituíram espaços privilegiados de reflexão crítica, nos quais emoções, questões clínicas e descobertas puderam ser discutidas num ambiente seguro e construtivo. A supervisão teórico-reflexiva foi fundamental para a consolidação da minha identidade profissional, permitindo integrar saberes académicos e experiência clínica com reflexão ética constante.

A articulação entre conhecimento teórico, experiência prática, orientação pedagógica e reflexão ética permitiu-me concluir esta fase formativa com maior consciência das minhas competências, valores profissionais e dos desafios inerentes à prática em saúde materna e obstétrica, consolidando uma base sólida para atuar com autonomia, ética e sensibilidade no cuidado à mulher.

5. CONCLUSÕES PERTINENTES SOBRE A FORMAÇÃO ESPECIALIZADA

5.1 Cumprimento dos Objetivos: Aprendizagens e Competências Adquiridas

O percurso formativo na especialidade proporcionou a integração consistente de saberes teóricos e práticos, favorecendo um desenvolvimento pessoal, técnico e relacional sólido. Os objetivos inicialmente definidos — consolidação de competências clínicas especializadas, promoção de cuidados centrados na mulher e incorporação de fundamentos científicos atualizados — foram plenamente atingidos.

A experiência clínica evidenciou a complexidade do cuidado obstétrico e permitiu o aprimoramento de competências essenciais, como a vigilância da normalidade, a identificação precoce de desvios, a aplicação de intervenções baseadas em evidência — incluindo métodos não farmacológicos de alívio da dor, estratégias de promoção da amamentação e monitorização em casos de pré-eclâmpsia — e a comunicação terapêutica adaptada às diferentes fases da maternidade. Destaca-se ainda a colaboração eficaz com equipas multidisciplinares, elemento central para a prestação de cuidados integrados, seguros e eficientes.

As vivências clínicas reforçaram a importância da escuta ativa, da presença genuína e da personalização do cuidado, respeitando particularidades culturais, histórias e expectativas de cada mulher.

Estes princípios, em consonância com modelos contemporâneos de enfermagem obstétrica que privilegiam uma prática relacional, holística e centrada na mulher (Rocca-Ihenacho & Alonso, 2021; Fahy et al., 2023), deixaram de ser meros conceitos teóricos para se tornar práticas concretas e essenciais, desde que apoiadas por contextos institucionais que valorizem a humanização e a autonomia do enfermeiro especialista.

5.2 Pontos Fortes e Fragilidades do Percurso Formativo

De forma geral, os contextos de estágio revelaram-se facilitadores da aprendizagem e promotores de um desenvolvimento clínico progressivo. Destaco, como ponto forte, a qualidade da supervisão clínica na sala de partos, onde a presença ativa de tutoras experientes, disponíveis e pedagogicamente atentas proporcionou uma progressão segura e sustentada na aquisição de competências técnicas e de raciocínio clínico.

A diversidade de situações assistidas — desde partos eutócicos a contextos de distócia de ombros, reanimação e morte neonatal, hemorragia pós-parto, entre outros — favoreceu a consolidação de competências essenciais, conforme preconizado pelo Regulamento n.º 1222/2011 da Ordem dos Enfermeiros.

No âmbito do puerpério, o principal ponto forte foi a oportunidade de desempenhar funções com maior autonomia profissional, permitindo o desenvolvimento do julgamento clínico e a capacidade de planejar cuidados individualizados para a puérpera e respetivo recém-nascido. A experiência prévia neste setor constituiu simultaneamente uma vantagem e um desafio: embora facilitadora da adaptação inicial, exigiu um esforço consciente de desconstrução de rotinas previamente enraizadas, promovendo a transição para uma prática mais crítica, reflexiva e fundamentada nos pressupostos do exercício especializado.

O estágio em contexto de gravidez de risco, apesar de enriquecedor em termos técnicos e de vigilância clínica, evidenciou algumas fragilidades, nomeadamente a limitação de oportunidades para o desenvolvimento de cuidados mais contínuos e centrados na mulher. O ambiente predominantemente tecnicista, orientado para a gestão da patologia, constituiu um desafio à implementação plena dos princípios do modelo de midwifery, como a promoção da autonomia, da relação terapêutica e do empoderamento feminino. Ainda assim, foi neste contexto que se reforçou a importância da comunicação empática, da informação acessível e da escuta ativa como instrumentos fundamentais para a humanização do cuidado.

5.3 Reflexão Crítica sobre o Percurso Formativo

A análise crítica do percurso formativo evidenciou áreas passíveis de aprofundamento, essenciais para o desenvolvimento em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A impossibilidade de acompanhar a mulher de forma contínua ao longo de todas as fases — da gravidez ao puerpério — restringiu, por vezes, a perceção global das suas experiências e necessidades. Um acompanhamento prolongado, por meio de visitas domiciliárias ou consultas de seguimento, teria permitido uma compreensão mais integrada e abrangente do continuum de cuidados.

A utilização de modelos teóricos orientadores, como o cuidado centrado na mulher e a continuidade de cuidados, revelou-se pertinente, embora nem sempre claramente traduzida na prática clínica. A sua integração mais intencional e estruturada poderia reforçar a coerência entre o pensamento teórico e a intervenção quotidiana, promovendo simultaneamente fundamentação científica e humanização do cuidado.

O contacto com mulheres de diferentes origens culturais constituiu uma experiência enriquecedora, mas evidenciou a necessidade de maior sensibilização para a adaptação dos cuidados às especificidades culturais. Esta constatação salienta a importância de fortalecer as competências transculturais, de modo a garantir uma prática equitativa, sensível e respeitadora das particularidades de cada mulher e família.

A supervisão clínica, por sua vez, revelou-se um pilar essencial para o crescimento profissional. Contudo, a valorização mais frequente de momentos de reflexão crítica sobre aspetos éticos, técnicos e emocionais poderia potenciar o desenvolvimento de competências metacognitivas, favorecendo uma prática autónoma, ética e fundamentada em evidência científica.

Em síntese, o percurso formativo reafirmou que a prática supervisionada é determinante para a consolidação das competências técnicas, relacionais e éticas do EEESMO, sustentando uma atuação profissional segura, humanizada e verdadeiramente centrada na mulher.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O percurso formativo descrito neste relatório permitiu consolidar competências essenciais do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, integrando dimensão técnica, científica e relacional.

A experiência em múltiplos contextos clínicos reforçou a capacidade de atuar de forma segura, fundamentada e centrada na mulher, mesmo perante situações complexas ou de risco.

A revisão da literatura aprofundou a compreensão sobre a diversidade cultural e a importância de cuidados sensíveis às especificidades de cada mulher, demonstrando que humanização, ética e respeito pela autonomia são inseparáveis da prática obstétrica de excelência.

Em cada unidade, a minha atuação pautou-se pela persistência no aperfeiçoamento de competências relacionais, cognitivas e técnico-científicas, associada ao ensejo de alcançar o grau máximo de proficiência nos cuidados especializados em saúde materna e obstétrica.

Compreendi, ao longo deste percurso, que ser um enfermeiro competente vai muito além do *saber-fazer*: exige o *saber-ser* e o *saber-estar*, traduzidos na empatia, na escuta e na presença genuína junto da mulher, construindo com ela uma relação terapêutica sustentada na confiança e no respeito.

Esta trajetória consolidou a minha vocação e reforçou o compromisso de, enquanto futura EEESMO, contribuir para uma prática ética, reflexiva e transformadora, onde cada nascimento é reconhecido não apenas como o início de uma vida, mas como um instante único de transformação, cuidado profundo e presença verdadeiramente significativa.

7.BIBLIOGRAFIA

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Delayed umbilical cord clamping after birth: ACOG Committee Opinion No. 814. *Obstetrics & Gynecology*, 136(6), e100–e106.

<https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000004167>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009). *ACOG Committee Opinion No. 439: Informed consent*. *Obstetrics & Gynecology*, 114(2, Pt 1), 401–408. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181b48f7f>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Clinical guidelines and standardization of practice to improve outcomes (ACOG Committee Opinion No. 792). *Obstetrics & Gynecology*, 134(4), e122–e125. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000003454>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period* (ACOG Committee Opinion No. 804). *Obstetrics & Gynecology*, 135(e178–e188). <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/04/physical-activity-and-exercise-during-pregnancy-and-the-postpartum-period>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2022). *Pregnancy at age 35 years or older* (ACOG Obstetric Care Consensus No. 11). *Obstetrics & Gynecology*, 140(2), 348–366. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000004873>

Almeida, L. M., Caldas, J., Ayres-de-Campos, D., Salcedo-Barrientos, D., & Dias, S. (2013). Maternal healthcare in migrants: A systematic review. *Maternal & Child Health Journal*, 17(8), 1346–1354. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1149-x>

Aquino, C. I., Saccone, G., Troisi, J., Guida, M., Zullo, F., & Berghella, V. (2020). Is Ritgen's maneuver associated with decreased perineal lacerations and pain at delivery? *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(18), 3185–3192. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1568984>

Bains, S., Skråning, S., Sundby, J., et al. (2021). *Challenges and barriers to optimal maternity care for recently migrated women – a mixed-method study in Norway*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 686. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04131-7>

Barreto, G. A. N., Serafim, A. R. M. R., Pereira, D. G., Fontenele, M. M. F. T., Silva, C. F. da, & Silva, A. V. S. e. (2022). Eficácia das intervenções na prevenção da hipotermia do prematuro: revisão integrativa da literatura. *RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar*, 3(7), e371707. <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i7.1707>

Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S., & Adefris, M. (2019). *Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: Systematic review and meta-analysis*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, 466. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>

Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H. M., & Tunçalp, Ö. (2019). *Perceptions and experiences of labour companionship: A qualitative evidence synthesis*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD012449. <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), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>

Bohren, M. A., Hunter, E. C., Munthe-Kaas, H. M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2015). Facilitators and barriers to facility-based delivery

in low- and middle-income countries: A qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health*, 11(1), 71. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-71>

Borges, M., Moura, R., Oliveira, D., Parente, M., Mascarenhas, T., & Natal, R. (2021). *Effect of the birthing position on its evolution from a biomechanical point of view*. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 200, 105921. <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2020.105921>

Borovac-Pinheiro, A., Inversetti, A., Di Simone, N., & Barnea, E. R. (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*, 163(Suppl. 2), 51–56. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15114>

Cadwell, K., & Turner-Maffei, C. (2017). *Breastfeeding A–Z: Terminology and cultural perspectives*. Jones & Bartlett Learning.

Calais-Germain, B., & Vives, B. (2011). *Anatomia do movimento: Estudo anatómico funcional para dança, pilates, ioga, terapia e treino físico*. 3.^a ed. Génova: Ediciones Tutor.

Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>

Campinha-Bacote, J. (2017). *Cultural competence of obstetric and neonatal nurses*. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46(3), 423–433. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.11.015>

Çankaya, S., & Can, R. (2021). The effect of continuous supportive care on birth pain, birth fear, midwifery care perception, oxytocin use, and delivery time during the intrapartum period: An experimental study. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 24(11), 1624–1632. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_147_20

Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A.R. (2023). Guia orientador de boas praticas: Preparação para o parto. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.

Carvalho, B., & Butwick, A. (2017). *Postcesarean delivery analgesia. Best Practice & Research: Clinical Anaesthesiology*, 31(1), 69–79. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2017.01.003>

Chang, C.-Y., Gau, M.-L., Huang, C.-J., & Cheng, H.-m. (2022). Effects of non-pharmacological coping strategies for reducing labor pain: A systematic review and network meta-analysis. *PLOS ONE*, 17(1), e0261493. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261493>

Cheng, G. Z., Li, H., & Zhao, L. (2023). Using the teach-back method to improve postpartum maternal–infant health outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05302-w>

Cloherly, J. P., Eichenwald, E. C., & Stark, A. R. (2021). *Manual of Neonatal Care* (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Coast, E., Jones, E., Lattof, S. R., & Portela, A. (2016). Effectiveness of interventions to provide culturally appropriate maternity care in increasing uptake of skilled maternity care: A systematic review. *Health Policy and Planning*, 31(10), 1479–1491. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw065>

Dastjerd, F., Erfanian Arghavanian, F., Sazegarnia, A., Akhlaghi, F., Esmaily, H., & Kordi, M. (2023). *Effect of infrared belt and hot water bag on labor pain intensity among primiparous: A randomized controlled trial*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23, 405. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05689-0>

de Verastegui-Martín, M., de Paz-Fresneda, A., Jiménez-Barbero, J. A., Jiménez-Ruiz, I., & Ballesteros Meseguer, C. (2023). Influence of laboring people's mobility and positional changes on birth outcomes in low-dose epidural

analgesia labor: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 68(1), 84–98. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13446>

Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2013). *Listening to Mothers III: Pregnancy and birth — Major survey findings of the third national U.S. survey of women's childbearing experiences*. Childbirth Connection. <https://transform.childbirthconnection.org/reports/listening-to-mothers/>

Dennis, C. L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD001134. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>

Dodd, J. M., Jones, L., Flenady, V., Cincotta, R., & Crowther, C. A. (2013). *Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth in women considered at risk*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD004947. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004947.pub3>

Eidelman, A. I., & Schanler, R. J. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), e827–e841. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552>

Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23(2), 190–199. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan014>

Fair, F., Raben, L., Watson, H., Vivilaki, V., van den Muijsenbergh, M., Soltani, H., & ORAMMA team (2020). Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PloS one*, 15(2), e0228378. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228378>

Farlikhatun, L., & Hanurawati, I. (2022). *The difference in the effect between abdominal breathing techniques and deep back massage on reducing labor pain during the active phase I*. *International Journal of Health and Pharmaceutical*, 3(3), 197. <https://doi.org/10.51601/ijhp.v3i3.197>

Garrard, J. (2017). *Health Sciences Literature Review Made Easy: The Matrix Method* (5th ed.). Jones & Bartlett Learning.

Gizzo, S., Di Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A., & Nardelli, G. B. (2014). *Women's choice of positions during labour: Return to the past or a modern way to give birth?* BioMed Research International, 2014, 638093. <https://doi.org/10.1155/2014/638093>

Gradellini, C., Gómez-Cantarino, S., Dominguez-Isabel, P., et al. (2021). *Cultural Competence and Cultural Sensitivity Education in University Nursing Courses: A Scoping Review. Frontiers in Psychology*, 12, 682920. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.682920>

Graça, L. M. (2017). *Enfermagem Materna: Cuidados à mulher no período puerperal*. Editora Saúde e Educação.

Hildingsson, I., Karlström, A., & Rubertsson, C. (2019). *A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth – birth outcome and experience of intrapartum care*. Sexual & Reproductive Healthcare, 21, 33–38. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.06.004>

Hussein, S. A. A. A., Dahlen, H. G., Ogunsiji, O., & Schmied, V. (2020). *Uncovered and disrespected. A qualitative study of Jordanian women's experience of privacy in birth*. Women and Birth, 33(5), 496–504. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.10.006>

Ibrahim, E. M. A. E. A., El-Shabory, N. E. E., & Mohammad, A. M. A. M. (2024). *Effect of birth preparation coaching sessions on women's self-efficacy for coping with labor pains and outcomes*. Egyptian Journal of Health Care, 15(1), 471–486. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2024.342081>

International Confederation of Midwives. (2021). *Global Standards for Midwifery Education* (Revised 2021). International Confederation of Midwives. https://www.internationalmidwives.org/a-moment-for-midwives-2021/pdf/global-standards-for-midwifery-education_2021_en-1.pdf

International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2021). *A model for safe childbirth*. FIGO. <https://pmnch.who.int/resources/publications/m/item/a-model-for-safe-childbirth>

Jeffreys, M. R. (2016). Teaching cultural competence in nursing and health care: Inquiry, action, and innovation. Springer Publishing Company.

Kent, J. C., Gardner, H., & Lister, E. (2019). Supporting breastfeeding in multiples. *Breastfeeding Review*, 27(1), 29–38.

Khaliq, A., Wraith, D., Miller, Y., & Nambiar, S. (2022). *Association of infant feeding indicators and infant feeding practices with coexisting forms of malnutrition in children under six months of age*. *Nutrients*, 14(20), 4242. <https://doi.org/10.3390/nu14204242>

Koç, Ö., & Oğlak, S. C. (2025). The effect of respectful maternity care on the perception of traumatic birth among mothers in southern Türkiye. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 532. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07553-9>

Kotaska A. Informed consent and refusal in obstetrics: A practical ethical guide. *Birth*. 2017; 44: 195–199. <https://doi.org/10.1111/birt.12281>

Laine, K., Yli, B. M., Cole, V., Schwarz, C., Kwee, A., Ayres-de-Campos, D., Vayssière, C., Roth, E., Gliozheni, E., Savochkina, Y., Ivanisevic, M., Kalis, V., Timonen, S., Verspyck, E., Anstaklis, P., Beke, A., Eriksen, B. H., Santo, S., Kavsek, G., Duvekot, H., & Dadak, C. (2022). European guidelines on perinatal care — Peripartum care: Episiotomy. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 35(25), 8797–8802. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.2005022>

Leahy-Warren, P., & McCarthy, G. (2011). Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery*, 27(6), 802–810. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.008>

Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189–192. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>

Leininger, M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory* (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., ... & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ*, 339, b2700. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2700>

Lowerkilk, D. L., & Perry, S. E. (2016). *Maternity and women's health care* (11th ed.). Elsevier.

Lowe N. K. (1996). The pain and discomfort of labor and birth. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 25(1), 82–92. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1996.tb02517.x>.

Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno* (Edição revista). Lisboa: Comité Português para a UNICEF.

Lorthe, E., Severo, M., Hamwi, S., Rodrigues, T., Teixeira, C., & Barros, H. (2024). Obstetric Interventions Among Native and Migrant Women: The (Over)use of Episiotomy in Portugal. *International journal of public health*, 69, 1606296. <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1606296>

Maisels, M. J., & McDonagh, A. F. (2022). Phototherapy for neonatal jaundice. *New England Journal of Medicine*, 387(7), 634–644.

Mantula F, Chamisa JA, Nunu WN, Nyanhongo PS. Women's Perspectives on Cultural Sensitivity of Midwives During Intrapartum Care at a Maternity Ward in a National Referral Hospital in Zimbabwe. *Sage Open Nursing*. 2023;9. doi:[10.1177/23779608231160476](https://doi.org/10.1177/23779608231160476)

McCormick, M., Pollock, W., Kapp, S., & Gerdtz, M. (2021). *Organizational strategies to optimize women's safety during labor and birth: A scoping review*. *Birth*, 48(3), 307–316. <https://doi.org/10.1111/birt.12570>

McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. (2019). Leininger's theory of culture care diversity and universality: An overview with a historical retrospective

and a view toward the future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540–557.

<https://doi.org/10.1177/1043659619867134>

Meleis, A. I. (2015). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (2nd ed.). Springer Publishing Company.

Miller, N., Asali, A., Agassi-Zaitler, M., Neumark, E., Eisenberg, M., Hadi, E., Elbaz, M., & Biron-Shental, T. (2019). *Physiological and psychological stress responses to labor and delivery as expressed by salivary cortisol: A prospective study. American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221(4), 351.e1–351.e7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.06.045>

Mohrbacher, N. (2020). *Breastfeeding answers made simple: A guide for helping mothers*. Hale Publishing.

Moeti, C., Mulaudzi, F. M., & Rasweswe, M. M. (2023). *The disposal of placenta among indigenous groups globally: An integrative literature review. International Journal of Reproductive Medicine*, 2023, 6676809. <https://doi.org/10.1155/2023/6676809>

Moridi, M., Pazandeh, F., Hajian, S., & Potrata, B. (2020). *Midwives' perspectives of respectful maternity care during childbirth: A qualitative study. PLOS ONE*, 15(3), e0229941. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229941>

Mortensen, B., Badzi, C. D., Hassan, S., Henriksen, L., Mensah, G., Masri, H., Valle, A. K., & Khalil, M. (2023). Enhancing cultural sensitivity in sexual and reproductive health care among midwives with Collaborative Online International Learning (COIL): A mixed method evaluation study. *European Journal of Midwifery*, 7(Suppl 1), A202. <https://doi.org/10.18332/ejm/172953>

Munn, Z., Peters, M. D., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>

Navarro-Prado, S., Sánchez-Ojeda, M. A., Plaza del Pino, F. J., Vázquez-Sánchez, M. Á., Tovar-Gálvez, M. I., & Azirar-Mohamed, N. (2023). Coping strategies during childbirth related to cultural identity: Companionship, choice of analgesia and maternal satisfaction. *Healthcare*, 11(12), 1714. <https://doi.org/10.3390/healthcare11121714>.

Ngotie, T. K., Kaura, D. K. M., & Mash, R. (2022). Exploring experiences with sensitivity to cultural practices among birth attendants in Kenya: A phenomenological study. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 14(1), Article a3322. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v14i1.3322>

Nori, A. V., Parhizkar, S., Abedian, Z., & Mazlom, S. R. (2023). Comparison of the effect of moist hot pack and dry hot pack on labor pain and delivery outcomes: A randomized clinical trial. *Journal of Education and Health Promotion*, 12, 37. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1126_21

Nori, W., Kassim, M. A. K., Helmi, Z. R., Pantazi, A. C., Brezeanu, D., Brezeanu, A. M., Penciu, R. C., & Serbanescu, L. (2023). Non-pharmacological pain management in labor: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(23), 7203. <https://doi.org/10.3390/jcm12237203>

O'Carroll, J. E., Carvalho, B., & Sultan, P. (2022). Enhancing recovery after cesarean delivery. *Best Practice & Research: Clinical Anaesthesiology*, 36(1), 89–105. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2022.01.001>

Ojelade, O., Titiloye, M. A., Balogun, M. A., Olutayo, A. O., Olalere, A. A., Akintan, A., & Fawole, B. (2017). The communication and emotional support needs to improve women's experience of childbirth care in health facilities in southwest Nigeria: A qualitative study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 130(Suppl. 1), 27–37. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12380>

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Norma n.º 003/2019: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 391/2019 – Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Diário da República, 2.^a série, n.º 132. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/391-2019-122035049>

Ordem dos Enfermeiros. (2019c). *Norma para a determinação dos indicadores de dotação segura*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2021a). *Perfil de qualificações do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO)*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2021b). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde. (2012). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75411>

Organização Mundial da Saúde. (2018a). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/260178>

Origlia Ikhilor, P., Hasenberg, G., Kurth, E., Asefaw, F., Pehlke-Milde, J., & Cignacco, E. (2019). Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters. *Journal of advanced nursing*, 75(10), 2200–2210. <https://doi.org/10.1111/jan.14093>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V., Whiting, P., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Peláez, S., Hendricks, K. N., Merry, L. A., & Gagnon, A. J. (2017). Challenges newly-arrived migrant women in Montreal face when needing maternity care: Health care professionals' perspectives. *Globalization and health*, 13(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0229-x>

Pocock, N. S., Chan, Z., Loganathan, T., Suphanchaimat, R., Kosiyaporn, H., Allotey, P., Chan, W. K., & Tan, D. (2020). Moving towards culturally competent health systems for migrants? Applying systems thinking in a qualitative study in Malaysia and Thailand. *PloS one*, 15(4), e0231154. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231154>

Possati, A. B., Prates, L. A., Cremonese, L., Scarton, J., Alves, C. N., & Ressel, L. B. (2021). Humanização: Práticas de atenção ao parto na experiência de puérperas—análise à luz da humanização. *Revista de Enfermagem Santa Maria*, 11(37), 1–23. <https://doi.org/10.5902/2179769253146>

Purnell, L. D., & Fenkl, E. A. (2019). *Handbook for culturally competent care*. Springer Publishing Company.

Puthussery, S., Bayih, W. A., Brown, H., & Aborigo, R. A. (2023). Promoting a global culture of respectful maternity care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23, 798. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06118-y>

Robinson, D., Campbell, K., Hobson, S. R., MacDonald, W. K., Sawchuck, D., & Wagner, B. (2023). Guideline No. 432c: Cervical ripening and induction of labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 45(1), 70–77.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.11.009>

Rogers, H. J., Hogan, L., Coates, D., Homer, C. S. E., & Henry, A. (2020). Responding to the health needs of women from migrant and refugee backgrounds-Models of maternity and postpartum care in high-income countries: A systematic scoping review. *Health & social care in the community*, 28(5), 1343–1365. <https://doi.org/10.1111/hsc.12950>

Schardt, C., Adams, M. B., Owens, T., Keitz, S., & Fontelo, P. (2007). Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical

quessctions. BMC Medical Informatics and Decision Making, 7, 16. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-7-16>

Section on Breastfeeding (2012). Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics, 129(3), e827–e841. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552>

Shakibazadeh, E., et al. (2018). Respectful care during childbirth in health facilities globally: A qualitative evidence synthesis. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15015>

Sharma, D. (2017). *Golden hour of neonatal life: Need of the hour. Maternal Health, Neonatology and Perinatology*, 3(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s40748-017-0057-x>

Shorey, S., Ng, E. D., & Downe, S. (2021). Cultural competence and experiences of maternity health care providers on care for migrant women: A qualitative meta-synthesis. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 48(4), 458–469. <https://doi.org/10.1111/birt.12581>

Silva, L. S., & Vasconcelos, T. T. S. (2024). *Music therapy during childbirth: aiding pain relief — a systematic review. Research, Society and Development*, 13(5), 45765. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i5.45765>

Silva, N. F. B. da, Pereira, L. C., Rocha, G. S. T., Silva, R. M., Santos, J. A., Fortes, A. K. M. R., & Ferreira, R. de S. A. (2023). Práticas respeitadas realizadas por enfermeiras no período puerperal. *Gestão & Cuidado em Saúde*, 1(2), e11142. <https://doi.org/10.70368/gecs.v1i2.11142>

Singh, M., Baruh, S., & Saxena, P. (2025). Impact of respectful maternal care training of health care providers on satisfaction with birth experience in mothers undergoing normal vaginal birth: A prospective interventional study. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 168(2), 673–679. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15875>

Smith, J., et al. (2021). Indução do trabalho de parto por prostaglandinas em situações de risco: Um estudo clínico. *Maternal-Fetal Medicine Review*, 9(4), 312–320.

Sousa, I., & Bértolo, M. H. (2023). O papel dos avós na transição para a parentalidade: Uma scoping review. *Pensar Enfermagem*, 27(1), 131–139. <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/view/277>

Souza, A. S. R., Amorim, M. M. R., Costa, A. A. R., Noronha Neto, C., & Feitosa, F. E. L. (2010). O uso do misoprostol para indução do trabalho de parto. *Femina*, 38(3), 1–15. Recuperado de <https://docs.bvshalud.org/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a003.pdf>

Steen, M., Diaz, L., & Andrews, T. (2021). Supporting women in labour: Midwifery practice and the importance of the therapeutic relationship. *Journal of Clinical Nursing*, 30(11–12), 1652–1660. <https://doi.org/10.1111/jocn.15762>

Sultan, P., Sharawi, N., Blake, L., Habib, A. S., Brookfield, K. F., & Carvalho, B. (2021). *Impact of enhanced recovery after caesarean delivery on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis*. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 40(5), 100935. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2021.100935>

Sun, R., Huang, J., Zhu, X., Hou, R., Zang, Y., Li, Y., Pan, J., & Lu, H. (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*, 12(7), 702. <https://doi.org/10.3390/healthcare12070702>

Supimpa, L. S., Souza, S. R. R. K., Prandini, N. R., Andreatta, D., Trigueiro, T. H., & Paviani, B. A. (2024). Immigrant women's experience of labor and birth. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 57(spe), e20220444. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0444en>

Symon, A., Pringle, J. E. C., Cheyne, H., Downe, S., Hundley, V., Lee, E., ... Alderdice, F. (2016). Midwifery-led antenatal care models: mapping a systematic review to an evidence-based quality framework to identify key

components and characteristics of care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 168. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0944-6>

Thompson, C., McCance, T., & Hughes, R. (2018). *Promoting health in nursing practice*. Elsevier.

Thomson, G., Feeley, C., Moran, V. H., Downe, S., & Oladapo, O. T. (2019). Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: A qualitative systematic review. *Reproductive Health*, 16(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0735-4>

Topalidou, A., Haworth, L., Jassat, R., & Hawcroft-Hurst, M. (2025). What do we actually know about the biomechanics of pregnancy and labour? A systematic scoping review. *PLOS ONE*, 20, e0337595. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0337595>

Torres, Í., & da Silva, L. (2022). Projeto de intervenção sobre trabalho de parto e parto. *Enfermagem Brasil*, 21, 220–234. <https://doi.org/10.33233/eb.v21i2.4884>

Uncu, B., Doğan, E., Duman, R., & Kaya, N. (2025). *Midwives' thoughts on professional proficiency and competency: A qualitative study*. *VHS*, 15(2), 186–197. <https://doi.org/10.33631/sabd.1443158>

UNICEF. (2023). *Every Mother, Every Newborn: Quality, Equity, Dignity in Postnatal Care*. United Nations Children's Fund.

Victória, A., et al. (2024). Transição para a parentalidade: Estratégias promotoras utilizadas pelos profissionais de saúde. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 10(1), 1–19. <https://revista.ismt.pt/index.php/ISMT/article/view/324>

Volpe, J. J. (2018). *Neurology of the Newborn* (6th ed.). Elsevier.

Walsh, D., & Devane, D. (2018). *Midwives being 'with woman': An integrative review*. *Women and Birth*, 31(2), 143–152. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.07.011>

Withers, M., Kharazmi, N., & Lim, E. (2018). Traditional beliefs and practices in pregnancy, childbirth and postpartum: A review of the evidence from Asian countries. *Midwifery*, 56, 158–170.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.019>

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

World Health Organization. (2012). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548502>

World Health Organization. (2018). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216>

World Health Organization. (2020). *Guideline: Counselling of women to improve breastfeeding practices*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240008950>

World Health Organization. (2022). Care of the preterm and low-birth-weight newborn. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058262>

World Health Organization. (2023). Improving the experience of pregnant and birthing women. <https://www.who.int/news/item/12-10-2023-improving-the-experience-of-pregnant-and-birthing-women>

Zhang, L., He, J., Zhou, Y., & Li, X. (2025). *Optimal discharge education: Evidence for enhancing family preparedness for premature infants*. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 18, 2551–256.

Apêndice A

Tabela A1 – Estratégia de Pesquisa por Base de Dados

Base de dados	Estratégia adaptada	Observações
PubMed	("women in labor" OR "women in labour") AND (labor OR labour OR intrapartum OR childbirth OR birth OR delivery) AND (culture OR "cultural differences" OR "cultural diversity") AND (satisfaction OR experience OR perception OR view) AND ("transcultural care" OR "intercultural care" OR "cultural competence" OR "cultural care")	Uso de MeSH quando aplicável; adaptações para sintaxe PubMed
CINAHL Complete	("women in labor" OR "women in labour") AND (labor OR labour OR intrapartum OR childbirth OR birth OR delivery) AND (culture OR "cultural differences" OR "cultural diversity") AND (satisfaction OR experience OR perception OR view) AND ("transcultural care" OR "intercultural care" OR "cultural competence" OR "cultural care")	Termos adaptados para CINAHL Headings; filtros por idioma e tipo de estudo aplicados
Scopus	("women in labor" OR "women in labour") AND (labor OR labour OR intrapartum OR childbirth OR birth OR delivery) AND (culture OR "cultural differences" OR "cultural diversity") AND (satisfaction OR experience OR perception OR view) AND ("transcultural care" OR "intercultural care" OR "cultural competence" OR "cultural care")	Adaptação da sintaxe para Scopus; pesquisa em título, resumo e palavras-chave
MEDLINE	("women in labor" OR "women in labour") AND (labor OR labour OR intrapartum OR childbirth OR birth OR delivery) AND (culture OR "cultural differences" OR "cultural diversity") AND (satisfaction OR experience OR perception OR view) AND ("transcultural care" OR "intercultural care" OR "cultural competence" OR "cultural care")	Uso de MeSH; adaptações de filtros e limites por idioma
Web of Science	("women in labor" OR "women in labour") AND (labor OR labour OR intrapartum OR childbirth OR birth OR delivery) AND (culture OR "cultural differences" OR "cultural diversity") AND (satisfaction OR experience OR perception OR view) AND ("transcultural care" OR "intercultural care" OR "cultural competence" OR "cultural care")	Pesquisa em título, resumo e palavras-chave; filtros aplicados conforme protocolo

Tabela A2 – Síntese dos Estudos Incluídos/ Caracterização dos Estudos da Revisão Integrativa

Autores (Ano)	País	Tipo de Estudo	Amostra	Objetivo Principal	Principais Resultados	Contributo para a Investigação
Supimpa, L.S et al. (2024)	Brasil	Qualitativo, descritivo e exploratório, com abordagem fenomenológica	15 mulheres imigrantes	Compreender a experiência de mulheres imigrantes durante o trabalho de parto e parto	Relatos de vulnerabilidade, sentimentos de insegurança, medo desamparo. Barreiras linguísticas/ dificuldades na comunicação. Exposição corporal vivida como humilhante devido a questões culturais. Influencia na percepção da experiência de parto.	Reforça a importância de cuidados culturalmente competentes, comunicação eficaz, apoio emocional e respeito à dignidade da mulher. Evidencia que a imigração aumenta vulnerabilidades no parto e destaca a necessidade de adaptação dos serviços para promover equidade e humanização dos cuidados.
Koç, Ö., & Oğlak, S. C. (2025)	Turquia (Sul)	Quantitativo observacional Descritivo e transversal	540 mulheres	Avaliar efeito dos cuidados respeitosos na percepção de trauma de parto	Verificou-se uma forte correlação negativa entre RMC e trauma: $r = -0.864$; $p < 0.001$ quanto mais cuidados respeitosos as mulheres perceberam, menor foi a percepção de trauma; Cuidados respeitosos são fatores protetores robustos contra o trauma de parto	Cuidados respeitosos reduzem o trauma e reforçam a necessidade de capacitação contínua em humanização do parto.
Mantula, F. el al. (2023)	Zimbabué	Qualitativo fenomenológico	16 mulheres	Explorar a sensibilidade cultural das parteiras durante o cuidado intraparto, segundo a perspectiva das mulheres	Cuidados percebidos como culturalmente insensíveis. Ausência de consulta sobre preferências culturais; comunicação pobre; atitudes autoritárias; falta de apoio emocional, físico e informacional; expectativas não cumpridas; risco de evitar cuidados futuros.	Evidencia lacunas graves na competência cultural das parteiras; reforça necessidade de formação e políticas para cuidados culturalmente sensíveis; impacto direto na satisfação, relação terapêutica e procura de cuidados

Navarro-Prado, S., et al. (2023)	Espanha	Quantitativo/ Não experimental	249 mulheres	Verificar se os fatores culturais influenciam a forma como as mulheres lidam com o parto, especificament e em relação ao tratamento da dor, companheirism o e satisfação materna.	Cultura no Parto não influencia a escolha da epidural ou acompanhamento. A satisfação materna não é influenciada pela cultura, mas aumenta significativamente com a presença de um acompanhante Profissionais de Saúde- A identidade cultural condiciona certos aspetos do parto.	Respeitar as razões culturais para a recusa de dor e preferências de acompanhante. Priorizar a possibilidade de a mulher escolher o acompanhante para aumentar a satisfação. Formação intercultural é necessária para melhorar a qualidade dos cuidados.
Singh, M., et al (2024)	Índia	Estudo prospetivo intervencional	100 mulheres com parto vaginal normal (antes e depois da intervenção	Avaliar o impacto de uma formação em “Respectful Maternal Care” (RMC) dirigida aos profissionais de saúde na perceção das mulheres sobre o cuidado respeitoso recebido durante o parto; satisfação materna global com a experiência de parto.	Após a formação dos profissionais: A perceção das mulheres sobre cuidados respeitosos aumentou significativamente (Melhoria marcada na comunicação, respeito, dignidade, apoio e envolvimento nas decisões. A satisfação materna com a experiência de parto também aumentou (A formação traduz-se em experiência subjetiva mais positiva, menor medo e maior confiança no parto.	A formação em RMC melhora significativamente a qualidade percebida dos cuidados, reforça práticas centradas na mulher e evidencia a importância da formação relacional/humanizad a na obstetria.
Hussein, S. A. A. A., et al (2020)	Jordânia Austrália	Qualitativo interpretativo	27 mulheres jordanianas	Explorar o significado de privacidade para mulheres jordanianas durante o trabalho de parto e parto, e compreender de que forma essa privacidade (ou falta dela) é vivida em diferentes contextos culturais e institucionais.	Mulheres relataram ausência de privacidade. Exposição física com forte sensação de vergonha e vulnerabilidade. Múltiplos toques vaginais, feitos por diferentes profissionais, aumentavam dor, desconforto e sensação de desrespeito. Preferência clara	A privacidade é uma necessidade fundamental para a segurança emocional e física da mulher durante o parto. É necessária formação em cuidados respeitosos e reforma estrutural em sistemas maternos dominados pela lógica biomédica e patriarcal.

					por profissionais mulheres, raramente respeitada, especialmente em hospitais públicos.	
Ngotie, TK. El al (2022)	Quénia	Qualitativo fenomenológico	19 profissionais de parto (parteiras e TBA)	Explorar como os prestadores de cuidados integram práticas culturais no parto	Parteiras referiram dificuldades em respeitar práticas culturais devido a políticas institucionais e falta de formação. Sensibilidade cultural depende de reflexão contínua.	Destaca a necessidade de formação contínua em sensibilidade cultural e em práticas tradicionais locais para reduzir erros e melhorar relações terapêuticas. Incentiva práticas reflexivas, supervisão clínica que melhorem a competência cultural e o cuidado humanizado.

