



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde

Materna e Obstétrica

**INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA PROMOTORAS DO
AUTOCONTROLO DA ANSIEDADE DURANTE A
GRAVIDEZ**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Desenvolvimento de Competências Clínicas

Especializadas na Área de Enfermagem de

Saúde Materna e Obstétrica

Lucília Eliete Martins Marques

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA PROMOTORAS DO
AUTOCONTROLO DA ANSIEDADE DURANTE A
GRAVIDEZ

SPECIALIZED MATERNAL AND OBSTETRIC
NURSING INTERVENTIONS THAT PROMOTE
SELF-CONTROL OF ANXIETY DURING
PREGNANCY

Relatório de Estágio de natureza profissional
orientado pela Professora Doutora
Alexandrina Cardoso e coorientado pela
Professora Mónica Silva.

Autora: Lucília Eliete Martins Marques

Porto, 2025

“Dentro de cada mulher há uma força selvagem, uma sabedoria antiga que sabe o caminho.”

Adaptado de Clarissa Pinkola Estés (1992)

Dedico este relatório a mim mesma, pela coragem, resiliência e amor que me trouxeram até aqui.

AGRADECIMENTO

Concluído este percurso, cada palavra deste relatório guarda a presença de todos os que caminharam comigo.

Às docentes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da ESEP, em especial, à Professora Doutora Alexandrina Cardoso pela sabedoria, dedicação e impacto no meu percurso, e à professora Mónica Silva, pela orientação, cuidado e constante disponibilidade.

Às minhas tutoras, pela oportunidade de aprendizagem, dedicação e exemplo no desempenho do seu papel. Em particular, à EE-ESMO Anabela Bento, pelo saber, calma e apoio incondicional, com que me acolheu em cada momento.

Às minhas colegas de curso, pelo companheirismo e momentos partilhados. À Magda e à Olga, pelo carinho. À Joana e à Luísa, por cada etapa deste percurso, pela cumplicidade e pela amizade. Convosco, o percurso foi leve e luminoso.

Aos meus colegas de equipa, pelo apoio constante, pelas trocas de turno, pela compreensão e incentivo, que tornaram possível concluir este percurso.

À minha família e amigos, pela motivação, incentivo e força de todos os dias. À Lu e ao Luciano por serem família, por darem colo aos meus filhos nas tardes longas em que eu não podia. Vocês são casa.

Ao meu marido, Bruno, pelo amor, por acreditar, sem hesitar, que posso ir mais além; pelo alento inabalável, mesmo quando parecia loucura; pelo ombro nos momentos turbulentos, pela serenidade que trouxe e pelo colo – sempre.

Aos meus filhos, Letícia e Santiago, pelas brincadeiras adiadas, pela compreensão nas ausências e pelos sorrisos e abraços com que acolhiam cada chegada tardia. Obrigada pelo amor incondicional e pela força que me sustém. Vocês são, e serão sempre, a minha maior inspiração e motivação, mesmo quando o caminho se torna difícil.

A todas as mulheres, casais e recém-nascidos que tive a oportunidade de acompanhar neste percurso, deixo o meu agradecimento pela aprendizagem partilhada e pelo crescimento pessoal e profissional.

RESUMO

O presente relatório resulta do percurso realizado no Estágio de natureza profissional do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, com o objetivo de descrever e refletir criticamente sobre o processo de aquisição e desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

O Estágio de natureza profissional, centrado nas áreas de cuidados à mulher/família durante a gravidez, no trabalho de parto e parto, no puerpério, bem como ao recém-nascido, possibilitou o desenvolvimento e a consolidação de competências especializadas, no âmbito da conceção de cuidados e da implementação de intervenções baseadas na evidência científica, garantindo uma prática clínica segura, eficaz e centrada na mulher.

No decorrer do estágio, foi-me possível constatar que a gravidez e a maternidade constituem períodos na vida da mulher nos quais os níveis de ansiedade tendem a intensificar-se. A frequência e a intensidade com que essa ansiedade se revelava, por vezes comprometendo o bem-estar materno e a ligação mãe-filho, despertaram o interesse em compreender de que forma o autocontrolo emocional poderia ser promovido neste período.

Para o desenvolvimento de competências na área da investigação foi elaborada uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de identificar as intervenções especializadas na promoção do autocontrolo da ansiedade durante a gravidez. Identificaram-se intervenções em três eixos: educacionais (preparação para o parto com base na simulação/*coping*; autocontrolo); relacionais (comunicação, colaboração e empoderamento); e, organizacionais (formatos híbridos com tele-enfermagem e automonitorização), que podem ser implementadas pelo EE-ESMO para promover a autogestão da ansiedade e potenciar o bem-estar na gravidez.

Palavras-chave: Gravidez; Ansiedade; Autocontrolo; Autogestão; Intervenções especializadas; Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

ABSTRACT

The present report results from the professional internship undertaken during the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing at the Nursing School of Porto, with the aim of describing and critically reflecting on the process of acquisition and development of the competencies required of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing.

The professional internship, focused on the care provided to women and families during pregnancy, labour and birth, the puerperium, as well as to the newborn, enabled the development and consolidation of specialised competencies through clinical experiences, within the scope of care planning and implementation of specialised interventions based on scientific evidence, ensuring safe, effective, and woman-centred care.

Throughout the internship, it was recognized that pregnancy and motherhood represent periods in a woman's life in which anxiety levels tend to increase. The frequency and intensity with which this anxiety manifested, at times compromising maternal well-being and the mother–infant bond, prompted an interest in understanding how emotional self-control could be fostered during this period.

To develop research-related competencies, an integrative literature review was conducted with the aim of identifying specialised interventions that promote anxiety self-regulation during pregnancy. Interventions were identified across three main domains: educational (birth preparation based on simulation and coping strategies; self-control); relational (communication, collaboration, and empowerment); and organisational (hybrid formats incorporating tele-nursing and self-monitoring), which may be implemented by Specialist Nurses in Maternal and Obstetric Health Nursing to promote anxiety self-management and enhance well-being during pregnancy.

Keywords: Pregnancy; Anxiety; Self-control; Self-management; Specialized nursing interventions; Maternal and Obstetric Health Nursing.

CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

bpm – Batimento por minuto

CTG - Cardiotocograma

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

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ITP - Indução do trabalho de parto

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

MeSH - Medical Subject Headings

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OE - Ordem dos Enfermeiros

PCC – População, Conceito, Contexto

RPM - Rotura prematura de membranas

RPM-PT - Rotura prematura de membranas pré-termo

SGB - Streptococcus do grupo B

UI – Unidade Internacional

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	11
1.1 Cuidar a mulher com gravidez com complicações	12
1.1.1 Vivenciar a gravidez diante da incerteza.....	13
1.1.1.1 Conceção de cuidados	16
1.2 Cuidar a mulher em trabalho de parto	28
1.2.1 Do plano à experiência vivida: entre a dor e o controlo no trabalho de parto.....	31
1.2.1.1 Conceção de cuidados	38
1.2.2 Empoderamento e autonomia da mulher no trabalho de parto: parto eutócico em variedade occipito-posterior	51
1.2.2.1 Conceção de cuidados	53
1.3 Cuidar a mulher no período pós-parto.....	66
1.3.1 Do parto idealizado ao vivenciado: Transição, Vínculo e Parentalidade	68
1.3.1.1 Conceção de cuidados	70
2 INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA PROMOTORAS DO AUTOCONTROLO DA ANSIEDADE DURANTE A GRAVIDEZ.....	81
2.1 Enquadramento teórico	81
2.2 Metodologia	82
2.3 Resultados.....	84
2.4 Implicações para a prática.....	89
3 REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	93
CONCLUSÃO	98

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
---	------------

APÊNDICES	107
------------------------	------------

APÊNDICE I - Frases booleanas usadas nas diferentes bases de dados

APÊNDICE II - Fluxograma de seleção dos artigos

APÊNDICE III - Quadro de extração de dados

INTRODUÇÃO

O presente relatório está inserido no âmbito da unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório”, incluída no plano de estudos do segundo ano do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). A realização desta unidade curricular habilita à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO) pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Este relatório tem como objetivo descrever, de forma crítica e reflexiva, o processo de desenvolvimento de competências especializadas preconizadas para o exercício profissional do EE-ESMO, desenvolvido através de uma prática clínica supervisionada (Regulamento n.º 140/2019 e Regulamento n.º 391/2019 da OE, 2019a, 2019b) e sustentado na melhor evidência científica disponível.

O EE-ESMO, no seu exercício profissional, assume intervenções autónomas no que diz respeito ao curso fisiológico do ciclo reprodutivo e intervém de forma interdependente nas situações de risco, onde se encontram envolvidos processos patológicos. As competências específicas desenvolvem-se pela continuidade e aperfeiçoamento da formação académica, mas também pelas experiências vivenciadas diariamente em contexto clínico. Neste sentido, os contextos de estágio representam um espaço privilegiado de aprendizagem e reflexão crítica, permitem a integração do conhecimento, a evolução dos conhecimentos técnicos e científicos, o crescimento pessoal e o desenvolvimento da capacidade de decisão em contextos clínicos.

O Estágio de natureza profissional foi realizado num hospital central da região Norte do país, de 12 de setembro de 2024 a 9 de maio de 2025, com uma carga horária total de 800 horas, divididas por três módulos, correspondendo a internamento de grávidas/medicina materno-fetal (200h), puerpério (100h) e bloco de partos (500h). Em cada área foram definidos objetivos específicos, orientados para a prestação de cuidados especializados centrados na mulher, em diferentes fases do processo reprodutivo, promovendo a adaptação à

gravidez, parto, pós-parto e parentalidade, assim como na pessoa significativa e na família.

A gravidez é um contexto de particular vulnerabilidade para a mulher, em virtude da maior sensibilidade às novas experiências e emoções (Costa et al., 2018). Durante o estágio, reconheceu-se que níveis elevados de ansiedade comprometiam o bem-estar da grávida e potencialmente a ligação mãe-filho. A partir desta constatação surgiu a necessidade de identificar quais as intervenções especializadas, implementadas pelo EE-ESMO, que promovem o autocontrolo da ansiedade durante a gravidez. Para responder a esta necessidade, e com o intuito de desenvolver competências no âmbito da investigação, foi realizada uma revisão integrativa da literatura.

O presente documento encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo centra-se no desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), através de uma reflexão crítica com base em quatro casos clínicos que ilustram a atuação em três diferentes áreas de intervenção do EE-ESMO, nomeadamente: cuidar da mulher com gravidez com complicações; cuidar da mulher em trabalho de parto; e, cuidar da mulher no período pós-parto. O segundo capítulo apresenta os resultados da revisão integrativa da literatura que desenvolve o tema “Intervenções especializadas em enfermagem de saúde materna e obstétrica promotoras do autocontrolo da ansiedade durante a gravidez”. O terceiro capítulo compreende uma reflexão global sobre o processo de desenvolvimento de competências, destacando os principais pontos de aprendizagem, bem como o crescimento pessoal e profissional, sintetizando a experiência vivenciada ao longo do percurso formativo e as implicações para a prática futura enquanto EE-ESMO.

1 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

O desenvolvimento de competências especializadas na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é fundamental para garantir cuidados de elevada qualidade, centrados na mulher, no recém-nascido e na família. Esta especialização requer um conjunto integrado de conhecimentos técnicos, científicos, éticos e relacionais, que possibilitam ao Enfermeiro Especialista atuar de forma autónoma e colaborativa em todas as fases do ciclo reprodutivo, desde a preparação para a conceção até ao período do puerpério e saúde ginecológica (OE, 2019b).

Este relatório propõe-se a descrever, analisar e refletir sobre o processo de desenvolvimento das competências específicas do EE-ESMO adquiridas ao longo do Estágio de natureza profissional. Para tal, apresenta-se em seguida a conceção dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica, contemplando as etapas de colheita de dados, identificação de diagnósticos, planeamento, implementação e avaliação das intervenções. Estes aspetos são aprofundados através da apresentação de casos selecionados a partir das experiências vivenciadas nos respetivos contextos clínicos.

A análise dos casos clínicos pretende evidenciar a atuação do EE-ESMO em diferentes contextos, como a assistência pré-natal a grávidas de risco, a adaptação à gravidez, a preparação para a parentalidade e para o parto, bem como na assistência à parturiente e no acompanhamento de puérperas e recém-nascidos, com e sem necessidades especiais. A experiência clínica proporcionou uma vivência abrangente e enriquecedora do processo de cuidados, permitindo a implementação de intervenções especializadas centradas na mulher/casal/família ao longo da gravidez, do parto e do puerpério.

Nos casos clínicos apresentados, todos os nomes e datas mencionados são fictícios. Os dados identificativos foram alterados ou retirados para garantir anonimato e confidencialidade.

1.1 Cuidar a mulher com gravidez com complicações

A gravidez é um momento ímpar na vida da mulher, envolve alterações fisiológicas, psicológicas e sociais significativas que implicam uma reorganização individual e familiar. Trata-se de um processo fisiológico que exige vigilância contínua e cuidados especializados (Lowdermilk et al., 2023).

Sendo a gravidez um processo fisiológico que reflete um estado de saúde, podem existir fatores maternos e/ou fetais, e fatores externos que podem condicionar e alterar o curso natural deste processo. Uma gravidez de alto risco é definida como a condição em que a mãe, o feto ou o recém-nascido têm maior risco de morte, incapacidade ou doença (Lowdermilk et al., 2023). De acordo com Afaf Meleis, na sua teoria de médio alcance, as mudanças no estado de saúde podem constituir oportunidades para promover o bem-estar; contudo, podem expor o indivíduo a riscos acrescidos de doença, desencadeando um processo de transição (Meleis et al., 2000). Quando uma gravidez de baixo risco se transforma numa gravidez de alto risco, a transição desenvolvimental é acompanhada por uma transição da saúde/doença (Meleis, 2010).

A identificação e monitorização precoce de fatores de risco são, por isso, determinantes para prevenir e minimizar intercorrências (World Health Organization [WHO], 2018a). O Regulamento das competências específicas do EE-ESMO (Regulamento n.º 391/2019) prevê a aquisição de competências necessárias para cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, incidindo na importância da deteção precoce de desvios da gravidez fisiológica através dos meios clínicos e técnicos apropriados (OE, 2019b).

Com o objetivo de desenvolver competências especializadas na vigilância da mulher com gravidez de risco, foi realizado um período de estágio de 200 horas, de 19 de fevereiro de 2025 a 7 de maio de 2025, no serviço de Obstetrícia de um hospital do Norte do país, uma unidade de referência na assistência à gravidez de baixo e alto risco. Integra uma equipa multidisciplinar, centrada na segurança materno-fetal, adaptação à gravidez, adaptação à parentalidade e

preparação para o parto permitindo ao EE-ESMO atuar de forma autónoma e em colaboração com outros profissionais. Segundo o Parecer n.º 43/2019 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) deve existir um EE-ESMO por cada três grávidas de alto risco e um por cada seis de médio risco. Na prática, o serviço garante a presença de três EE-ESMO por turno (no turno da manhã acresce um EE-ESMO como responsável de turno), correspondendo a um rácio aproximado de 7:1 entre grávidas de risco/ puérperas e EE-ESMO, uma vez que o internamento integra ambas as valências assistenciais e presta, ainda, apoio ao Bloco de Partos, admitindo mulheres (num total de cinco por dia) para indução de trabalho de parto, com uma capacidade de 22 camas em quartos individuais.

Durante o estágio foram prestados cuidados a grávidas com diversas patologias, entre elas, ameaça de parto pré-termo, restrição de crescimento intrauterino, pré-eclâmpsia, placenta prévia, diabetes gestacional, rotura prematura de membranas (RPM) e hemorragia do 3º trimestre.

1.1.1 Vivenciar a gravidez diante da incerteza

Ana, 28 anos, primigesta, com idade gestacional de 31 semanas e 4 dias. Sem antecedentes relevantes, grupo sanguíneo A Rh positivo. A Ana é educadora de infância, vive com o seu companheiro António, 27 anos, contabilista, em casa própria. A gravidez foi planeada e estava a ser vigiada pela equipa de saúde familiar do seu Centro de Saúde, iniciou suplementação prévia à gravidez. Ambos sem antecedentes relevantes, não fumadores, desconhecem alergias. Até ao internamento a Ana encontrava-se a trabalhar e mantinha um estilo de vida saudável. O António, pessoa significativa para a Ana, vem no final do dia visitá-la após o trabalho, pelo que não estabeleci contacto com o mesmo durante o turno referente ao plano de cuidados aqui explanado, turno da manhã (8h30-16h30). À data, estava internada com o diagnóstico de rotura prematura de membranas pré-termo (RPM-PT), desde as 26 semanas e 6 dias de gestação.

A RPM é definida como a rotura espontânea das membranas amnióticas antes do início do trabalho de parto, podendo ocorrer a termo ou pré-termo (Cunningham et al., 2014). Quando esta situação ocorre antes das 37 semanas de gestação (RPM-PT), é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade neonatal. A RPM-PT associa-se a riscos acrescidos de infeções maternas e fetais, prolapso do cordão umbilical, descolamento prematuro da placenta e parto pré-termo, exigindo vigilância rigorosa e atuação clínica célere e coordenada. A sua etiologia é multifatorial, incluindo fatores infecciosos, inflamatórios, mecânicos e obstétricos (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2020b).

A abordagem terapêutica centra-se na prevenção de infeções, monitorização materno-fetal contínua e na definição do momento mais adequado para o parto, ponderando os riscos e benefícios da manutenção da gestação. Esta estratégia visa reduzir complicações perinatais e otimizar os resultados maternos e neonatais (ACOG, 2020b).

A Ana dirigiu-se à urgência por sentir a perda esporádica e reduzida de líquido claro pela vagina. A confirmação da rotura deu-se pelo exame médico. Na ecografia observou-se feto viável e batimentos cardíacos presentes. Ao exame ginecológico, o colo encontrava-se posterior, íntegro e fechado. Decidiu-se assim internamento para vigilância. Iniciou corticoterapia para maturação pulmonar, protocolo hospitalar com betametasona 12 mg por via intramuscular, duas doses com intervalo de 24 horas, com o objetivo de acelerar a produção de surfactante e reduzir o risco de síndrome de dificuldade respiratória, hemorragia intraventricular e enterocolite necrosante no recém-nascido pré-termo. Iniciou-se também antibioterapia profilática, ampicilina 2 gr de 6 em 6 horas, medida essencial para reduzir o risco de infeção ascendente (corioamnionite) e prolongar o período latente até ao parto, contribuindo para melhores resultados perinatais (ACOG, 2020b).

No primeiro contacto do turno com a Ana, encontrava-se deitada na cama, calma. Foi questionada, como se sente, como passou a noite ao que responde: *“já não vejo a hora de ter a Maria nos braços e voltar a casa, sair deste quarto,*

os dias já são muito longos, mas agora também sei que falta pouco, menos de dois meses e estou em casa”.

Foi realizada a avaliação dos sinais vitais, auscultação dos batimentos cardíacos fetais e monitorização tocográfica. Durante a avaliação a Ana tinha expressão apreensiva. Foi explicado à Ana que não tinha contrações presentes e a auscultação dos batimentos cardíacos fetais permite avaliar o bem-estar da sua filha, sendo esperado um batimento cardíaco rápido, tal como visualizado no monitor.

Ligação mãe/pai-filho é um domínio de atenção de enfermagem. Ao longo do internamento foi possível perceber um significado facilitador associado à chegada do recém-nascido bem como envolvimento e demonstrações várias de afeto por parte da Ana e António (em turnos anteriores) para com a Maria, pelo que permaneceram com uma ligação mãe/pai-filho facilitadora.

Na sequência da ecografia obstétrica de rotina realizada durante a manhã, Ana recebeu a confirmação diagnóstica de atresia esofágica fetal, previamente detetada como suspeita. Apesar de inicialmente apresentar um estado emocional otimista, considerando a ecografia de rotina como um procedimento sem implicações e antecipando um regresso imediato ao domicílio pós-parto, a confirmação diagnóstica de uma malformação fetal constituiu para Ana um evento crítico com repercussões emocionais significativas.

A atresia esofágica é uma malformação congénita caracterizada pela interrupção da continuidade do esófago, frequentemente associada a uma fístula traqueoesofágica, que impede a alimentação oral adequada e requer intervenção cirúrgica neonatal precoce e internamento no serviço de neonatologia (Baldwin & Townsend, 2023). O internamento pode ser prolongado e os cuidados são complexos, com repercussões claras na qualidade de vida e na organização familiar, o que significa que, para muitas famílias, como no caso de Ana, o regresso precoce a casa após o parto não é possível, originando impacto emocional e necessidade de reorganização familiar.

O diagnóstico pré-natal de anomalias congénitas é amplamente descrito na literatura como um momento de rutura psicológica, desencadeando frequentemente processos de luto, relacionados com a perda do filho idealizado e a confrontação com a incerteza do prognóstico (Irani et al., 2019; Hansen et al., 2025). Mesmo em grávidas com perfis emocionais considerados estáveis, este tipo de evento representa um fator de *stress* significativo, associado a níveis mais elevados de ansiedade, sintomas depressivos e *stress* traumático (Ofstedal et al., 2022). Esta dimensão psicológica destaca a importância de uma abordagem clínica que integre a avaliação e o suporte emocional no plano de cuidados, reconhecendo o impacto do diagnóstico além do domínio biomédico, influenciando a vivência da gravidez e a construção do vínculo parental.

Aquando do regresso da Ana ao seu quarto, ela estava com olhar cabisbaixo, olhos chorosos, sentada na cama em silêncio. Este não foi o primeiro turno em que estive em contacto com Ana. Já anteriormente havia sido estabelecida uma relação terapêutica, baseada em escuta ativa, empatia e comunicação clara, permitindo criar um ambiente de confiança e segurança emocional.

1.1.1.1 Conceção de cuidados

De seguida, são apresentados, os principais focos de atenção para a intervenção do EE-ESMO no contacto com a Ana, de acordo com as suas necessidades específicas.

Domínio: Gravidez

Foco de atenção: Adaptação à gravidez com complicações

Dados relevantes para o diagnóstico: A Ana encontra-se no leito, refere sentir-se cansada de estar sempre pela cama. Pergunto porque não deambula um pouco, refere: “Tenho receio. Se eu ficar mais tempo parada talvez assim consiga aguentar mais tempo a gravidez e ela não nasça mais cedo que o previsto”

Dados relevantes para caracterizar o contexto: A Ana, grávida de 31 semanas e quatro dias, estava internada com o diagnóstico de RPM-PT, realizou o protocolo de maturação pulmonar e ficou com indicação de repouso parcial.

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre gravidez com complicações

Objetivo: Promover conhecimento sobre gravidez com complicações

Crítérios de Resultado: Que a Ana reconheça a relação entre o repouso no leito e a sua condição de saúde.

Intervenções:

- [9h30] Ensinar sobre repouso no leito

Apesar da prática de repouso absoluto ter sido amplamente utilizada durante décadas como medida preventiva em situações de RPM-PT, não há evidência consistente de benefício do repouso absoluto no prolongamento da gravidez ou na melhoria dos desfechos neonatais (Sosa et al., 2015). As diretrizes ACOG não recomendam o repouso absoluto de rotina, privilegiando uma abordagem expectante individualizada (conforme critérios clínicos) e evitando restrições desnecessárias de atividade física (ACOG, 2020b). Por protocolo hospitalar, não se recomenda o repouso absoluto de rotina nos casos de RPM, devendo a atividade ser ajustada individualmente à situação clínica de cada mulher.

Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicar que o repouso total não traz benefícios comprovados, não diminui o risco de um parto pré-termo, e que, sempre que clinicamente viável, o repouso parcial ou atividade ligeira é uma estratégia mais segura podendo realizar os seus autocuidados no WC e realizar pequenas caminhadas durante o dia.
- Explicar que o repouso absoluto no leito provoca outros efeitos colaterais negativos como perda de peso, perda de massa muscular, obstipação, aumento das emoções negativas e níveis de ansiedade.
- Explicar que o repouso parcial ou atividade ligeira é uma estratégia mais segura, com menos riscos maternos e sem impacto negativo no tempo de gestação.

Domínio: Emoção

Foco de atenção: Luto

Dados relevantes para o diagnóstico: Aquando do regresso da Ana ao seu quarto estava com olhar cabisbaixo, olhos chorosos, sentada na cama em silêncio. Abordada sobre como está a lidar com a situação, Ana começa a chorar e refere: “Não sei enfermeira, não sei... Até agora era apenas suspeita e passou a realidade... Sei que há tratamento, explicaram tudo, que o coração está bem e isso é muito bom sinal, mas é tanta informação de uma vez”.

Após validação da informação adquirida por Ana, esta mantém-se triste, mãos inquietas e tom abatido. Questionada sobre o que costuma fazer no dia a dia para ficar mais tranquila ou distrair-se em momentos de *stress*, refere ouvir música e ver séries, mas neste momento não consegue pensar em mais nada, se não no seu bebé, refere estar ansiosa com o futuro.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: A Ana, grávida de 31 semanas e quatro dias, estava internada com o diagnóstico de RPM-PT, realizou o protocolo de maturação pulmonar e ficou com indicação de repouso parcial. Na sequência da ecografia obstétrica de rotina realizada durante a manhã, Ana recebeu a confirmação diagnóstica de atresia esofágica fetal.

Diagnóstico: Luto [pelo filho idealizado]

Objetivo: Facilitar o processo de luto [pelo filho idealizado]

Crítérios de Resultado: Que a Ana se sinta num ambiente seguro e confortável; que a Ana seja capaz de verbalizar os sentimentos vividos.

Intervenções:

- [11h30] Gerir ambiente
- [11h30] Executar escuta ativa
- [11h30] Validar emoções
- [11h30] Assistir a mulher a identificar recursos de *coping*

A hospitalização durante a gravidez em consequência de complicações obstétricas, representa para muitas mulheres uma experiência com

repercussões psicológicas significativas. A literatura evidencia que a gravidez de alto risco está frequentemente associada a sentimentos de medo, incerteza e perda de controlo sobre a própria gestação, podendo desencadear reações emocionais intensas, tais como ansiedade, tristeza e sentimentos de culpa (Giménez et al., 2025).

Quando estas complicações se associam a um diagnóstico de malformação fetal, como no caso da Ana, a carga emocional intensifica-se, frequentemente emergindo sentimentos de impotência e sofrimento emocional agravado face a um prognóstico incerto. Estudos indicam que o impacto psicológico nestas situações não depende apenas da gravidade clínica, mas também da perceção materna de perda do “bebé idealizado” exigindo da equipa de saúde uma abordagem que integre dimensões físicas, emocionais e relacionais (Irani et al., 2019; Oftedal et al., 2022).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Providenciar ambiente calmo e seguro, fechando a porta da unidade da Ana, e colocando-se a EE-ESMO sentada próxima da Ana, ao mesmo nível, oferecendo proximidade e contacto visual.
- Demonstrar interesse de forma a facilitar uma comunicação eficaz. É fundamental que a grávida se sinta ouvida e compreendida, mantendo uma atitude atenta e disponível. Ouvir atentamente, concentrar-se no que é dito. Responder com honestidade com frases simples e objetivas. Evitar generalizações e juízos de valor. Promover o silêncio para a reestruturação de pensamentos.
- Identificar respostas à perda. Validar as emoções sentidas. Validar a dificuldade da grávida em abstrair-se da preocupação: “Compreendo que seja difícil afastar-se dessas preocupações — isso mostra o quanto esta gravidez é importante para si.”
- Identificar recursos: “Mesmo assim, cuidar de si também faz parte de cuidar da Maria. Que tal pensarmos juntas em algo que possa fazê-la sentir-se mais tranquila?”

Domínio: Emoção

Foco de atenção: Ansiedade

Dados relevantes para o diagnóstico: A Ana reconheceu a dificuldade em afastar-se das suas preocupações, aceitando de forma recetiva a sugestão de técnicas de relaxamento e revelando motivação para integrá-las na sua rotina.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: A Ana, grávida de 31 semanas e quatro dias, estava internada com o diagnóstico de RPM-PT, realizou o protocolo de maturação pulmonar e ficou com indicação de repouso parcial. Na sequência da ecografia obstétrica de rotina realizada durante a manhã, Ana recebeu a confirmação diagnóstica de atresia esofágica fetal. Encontrava-se chorosa, referindo estar ansiosa com o prognóstico da sua filha.

Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

Objetivo: Promover o autocontrolo da ansiedade

Crítérios de Resultado: Que a Ana identifique estratégias que usa no seu dia-a-dia para diminuir o *stress* e ansiedade; que a Ana seja capaz de usar o relaxamento com estratégia de autocontrolo da ansiedade.

Intervenções:

- [12h00] Assistir no uso de estratégias de relaxamento
- [12h15] Instruir e treinar estratégias de relaxamento

Evidências científicas demonstram que a implementação de intervenções simples e acessíveis — como exercícios de relaxamento, técnicas de respiração, musicoterapia, distração positiva e empatia terapêutica — contribui para reduzir os níveis de ansiedade em grávidas em risco (Lowdermilk et al., 2023). Estas estratégias, quando integradas nos cuidados de enfermagem em ambiente hospitalar, favorecem a autorregulação emocional, melhoram a perceção de controlo e promovem um ambiente mais calmo e seguro para a mulher e para o feto.

No caso de Ana, a utilização de técnicas não farmacológicas de controlo da ansiedade, como a música, estratégia já anteriormente referida pela Ana, associadas a apoio emocional contínuo e escuta ativa, pode constituir uma ferramenta eficaz para minimizar os níveis de ansiedade (Bohren et al., 2017).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Identificar estratégias que a relaxam habitualmente: A Ana gosta de ouvir música, ver filmes e séries.
- Incentivar a colocar uma playlist que goste.
- Adequar o ambiente, diminuir a luminosidade, criando um ambiente mais intimista.

Domínio: Adaptação à Parentalidade

Foco de atenção: Adaptação à parentalidade: integração do recém-nascido na casa e na família

Dados relevantes para o diagnóstico: Mais tarde, regresso ao quarto para verificar como a Ana está a lidar com o momento e questiono se surgiu alguma dúvida que eu possa esclarecer. Questiona: “Posso ficar com ela depois do parto, ou tenho de ficar aqui no serviço? Não me quero separar da minha filha” Após ter sido explicada a necessidade de vigilância da Ana no puerpério e da Maria na neonatologia, Ana refere “tenho que pensar que serão só uns dias e depois vamos para casa”.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: A Ana, grávida de 31 semanas e quatro dias, estava internada com o diagnóstico de RPM-PT, realizou o protocolo de maturação pulmonar e ficou com indicação de repouso parcial. Na sequência da ecografia obstétrica de rotina realizada durante a manhã, Ana recebeu a confirmação diagnóstica de atresia esofágica fetal.

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido

Objetivo: Promover adaptação à parentalidade: integração do recém-nascido na casa e na família

Crítérios de Resultado: Que a Ana integre o conhecimento necessário das mudanças que ocorrerão no período pós-parto; que a Ana reconheça a importância de recorrer à rede de apoio; que a Ana identifique estratégias práticas para gerir as rotinas diárias; que a Ana reflita maior confiança na capacidade de adaptação à nova realidade.

Intervenções:

- [13:00] Ensinar sobre mudanças face a chegada do recém-nascido
- [13:15] Ensinar sobre estratégias facilitadoras da gestão das rotinas no período pós-parto
- [14:00] Avaliar evolução do conhecimento sobre mudanças face a chegada do recém-nascido

A transição para a parentalidade requer tempo para a incorporação de novos conhecimentos e para o desenvolvimento das competências necessárias à tomada de decisões e à realização de ações relacionadas com o exercício do papel parental. Segundo Meleis (2000), as transições desenvolvimentais constituem períodos críticos que envolvem mudanças profundas e exigem ajustamentos significativos a nível pessoal, familiar e social. Estes períodos são caracterizados por vulnerabilidade acrescida, mas também por potencial de crescimento e adaptação bem-sucedida, especialmente quando existe preparação adequada e suporte profissional. Preparar-se com antecedência para lidar com a nova realidade pode ser um fator facilitador da transição.

É essencial que mãe e pai desenvolvam confiança nas suas capacidades, sejam capazes de responder às necessidades do recém-nascido e alcancem uma perceção de eficácia e satisfação no desempenho da sua função. De facto, quando os pais compreendem a forma adequada de responder às necessidades da criança e reconhecem o seu potencial, a adaptação ao novo papel torna-se mais fluída, sobretudo quando se trata do primeiro filho. De acordo com Cardoso (2014), quanto maior a competência dos pais, melhor será sua capacidade de

criar um ambiente saudável para a criança e atender às suas necessidades, resultando em maior satisfação com a parentalidade.

A chegada do recém-nascido será um momento de mudança e, no caso da Ana, a chegada da sua filha Maria representa um momento de mudança acrescida, uma vez que a recém-nascida necessitará de internamento prolongado para cuidados especializados, impossibilitando o regresso precoce dos três a casa, como inicialmente idealizado. Esta realidade implica uma adaptação antecipada à nova dinâmica familiar. Tornou-se importante compreender o que a Ana conhece sobre o processo de internamento na neonatologia e como imagina a gestão das rotinas neste que será o seu período pós-parto, identificando necessidades de ensino e de apoio. Compreendeu-se como essencial colmatar lacunas de conhecimento, ensinando sobre mudanças face à chegada do recém-nascido e estratégias facilitadores da gestão das rotinas familiares neste período de transição.

A transição para a parentalidade em contexto de cuidados especializados ao recém-nascido e, muitas vezes com separação da mãe, representa um desafio adicional, implicando mudanças significativas nas rotinas, papéis e responsabilidades familiares. Para a Ana, esta fase envolve conciliar o processo de recuperação pós-parto da mãe com o envolvimento ativo nos cuidados ao recém-nascido internado, exigindo reestruturação das dinâmicas pessoais e familiares. De acordo com a Teoria das Transições de Meleis, este é um momento crítico de vulnerabilidade, mas também uma oportunidade de crescimento e adaptação, sendo essencial que o enfermeiro promova estratégias que facilitem a integração da mulher e da família no novo papel parental (Meleis, 2010). Neste sentido, reforça-se a importância do autocuidado materno como parte integrante do cuidado à bebé e a mobilização de uma rede de apoio significativa, capaz de contribuir para a organização logística e emocional. As mudanças associadas ao nascimento de um filho devem ser reconhecidas e integradas numa rotina reestruturada em volta das necessidades do mesmo, que exige uma reorganização individual, conjugal e profissional (Cardoso, 2014).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Informar a grávida que após parto, o contacto com a recém-nascida ocorrerá assim que a equipa médica assegurar a estabilização clínica, podendo o tempo para essa visita variar consoante a resposta inicial da bebé. Reforçar que a prioridade será garantir a segurança e o bem-estar neonatal, esclarecendo que não é possível determinar previamente um horário exato para esse momento.
- Explicar a necessidade do internamento da Ana no puerpério por, aproximadamente, 48h, e que após a alta da Ana, a Maria permanecerá na unidade de cuidados neonatais por um período maior.
- Informar que após a alta, podem visitá-la em conjunto, mas só um pode pernoitar com a Maria. Haverá horários próprios para visitas e cuidados neonatais, diferentes da rotina habitual no domicílio.
- Explicar que será necessário conciliar o repouso pós-parto com deslocações à neonatologia, realçando que cuidar de si própria faz parte do cuidado à filha.
- Incentivar a criação de uma rede de apoio — pessoa significativa, familiares ou amigos — que possam colaborar com a logística diária, transporte, gestão de tarefas domésticas e apoio emocional.
- Informar a Ana que, juntamente com o António, podem visitar o serviço de Neonatologia onde a Maria ficará internada após o nascimento.

Domínio: Adaptação à Parentalidade

Foco de atenção: Adaptação à parentalidade: desenvolvimento infantil

Dados relevantes para o diagnóstico: Ana questiona: “Quando formos ver a Maria podemos pegar nela ao colo? Ou interagir com ela? A ideia que eu tenho da Neonatologia é dos bebés frágeis nas incubadoras!”

Dados relevantes para caracterizar o contexto: Na sequência da ecografia obstétrica de rotina realizada durante a manhã, Ana recebeu a confirmação diagnóstica de atresia esofágica fetal.

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento infantil durante o período de recém-nascido

Objetivo: Promover adaptação à parentalidade: desenvolvimento infantil

Critérios de Resultado: Que a Ana reconheça as competências do recém-nascido (reflexos e sentidos); que a Ana reconheça a importância do contacto e interação com o recém-nascido; que a Ana apresente maior confiança na capacidade de adaptação à nova realidade.

Intervenções:

- [14:00] Ensinar sobre desenvolvimento infantil no período de recém-nascido
- Avaliar evolução do conhecimento sobre desenvolvimento infantil no período de recém-nascido

A transição para a parentalidade requer tempo para a incorporação de novos conhecimentos e para o desenvolvimento das competências necessárias à tomada de decisões e ações relacionadas com as competências parentais. Este processo é obrigatório para que a mãe e o pai possam desenvolver confiança nas suas próprias capacidades e sejam capazes de resolver situações, alcançando uma perceção de eficácia e satisfação no desempenho da função. Preparar-se com antecedência para lidar com a nova situação pode ser um fator que facilita a transição. De facto, se a mãe e o pai forem capazes de compreender a forma adequada de responder às necessidades da criança e se tiverem consciência do potencial do recém-nascido, adaptar-se-ão mais facilmente ao papel de mãe e pai, especialmente quando se trata do primeiro filho (Cardoso, 2014).

Em bebés pré-termo ou clinicamente instáveis, a interação com os pais — voz, toque gentil, colo e contacto pele-a-pele — constitui um estímulo sensorial e relacional que favorece a autorregulação do recém-nascido e modula o *stress*, com repercussões fisiológicas e comportamentais (American Academy of Pediatrics, 2024). Em paralelo, a American Academy of Pediatrics (2024) afirma ainda que modelos de continuidade que envolvam a família melhoram a experiência de cuidados, a comunicação terapêutica e fortalece o vínculo.

Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicar que os recém-nascidos beneficiam significativamente, no seu desenvolvimento físico, psicológico, motor, social e afetivo, da oportunidade de terem um contacto humano estimulante (voz, toque agradável, massagem, etc.) e personalizado por um adulto com quem possam continuar a estabelecer uma relação única, ativando um conhecimento mútuo, usual e preferencialmente realizado pelos pais.
- Explicar que podem sim pegar na Maria ao colo sempre que os enfermeiros ou médicos que estiverem presentes derem autorização, e podem interagir com ela, mesmo quando não está no colo. Há várias formas de interagir, de a estimular sendo muito importante para o desenvolvimento dela. Compreende-se que tenham receio, vão receber sempre apoio e orientação de profissionais de saúde para ajudá-los a superar esses medos e a interagir com o recém-nascido.

Domínio: Adaptação à Parentalidade

Foco de atenção: Adaptação à parentalidade: desenvolvimento infantil

Dados relevantes para o diagnóstico: Ana sorri e afirma: *“É o que mais quero, é tocar-lhe, pegar nela e falar com ela”*. Mas gostaria de saber como o pode fazer.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: Na sequência da ecografia obstétrica de rotina realizada durante a manhã, Ana recebeu a confirmação diagnóstica de atresia esofágica fetal.

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido

Objetivo: Promover adaptação à parentalidade: desenvolvimento infantil

Crítérios de Resultado: Que a Ana seja capaz de reconhecer que a estimulação sensorial pode ser incluída nos hábitos e rotinas do dia-a-dia; que a Ana seja capaz de reconhecer as atividades que promovem o desenvolvimento do recém-nascido; que a Ana seja capaz de estimular os sentidos da bebé.

Intervenções:

- [14:45] Ensinar estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido
- Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido

Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicar a Ana que, logo que a saúde da bebé o permita, se assim o desejarem, iniciarão o contacto pele a pele com a Maria na unidade neonatal. Entre os numerosos benefícios do contacto pele a pele, destacam-se os seguintes: favorecer uma vinculação segura, facilitar o estabelecimento do aleitamento materno, estabilizar os sinais vitais dos bebés e favorecer um desenvolvimento neurológico extrauterino ótimo.
- Explicar que “na neonatologia vive-se rodeado de fios e incubadoras, mas sempre que seja permitido pelos profissionais ser-lhes-á possível pegar na bebé. Também podem tocá-la enquanto estiver a passar por algum procedimento, é reconfortante para ela, fazê-lo gentilmente. Falar com ela também é uma forma de estímulo, Maria reconhece a vossa voz, está familiarizada com ela. Podem falar com ela, cantar ou ler uma história. Fazer contato visual: Isso é crucial para a conexão. Olhem nos olhos da vossa bebé, e brinquem mostrando diferentes expressões, como sorrir ou olhar surpreso.”

Durante as intervenções implementadas, verificou-se que a Ana demonstrou interesse e receptividade à informação transmitida, embora com necessidade de tempo para assimilar os conhecimentos. Esta etapa é essencial para que possa consciencializar-se, reconhecer as mudanças e desenvolver perceções de autoeficácia, facilitando assim a adaptação ao papel parental.

De acordo com Meleis (2000), os processos de transição envolvem um período de integração gradual de novos significados e comportamentos, no qual o tempo e o apoio profissional desempenham um papel determinante na construção de competências e na perceção de controlo sobre a situação. Também Cardoso (2014) reforça que a assimilação progressiva de informação é um elemento facilitador da adaptação parental e da capacidade de resposta aos desafios do

pós-parto. Assim, optou-se por respeitar o ritmo de aprendizagem da grávida, reforçando conceitos-chave e garantindo espaço para dúvidas e clarificações, reconhecendo que a consolidação destes conhecimentos ocorrerá de forma gradual, acompanhando o seu processo de transição para a parentalidade.

De seguida, foi realizada passagem de turno, sendo toda a informação relativa à evolução e necessidades de Ana comunicada ao EE-ESMO responsável, garantindo a continuidade do plano de cuidados. Esta ação é fundamental para a continuidade do processo de transição para a parentalidade.

Este caso clínico revelou-se pertinente não só pela complexidade clínica, mas sobretudo pelo impacto na minha aprendizagem enquanto futura EE-ESMO. O acompanhamento próximo de uma grávida em contexto de elevada carga emocional evidenciou a importância de promover o papel parental na gravidez, reconhecendo que a incorporação de conhecimento e a aquisição de competências exigem tempo e prática. A identificação e o suporte das necessidades emocionais da Ana foram centrais: procurei não apenas facilitar a adaptação à gravidez com complicação, mas também potenciar o bem-estar emocional, preparar a transição para a parentalidade e capacitar a Ana para lidar com as suas emoções.

1.2 Cuidar a mulher em trabalho de parto

O estágio desenvolvido no âmbito da vigilância do trabalho de parto e parto decorreu no bloco de partos de um hospital de referência do Norte do país, entre o dia 17 de setembro de 2024 e o dia 12 de fevereiro de 2025, sob a supervisão de um EE-ESMO. Este serviço acolhe mulheres em trabalho de parto e grávidas com complicações que requerem vigilância materno-fetal. O bloco de partos dispõe de oito quartos individuais, garantindo assim a privacidade da mulher e/ou do casal, o que contribui significativamente para a sua satisfação. Conta ainda com um bloco operatório, onde se realizam cesarianas urgentes/emergentes e uma sala de recobro equipada com três camas. No mesmo espaço localiza-se o

serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia, permitindo uma resposta integrada e célere às necessidades das utentes. De forma a proporcionar maior segurança e tranquilidade às grávidas, o hospital realiza semanalmente, mediante marcação, visitas guiadas ao bloco de partos e internamento, conduzidas por uma EE-ESMO. Durante estas visitas, as grávidas têm oportunidade de conhecer o espaço físico e esclarecer dúvidas relacionadas com o trabalho de parto e parto, com a EE-ESMO e com um anestesista.

Relativamente à dotação segura, a MCEESMO estabelece que, na assistência intra-parto, o rácio utente/EE-ESMO deve ser 2:1 no primeiro período do trabalho de parto e 1:1 no segundo período do trabalho de parto (MCEESMO, 2019). Independentemente do turno, o número de EE-ESMO em funções no bloco de partos era de cinco elementos: um alocado à urgência, um responsável pela sala operatória/recobro, e três distribuídos pelas oito unidades do bloco de partos. Considerando os rácios recomendados pela Ordem dos Enfermeiros, a realidade observada neste contexto clínico — com três EE-ESMO para oito parturientes — representa um desvio face ao rácio preconizado. Este desfasamento pode comprometer a vigilância contínua e individualizada da mulher/casal e do recém-nascido, bem como a capacidade de resposta imediata a intercorrências, colocando em risco a segurança materno-fetal e a qualidade dos cuidados prestados.

Acresce ainda que esta discrepância entre os rácios recomendados e os praticados pode conduzir a uma sobrecarga significativa de trabalho, aumentando o risco de fadiga e exaustão física e emocional da equipa de enfermagem. Tal situação, para além de impactar diretamente o bem-estar dos profissionais, pode também repercutir-se negativamente na sua capacidade de manter uma prática clínica sustentada, segura e centrada na mulher, afetando a experiência da mulher/casal e os resultados materno-fetais (Donovan et al., 2021). Apesar destes constrangimentos estruturais, verificou-se que a equipa de EE-ESMO se esforça continuamente para minimizar o impacto destas limitações, através de uma gestão do tempo, da priorização de cuidados e da comunicação entre profissionais, procuram garantir que as necessidades das parturientes sejam atendidas de forma célere e humanizada. Esta postura evidencia um

elevado compromisso ético e profissional, embora não substitua a necessidade de adequar o número de profissionais às orientações normativas e boas práticas, de forma a assegurar cuidados seguros e de excelência centrados na mulher/casal.

O trabalho de parto é definido como um processo fisiológico que marca o início do nascimento, caracterizado por contrações uterinas regulares, progressivas e eficazes, extinção e dilatação do colo uterino e descida e progressão da apresentação fetal no canal de parto, culminando com a expulsão do feto, da placenta e das membranas (WHO, 2018b). O trabalho de parto e o parto configuram-se como processos fisiológicos únicos e complexos que envolvem fenómenos coordenados, culminando com o nascimento. Integram componentes emocionais, sociais e culturais que influenciam a experiência da mulher e do casal (Cardoso et al., 2023).

Neste contexto, o EE-ESMO desempenha um papel essencial, assegurando cuidados de enfermagem diferenciados, fundamentados na evidência científica e orientados para a promoção de uma experiência de parto positiva, segura e humanizada, centrada na mulher e no casal. De acordo com o Regulamento n.º 391/2019, compete ao EE-ESMO “cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina” (OE, 2019b). O EE-ESMO garante vigilância contínua do bem-estar materno-fetal, na deteção precoce de alterações e na prestação de cuidados diferenciados, durante o trabalho de parto e na sua capacidade de intervir autonomamente ou em articulação com a equipa multidisciplinar, garantindo a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados.

A literatura tem demonstrado que a presença contínua de profissionais especializados está associada a menores taxas de intervenções desnecessárias, melhores resultados maternos e neonatais, maior satisfação da mulher e experiências de parto mais positivas (Bohren et al., 2017; Cardoso et al., 2023). O EE-ESMO, no exercício da sua prática profissional, desenvolve intervenções autónomas e interdependentes, ajustadas ao nível de

complexidade da situação clínica. Nas situações de baixo risco, atua de forma autónoma, garantindo cuidados especializados que promovem a progressão fisiológica do trabalho de parto e o bem-estar materno-fetal; nas situações de maior complexidade ou risco acrescido, intervém de forma articulada com a equipa multidisciplinar, assegurando uma resposta eficaz e segura (OE, 2019b). Com base nas competências regulamentadas do EE-ESMO e nas orientações nacionais e internacionais, apresento de seguida dois casos clínicos que ilustram a aplicação prática destas intervenções.

Em ambos os casos clínicos apresentados, o empoderamento da mulher durante o trabalho de parto e parto constitui um eixo central da intervenção do EE-ESMO, orientando a prática para o respeito pela autonomia, tomada de decisão informada e participação ativa no processo de parto. O empoderamento constitui um processo fundamental de reconhecimento, promoção e fortalecimento das capacidades da mulher, permitindo-lhe responder de forma ativa às suas necessidades e mobilizar os recursos necessários para se sentir no controlo do seu corpo, das suas decisões e da experiência de parto (Cardoso et al., 2023; WHO, 2018b).

1.2.1 Do plano à experiência vivida: entre a dor e o controlo no trabalho de parto

Beatriz, 33 anos, primigesta, com 41 semanas de idade gestacional, sem antecedentes médicos relevantes. Grupo de sangue O Rh positivo, Streptococcus do grupo B (SGB) negativo e sem alergias conhecidas. É engenheira civil, casada com Manuel, 35 anos, engenheiro informático. A gravidez foi planeada e desejada, tendo o Manuel acompanhado a Beatriz nas consultas de vigilância da gravidez, preparação para o parto e agora durante o internamento.

A Beatriz foi admitida no internamento de obstetrícia na manhã do dia em curso para indução de trabalho de parto, conforme agendado. A indução do trabalho de parto (ITP) define-se como um processo iatrogénico através do qual se estimulam artificialmente as contrações uterinas, e se promovem alterações do

colo uterino, com o objetivo de iniciar o trabalho de parto. Em nulíparas com gravidez de baixo risco, a indução pode ser recomendada em situações clínicas específicas, nomeadamente na gravidez prolongada (igual ou superior a 41 semanas), uma vez que, a partir deste período, existe um aumento documentado do risco de complicações, como parto por cesariana, parto vaginal instrumentado, internamento em cuidados intensivos neonatais, morte fetal e neonatal (ACOG, 2024; WHO, 2022c). No caso da Beatriz, a indicação para indução do trabalho de parto foi a gravidez prolongada, de acordo com o protocolo institucional e as recomendações internacionais.

A progressão do trabalho de parto induzido distingue-se do espontâneo, sobretudo pelo prolongamento da fase latente do primeiro estágio. Esta fase decorre desde o início da atividade uterina até à transição para a fase ativa, que atualmente tende a ser definida a partir dos 6 cm de dilatação cervical, momento em que a evolução se torna mais rápida e previsível. Após o estabelecimento de contrações regulares e dilatação igual ou superior a 6 cm, a gestão clínica do trabalho de parto induzido é semelhante à do espontâneo, incluindo o segundo estágio, para o qual não se observam diferenças significativas na sua duração (ACOG, 2024; WHO, 2022c).

Após avaliação médica apresentava índice de Bishop de três - colo uterino amolecido, com dois centímetros de dilatação, 30% de extinção, em posição posterior, feto em apresentação cefálica e acima do I plano de Hodge – e membranas amnióticas intactas. Na avaliação do cardiotocograma (CTG) inicial, verificou-se contração uterina de intensidade baixa, frequência cardíaca fetal com uma linha de base entre os 110-160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, acelerações presentes e movimentos fetais ativos. Face a esta avaliação, foi prescrita indução farmacológica com misoprostol 50 µg por via vaginal, administrado de 4/4 horas, conforme protocolo institucional.

O misoprostol, um análogo sintético da prostaglandina E1, é amplamente utilizado para promover o amadurecimento cervical e desencadear contrações uterinas eficazes, sobretudo em colos desfavoráveis (Bishop < 6). Estudos demonstram que o seu uso está associado a menor necessidade de ocitocina

adicional, menor duração do tempo até ao parto e taxas mais elevadas de parto eutócico quando comparado com outros métodos. É recomendada a sua administração a cada 4–6 horas, até que se estabeleçam contrações regulares ou seja atingida dilatação cervical favorável. Trata-se de um método seguro e eficaz, desde que acompanhado de vigilância materno-fetal rigorosa, atendendo ao risco de hiperestimulação uterina (Hofmeyr et al., 2014).

Às 14h, foi realizada nova administração de misoprostol, após avaliação, verificando-se colo intermédio, com 50% de extinção, dilatação de 2 cm, bolsa amniótica íntegra, feto em apresentação cefálica e acima do I plano de Hodge. A dinâmica uterina apresentava uma a duas contrações a cada dez minutos, regulares e a frequência cardíaca fetal com linha base entre os 110-160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, com acelerações e presença de movimentos fetais. Nesta fase referiu uma ligeira dor na zona abdominal, classificando com dois/três na escala numérica da dor.

Após 1h da administração de misoprostol refere dor mais intensa que antes, classificando como 7 na escala numérica, dor tipo cólica com padrão rítmico, refere ainda a perda de líquido claro de forma espontânea. É realizada nova avaliação física, toque vaginal que confirma a rotura espontânea da bolsa amniótica com líquido amniótico claro, colo intermédio, com 100% de extinção, dilatação de 5 cm, feto em apresentação cefálica acima do I plano de Hodge. Na avaliação do CTG verificam-se contrações regulares, duas a três a cada dez minutos, com duração de 30 a 40 segundos e de intensidade moderada a elevada segundo Beatriz. Frequência cardíaca fetal com uma linha de base entre os 110-160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, com acelerações e presença de movimentos fetais. Foi-lhe administrada petidina 25 mg ev, que surte pouco efeito segundo a própria, tendo solicitado analgesia epidural.

A dor durante o trabalho de parto induzido pode ser mais intensa devido à natureza das contrações, que são frequentemente mais fortes e regulares do que num trabalho de parto espontâneo, em consequência das intervenções médicas utilizadas. O organismo tem menos tempo para se adaptar progressivamente à dor, o que pode aumentar a sua perceção e intensidade

(Lowdermilk et al., 2023). Durante a ITP, recomenda-se que sejam disponibilizadas às mulheres diferentes opções de alívio da dor, ajustadas às suas necessidades e preferências, incluindo métodos farmacológicos e não farmacológicos (WHO, 2022c).

De acordo com as normas do serviço, as grávidas em indução de trabalho de parto são encaminhadas para o bloco de partos quando se encontram em trabalho de parto ativo, quando solicitam analgesia epidural ou perante desvios materno-fetais, como a presença de um CTG não tranquilizador. Assim, a Beatriz foi transferida para o bloco de partos.

No momento da transferência da Beatriz do internamento de obstetrícia para o bloco de partos, foram transmitidas pela colega do serviço todas as informações clínicas relevantes acima descritas. Em simultâneo, foi igualmente entregue o plano de parto previamente elaborado pela Beatriz, no qual expressou as suas preferências e expectativas relativamente ao trabalho de parto e parto e pelo qual me guiei ao longo do acompanhamento da Beatriz. A literatura evidencia que a integração do plano de parto nas intervenções contribui para uma maior satisfação materna, melhora a comunicação com a equipa de saúde, reduz intervenções desnecessárias e potencia a sensação de controlo da mulher sobre a sua experiência de parto (Cardoso et al., 2023; WHO, 2018a). Esta prática reforça o papel de EE-ESMO ao assegurar cuidados humanizados, respeitando a singularidade da mulher e promovendo decisões partilhadas.

No plano de parto, a Beatriz referia o desejo de ser informada sobre todos os procedimentos a realizar, recorrer a métodos não farmacológicos para lidar com a dor, nomeadamente técnicas de respiração, relaxamento, mobilidade, uso de música e contacto com a água. Caso necessário, também queria recorrer a métodos farmacológicos, incluindo analgesia epidural. Solicitou que os toques vaginais fossem reduzidos ao mínimo necessário e que a episiotomia fosse realizada apenas se estritamente indicada. Referiu, ainda, que pretendia manter liberdade de movimentos durante todo o trabalho de parto, adotar estratégias facilitadoras de trabalho de parto ao longo do mesmo. Demonstrou preferência por um ambiente calmo e acolhedor, com pouca luz, reforçando a importância

da presença contínua do seu marido, Manuel, como apoio emocional e físico. No momento do nascimento, expressava o desejo de realizar contacto pele com pele imediato e ininterrupto, bem como que o corte do cordão umbilical fosse efetuado pelo Manuel.

O apoio emocional proporcionado por pessoas de confiança durante o trabalho de parto, nomeadamente o acompanhante/pessoa significativa à sua escolha, favorecem a criação de um espaço mais acolhedor e seguro, o que proporciona uma experiência de parto mais positiva (Bohren et al., 2017; WHO, 2018b). A gestão do ambiente deve, portanto, incluir a possibilidade de a mulher ter consigo quem ela deseje, assegurando que a sua privacidade e conforto são respeitados.

O presente plano de cuidados refere-se aos cuidados prestados à parturiente durante o turno da tarde (15:00h – 21:00h) em contexto de internamento no bloco de partos.

Na admissão no bloco de partos, a Beatriz encontrava-se em franca experiência de dor, visivelmente agitada e verbalizando frustração por sentir que estava a perder o controlo sobre o processo, contrariando as expectativas inicialmente traçadas no seu plano de parto. Apresentei-me de forma breve e referi que a ia acompanhar e ajudar neste momento, disse também que já foi contactada a equipa de anestesia para colocação de cateter epidural conforme o seu desejo.

Em dor intensa e perda de controlo, a prioridade clínica e emocional deve ser o alívio da dor e criação de segurança, e não uma interação prolongada ou formal de apresentação. Nesta fase, as recomendações da WHO (2022c) e de Cardoso e seus colaboradores (2023) sublinham que o foco inicial do profissional deve centrar-se em garantir a segurança física e o controlo da dor, reduzir estímulos externos e preservar um ambiente calmo, estabelecer empatia não verbal através de presença tranquila, tom de voz suave, toque terapêutico e contacto visual.

A analgesia epidural constitui o método farmacológico mais eficaz para o alívio da dor de trabalho de parto, sendo o seu uso recomendado de acordo com as preferências e consentimento informado da mulher. No entanto, os analgésicos

e anestésicos locais peridurais podem causar hipotensão, fraqueza motora e retenção urinária, além de que as taxas de falha na colocação de cateter epidural são elevadas e mesmo cateteres bem posicionados requerem uma vigilância e otimização frequente, bem como a deteção e correção de complicações (Kuthiala & Chaudhary, 2011; Lowdermilk et al., 2023).

A Ropivacaína é um anestésico local de longa duração, indicado no controlo da dor aguda, nomeadamente na analgesia do trabalho de parto, podendo ser administrada numa dose de 10 a 20 miligramas por hora para manutenção da analgesia (Kuthiala & Chaudhary, 2011). O sufentanilo é um opioide lipofílico, frequentemente utilizado na primeira toma em associação com a ropivacaína, potenciando o seu efeito analgésico e permitindo reduzir a dose total de anestésico local. A combinação de ambos proporciona analgesia eficaz, de início rápido (10 a 15 minutos após a administração inicial), mantendo a mobilidade materna e contribuindo para uma experiência de parto mais positiva (Lowdermilk et al., 2023).

Antes do procedimento de inserção do cateter epidural, foram explicados os passos do procedimento, os potenciais efeitos e a importância de manter a posição adequada para a sua realização, assegurando o seu consentimento informado. Dado que a Beatriz apresentava agitação e dificuldade em manter o posicionamento adequado, foi proposto que o Manuel permanecesse de frente para ela, oferecendo apoio físico e emocional durante o procedimento. A sua presença e contacto visual demonstraram um efeito calmante, permitindo que a Beatriz tolerasse melhor a posição e recuperasse alguma serenidade.

Após a inserção do cateter epidural, foi auxiliada a posicionar-se em decúbito dorsal com ligeira inclinação lateral esquerda, de modo a favorecer a distribuição homogénea do anestésico e prevenir compressão dos grandes vasos. Foram administrados ropivacaína e sufentanilo, pelas 15h30, conforme prescrição médica: ropivacaína a 0,2% 16mg (8 mL) e sufentanilo 10 µg (2mL) toma única, em associação, por via epidural. Mantém-se em prescrição: ropivacaína a 0,2% 10 mL por via epidural, em SOS de hora a hora. Manteve-se a vigilância rigorosa da resposta materna e fetal, monitorizando pressão arterial, frequência cardíaca

materna e fetal, e evolução da dinâmica uterina, de forma contínua durante a primeira hora e posteriormente de modo periódico, conforme protocolo institucional.

Procedeu-se à adequação do ambiente da sala de partos, de acordo com as preferências expressas no plano de parto e reforçadas pela Beatriz: redução da luminosidade, mantendo apenas luz focal, diminuição do ruído e porta fechada. Esta adequação do espaço teve como objetivo promover conforto, reduzir estímulos externos e reforçar o sentimento de controlo da parturiente sobre a sua experiência de parto.

Após a administração da analgesia epidural, referiu alívio total da dor, o que permitiu recuperar a tranquilidade, retomar o foco e participar de forma mais ativa nas decisões relativas ao seu parto. A utilização de analgesia epidural não deve impedir a mulher de manter a liberdade de movimentos nem de adotar estratégias não farmacológicas para lidar com a dor, caso assim o deseje e a sua condição clínica o permita. A evidência demonstra que a mobilidade e a adoção de estratégias durante o trabalho de parto com analgesia epidural são práticas seguras, não comprometem a evolução do parto e podem mesmo estar associadas a uma melhor progressão fetal, menor duração da fase ativa e menor taxa de intervenções obstétricas (Lawrence et al., 2013; Walker et al., 2018).

Seguir o plano de parto previamente definido e manter o uso de estratégias não farmacológicas, como respiração, relaxamento, contacto com a pessoa significativa ou uso de música, reforça a autonomia e a sensação de controlo da mulher, promovendo uma experiência de parto mais positiva (Bohren et al., 2017; WHO, 2018b). Assim, ao longo do trabalho de parto, foi incentivada a manter liberdade de movimentos e a recorrer a estratégias não farmacológicas como era seu desejo, mesmo com o uso de analgesia epidural. O apoio contínuo do Manuel revelou-se determinante, contribuindo para reforçar a segurança emocional da Beatriz e a adesão às estratégias previamente planeadas.

1.2.1.1 Conceção de cuidados

De seguida, são apresentados, os principais focos de atenção para a intervenção de EE-ESMO no contacto com Beatriz e Manuel, de acordo com as suas necessidades específicas.

Domínio: Parto

Foco de atenção: Trabalho de parto

Dados relevantes para o diagnóstico: Na admissão no bloco de partos, a Beatriz encontrava-se em posição fetal, visivelmente agitada, com fácies de dor, a emitir gemidos e chorosa. Apresentei-me de forma breve e refiro que a vou acompanhar e ajudar neste momento, refiro que já foi contactada a equipa de anestesia para colocação de cateter epidural conforme o seu desejo. Questiono como se sente ao qual verbaliza frustração por sentir que estava a perder o controlo sobre o processo: *“não era nada disto que eu tinha idealizado, cada vez sinto mais dor e eu sem controlo, nada do que faço resulta”*.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: A Beatriz foi internada esta manhã para ITP. Às 15h, 1h após a 2ª administração de misoprostol refere dor 7 na escala numérica. Avaliação física: colo intermédio, com 100% de extinção, dilatação de 5 cm, feto em apresentação cefálica acima do I plano de Hodge, rotura espontânea da bolsa amniótica com líquido amniótico claro. Na avaliação do CTG verificam-se contrações regulares, duas a três a cada dez minutos, com duração de 30 a 40 segundos. Frequência cardíaca fetal com uma linha de base entre os 110-160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, com acelerações e presença de movimentos fetais.

Diagnóstico: Trabalho de parto

Objetivo: Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto

Crítérios de Resultado: Que a Beatriz seja capaz de lidar com a dor de trabalho de parto.

Intervenções:

- [15h40] Assistir no uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor
- [15h40] Envolver pessoa significativa
- [15h40] Gerir ambiente físico para promover relaxamento

Nesta fase, a Beatriz apresentava sinais evidentes de ansiedade e tensão, com expressão facial contraída, respiração superficial e verbalização de frustração relativamente ao afastamento do seu plano de parto. É fundamental promover o conforto físico e emocional da parturiente. Durante os primeiros 20 a 30 minutos após a administração da analgesia epidural, a mulher deve permanecer em decúbito dorsal para garantir a distribuição homogénea do anestésico (Lowdermilk et al., 2023). Neste período, devem ser adotadas estratégias adaptadas à sua condição, orientadas para o relaxamento e o controlo emocional.

O melhor método a utilizar para lidar com a dor, será aquele que, em determinado momento ao longo do trabalho de parto, ajude a parturiente a lidar com as suas sensações. Desta forma, segundo o Regulamento n.º 391/2019, o EE-ESMO deve conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher (OE, 2019b). Assim, o papel do EE-ESMO é ajudar a mulher a compreender a dor de trabalho de parto como fisiológica e as estratégias que estão ao seu alcance para lidar com ela, nomeadamente os métodos não farmacológicos. Através destas estratégias pretende-se melhorar a capacidade para lidar com a dor e não propriamente que esta desapareça (Cardoso et al., 2023).

A respiração controlada e consciente constitui uma estratégia fundamental de relaxamento durante o trabalho de parto, promovendo a autorregulação emocional, o equilíbrio fisiológico e a redução da perceção de dor e ansiedade. A respiração atua como um elo entre a mente e o corpo, permitindo à mulher manter o controlo sobre o processo, mesmo em contextos de dor intensa. Este estado de relaxamento estimula a libertação de ocitocina endógena, essencial para a progressão fisiológica do trabalho de parto e para a manutenção de contrações eficazes (Lowdermilk et al., 2023).

A WHO (2018b) e Bohren et al. (2017) destacam que o suporte contínuo durante o trabalho de parto, associado a estratégias não farmacológicas como respiração e música, está associado a menores níveis de ansiedade, menor necessidade de analgesia adicional e maior satisfação materna. Durante este período, o Manuel mostrou-se disponível e empenhado em participar ativamente no processo, manifestando vontade de apoiar a Beatriz de forma eficaz. O envolvimento da pessoa significativa revelou-se determinante para a redução da ansiedade e da tensão emocional da Beatriz, promovendo um ambiente de calma, segurança e cooperação. A presença ativa do Manuel contribuiu, ainda, para reforçar o vínculo do casal e favorecer a libertação endógena de ocitocina, essencial à progressão fisiológica do trabalho de parto, conforme evidenciado pelos mesmos autores.

Atividades que concretizam a intervenção:

- Orientar a Beatriz na execução da técnica de respiração controlada. Técnicas simples, como a colocação da mão sobre o abdómen superior, ajudam-na a encontrar um ritmo respiratório mais natural — inspirando profundamente para elevar a mão e expirando lentamente para a fazer descer —, o que proporciona foco e tranquilidade, diminuindo a tensão e a ansiedade.
- Envolver o Manuel nas estratégias de relaxamento, orientando-o a sincronizar a respiração com a da Beatriz, manter contacto visual e verbal tranquilizador, e aplicar toque de conforto nos ombros e nas mãos, reforçando a sua presença constante e o suporte emocional.
- Sugerir a colocação de música que a Beatriz goste, uma vez que o serviço não dispõe de sistema de som ambiente, de modo a criar um ambiente mais íntimo, calmo e personalizado, complementando com as restantes medidas de promoção de conforto e relaxamento.

Domínio: Parto

Foco de atenção: Trabalho de parto

Dados relevantes para o diagnóstico: Após 30 minutos da administração de analgesia epidural, apresentava mobilidade completa dos membros inferiores

(Monitorizado bloqueio sensitivo através da escala de Bromage modificada). Referia alívio significativo da dor, encontrando-se mais tranquila embora emocionalmente sensibilizada, verbalizando: *“Querida tanto fazer tudo o que aprendi na preparação, mexer-me, usar as estratégias que experienciei, e agora sinto que tudo está a descarrilar”*. Agora que se encontrava mais confortável, que a dor se encontrava controlada e a comunicação mais recetiva, aproveitei para voltar a apresentar-me, reforçando que iria acompanhá-la ao longo do trabalho de parto e que todas as intervenções de enfermagem seriam orientadas pelas suas preferências e expectativas, conforme definido no seu plano de parto. Acordámos que iria descansar um pouco e, quando se sentisse preparada, chamar-me-ia para abordarmos as estratégias facilitadoras de parto.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: A Beatriz foi internada esta manhã para ITP. Às 15h, 1h após a 2ª administração de misoprostol refere dor 7 na escala numérica. Avaliação física: colo intermédio, com 100% de extinção, dilatação de 5 cm, feto em apresentação cefálica e acima do I plano de Hodge, rotura espontânea da bolsa amniótica com líquido amniótico claro. Na avaliação do CTG verificam-se contrações regulares, duas a três a cada dez minutos, com duração de 30 a 40 segundos. Frequência cardíaca fetal com uma linha de base entre os 110-160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, com acelerações e presença de movimentos fetais.

Diagnóstico: Trabalho de Parto

Objetivo: Facilitar trabalho de parto

Critérios de Resultado: Que a Beatriz seja capaz de identificar e adotar posições corporais facilitadoras da progressão de trabalho de parto.

Intervenções:

- [16h15] Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto
- [16h15] Envolver pessoa significativa
- [16h45] Assistir no uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

Após o alívio da dor, a mulher tende a recuperar o controlo emocional e cognitivo, tornando-se mais recetiva à comunicação e ao estabelecimento de uma relação

terapêutica de confiança com a equipa de saúde. É neste momento que se justifica uma nova apresentação do profissional, explicando o seu papel e reforçando a parceria de cuidados. Esta atitude contribui para fortalecer o vínculo de confiança, aumentar a perceção de segurança e controlo da parturiente, e promover uma experiência de parto positiva (Bohren et al., 2017; WHO, 2018b). De acordo com a WHO (2018b) e Cardoso e colaboradores (2023), a comunicação empática e o respeito pelas decisões informadas da mulher constituem pilares fundamentais dos cuidados centrados na mulher, sendo determinantes para a humanização do parto e a satisfação materna.

Foi então incentivada a retomar as estratégias previamente planeadas, de acordo com o seu plano de parto, promovendo a progressão fisiológica do trabalho de parto e o seu envolvimento ativo. A mobilização livre e a adoção de posições verticais ou assimétricas contribuem para o aumento do diâmetro pélvico, melhor orientação e descida fetal, maior eficácia das contrações e redução da duração do trabalho de parto, promovendo ainda maior satisfação materna (Lawrence et al., 2013; WHO, 2018b).

Quando a apresentação fetal se apresenta acima do I plano de Hodge importa adotar posições e exercícios que favoreçam o encravamento da apresentação fetal na pelve materna. As posições que privilegiam a rotação externa do fémur contribuem para aumentar os diâmetros da pelve de entrada, uma vez que permitem a aproximação das articulações sacroilíacas posteriormente e o afastamento da sínfise púbica anteriormente, favorecendo uma maior abertura pélvica (Cardoso et al., 2023). Entre as estratégias facilitadoras destacam-se exercícios como básculas (movimentos rotativos ou anteroposteriores), movimentos assimétricos dos membros inferiores, exercícios verticais e deambulação.

As estratégias adotadas pela mulher reforçam o sentimento de autonomia e controlo, contribuindo para uma experiência de parto mais positiva e participativa (Bohren et al., 2017; Cardoso et al., 2023). O EE-ESMO assume, assim, um papel fundamental na avaliação contínua do conforto, segurança e tolerância da parturiente, encorajando posições e movimentos que favoreçam a evolução

fisiológica do parto, respeitando o ritmo, as preferências e a individualidade da mulher.

Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicar à Beatriz a importância da mobilidade e de adotar posições de conforto, evidenciando que estas diminuem a duração do trabalho de parto, aumentam a eficácia das contrações e facilitam a descida fetal.
- Reforçar que, após os primeiros 30 minutos de cada administração epidural, pode deambular e adotar posições verticais ou laterais, desde que assegurada a segurança e avaliado previamente o bloqueio motor (escala de Bromage).
- Explicar sobre a mobilidade pélvica, que a pelve é uma estrutura dinâmica capaz de se ajustar à passagem fetal. Pedir-lhe que coloque as mãos sobre as ancas para identificar os ossos pélvicos e acompanhar conscientemente os movimentos da bacia (anteroposteriores, laterais e circulares).
- Explicar à Beatriz que pode apoiar-se na pessoa significativa e realizar movimentos pélvicos variados, nomeadamente rotações, movimentos anteroposteriores e o movimento em forma de infinito, promovendo mobilidade da pelve e conforto.
- Ao abordar as atividades de preferência do casal, a Beatriz e o Manuel referiram que gostam de dançar. Assim, foram incentivados a dançar, caso se sentissem confortáveis para tal, respeitando a segurança postural, com movimentos basculantes da pelve sincronizados com a respiração, reforçando o vínculo emocional e o relaxamento.
- Durante a contração: assistir a Beatriz na realização de movimentos circulares ou de balanço suave da bacia, acompanhados de respiração consciente (inspiração profunda e expiração longa e fluida), enquanto o Manuel exerce pressão firme e contínua na região lombar (com as palmas das mãos ou punhos fechados), ajudando a aliviar a dor lombar referida. Pode também abraçá-la suavemente pelo tronco, oferecendo suporte físico e estabilidade enquanto ela se movimenta.
- Incentivar o uso da bola de parto, orientar para uma postura segura (pés bem apoiados no chão, costas direitas, mantendo o equilíbrio com o auxílio do Manuel) e realizar movimentos circulares e de balanço para a frente e para trás na bola de parto por forma a ajudar a alongar os músculos e ligamentos que suportam o útero.

- Explicar que não existe nenhum movimento em específico que deva realizar, a melhor posição ou o melhor movimento é aquele que lhe dá conforto.

Domínio: Parto

Foco de atenção: Trabalho de parto

Dados relevantes para o diagnóstico: À medida que o trabalho de parto progredia, a Beatriz referiu estar a sentir-se progressivamente mais desconfortável com a dor das contrações, manifestando alguma tensão corporal e dificuldade em relaxar: “A bola de parto e a pressão que o Manuel fez nas costas ajudaram muito no início, mas agora já não está a resultar tanto... sinto o corpo dorido.” Verbalizou também o desejo de experimentar outras estratégias antes de solicitar a epidural, afirmando: “Queria tentar aguentar mais um pouco, ver se consigo controlar com outras posições.” Neste momento, o foco foi reforçar o controlo e a autoconfiança da parturiente, incentivando-a a escolher novas estratégias de conforto.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: A Beatriz foi internada esta manhã para ITP. Iniciou analgesia epidural pelas 15h30. Tem dado preferência a exercícios de mobilidade e verticalidade. Avaliação física, exame vaginal às 15h: colo intermédio, com 100% de extinção, dilatação de 5 cm, feto em apresentação cefálica e acima do I plano de Hodge, rotura espontânea da bolsa amniótica com líquido amniótico claro. CTG tranquilizador.

Diagnóstico: Trabalho de parto

Objetivo: Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto

Crítérios de Resultado: Que a Beatriz seja capaz de lidar com a dor de trabalho de parto; que a Catarina seja capaz de identificar estratégia para lidar com a dor de trabalho de parto.

Intervenções:

- [17h30] Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- [17h30] Assistir no uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto

Relativamente às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor, estas incluem: hidroterapia, deambulação e mudança de posição, exercícios de relaxamento, aromaterapia, massagem, musicoterapia, técnicas de respiração, uso da bola de parto, estimulação elétrica transcutânea e acupuntura (Cardoso et al., 2024). Das estratégias disponíveis, a Beatriz elegeu aquelas com que mais se identificava e que já tinha experienciado durante a preparação para o parto — massagem, respiração, bola de pilates, música e água. As estratégias não farmacológicas utilizadas até então surtiram efeito inicial, proporcionando controlo da dor; contudo, a Beatriz referiu que estavam a ser menos eficazes com o aumento da intensidade das contrações. Assim, foi-lhe sugerido a utilização do chuveiro, promovendo o contacto com a água morna como medida complementar de conforto e relaxamento.

Atividades que concretizam a intervenção:

- Preparar o ambiente: garantir privacidade, conforto e segurança, criando um espaço tranquilo e acolhedor.
- Explicar à Beatriz os benefícios do uso do chuveiro, pode ficar de pé ou sentada na casa de banho, ajustando o jato de água conforme a sua preferência, bem como os cuidados a ter — permanecer sempre com apoio físico do Manuel, prevenindo quedas.
- Orientar o uso do chuveiro durante as contrações, aplicando o jato de água morna na região lombar e abdominal, associando respiração profunda e relaxada.
- Envolver o Manuel, pedindo-lhe que apoie fisicamente a Beatriz e que mantenha o suporte emocional e verbal, reforçando o sentimento de segurança e de partilha.
- Reavaliar o efeito da intervenção, verificando a perceção de alívio da dor, relaxamento muscular e expressão facial mais tranquila, ajustando as estratégias conforme a resposta da Beatriz.

Após o uso da hidroterapia, a Beatriz referiu alívio significativo da dor, maior sensação de leveza e tranquilidade, demonstrando expressão facial mais

descontraída e respiração regular. Esta intervenção contribuiu para o restabelecimento do seu bem-estar físico e emocional, reforçando a sua autoconfiança e capacidade de enfrentamento da dor de forma ativa e positiva.

Beatriz volta a referir aumento de dor pelas 18h, solicita analgesia epidural para o alívio da dor. É-lhe administrada ropivacaína, conforme prescrição médica: ropivacaína a 0,2%, 10 mL por via epidural em SOS de hora a hora. A analgesia epidural pode diminuir temporariamente a sensibilidade vesical e o reflexo de micção, devido ao bloqueio das vias nervosas autonómicas e sensoriais que inervam a bexiga (Cunningham et al., 2014). Esta diminuição da perceção do enchimento vesical aumenta o risco de retenção urinária e distensão vesical, o que pode comprometer a progressão do trabalho de parto e o conforto materno (Lowdermilk et al., 2023). No entanto, no caso da Beatriz, não apresentou sinais de retenção. Foi incentivada à micção espontânea regular, de forma a evitar a distensão vesical, promover o conforto e facilitar a descida da apresentação fetal.

Domínio: Parto

Foco de atenção: Trabalho de parto

Dados relevantes para o diagnóstico: Beatriz encontrava-se confortável no leito, refere sentir-se cansada e com vontade de descansar, mas questiona “apetecia-me muito descansar agora, só ficar aqui deitada. Há alguma posição seja mais favorável no trabalho de parto”? Foi então sugerido que adotasse posições laterais no leito, de modo a promover o descanso e, simultaneamente, favorecer a mobilidade pélvia e a descida da apresentação fetal, como era seu desejo. A parturiente consentiu, demonstrando-se recetiva a experimentar as posições.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: A Beatriz foi internada esta manhã para ITP. Iniciou analgesia epidural pelas 15h30. Tem dado preferência a exercícios de mobilidade e verticalidade. Avaliação física, exame vaginal às 15h: colo intermédio, com 100% de extinção, dilatação de 5 cm, feto em apresentação cefálica e acima do I plano de Hodge, rotura espontânea da bolsa

amniótica com líquido amniótico claro. Na avaliação do CTG verificam-se contrações regulares, duas a três a cada dez minutos, com duração de 30 a 40 segundos. Frequência cardíaca fetal com uma linha de base entre os 110-160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, com acelerações e presença de movimentos fetais.

Diagnóstico: Trabalho de Parto

Objetivo: Facilitar trabalho de parto

Crítérios de Resultado: Que a Beatriz seja capaz de identificar e adotar posições corporais facilitadoras da progressão de trabalho de parto.

Intervenções:

- [18h20] Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

É essencial que a mulher seja encorajada a escutar o seu corpo, alternando momentos de atividade e repouso conforme as suas necessidades e sensações, fundamental para manter o equilíbrio fisiológico e emocional durante o trabalho de parto. Este momento deve ser respeitado e até incentivado, permitindo à mulher recarregar energias e preparar-se para as fases seguintes do processo (Simkin & Hanson, 2017).

O decúbito lateral é uma posição de fácil acesso que permite repouso no leito. Calais-Germain & Parés (2009) afirma que essa posição é benéfica em diferentes etapas do trabalho de parto, sobretudo em mulheres com analgesia epidural, pois pode ser mantida durante um período prolongado, permite à mulher descansar e, simultaneamente, favorecer a progressão do trabalho de parto. Através da modificação da lateralidade e da criação de assimetrias entre os membros inferiores, promovem-se ajustes do ilíaco e mobilidade pélvica, o que contribui para aumentar os diâmetros do estreito superior e facilitar o encaixe da apresentação fetal (Calais-Germain, 2009; Simkin & Hanson, 2017).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Validar com a parturiente a importância de escutar o seu corpo e respeitar as suas necessidades conforme lhe faça sentido.

- Assistir a Beatriz a posicionar-se no leito. Esta fica confortável em decúbito lateral esquerdo.
- Assistir na colocação da perna inferior em extensão e da perna superior sobre uma almofada, em flexão superior a 90° e rotação interna.
- Posteriormente, orientar a adotar outra posição com as pernas paralelas, mantendo a perna superior apoiada numa almofada, com a anca fletida num ângulo inferior a 90° graus e os joelhos fletidos entre 45° e 90°. O sacro permanece livre para realizar contra natação e natação.
- Reforçar o apoio do Manuel, orientando-o a auxiliar na mudança de posição e na massagem lombar leve durante as contrações.
- Permitir que a Beatriz avalie se se sente confortável nas posições sugeridas e adote a que lhe transmitir maior conforto e sensação de bem-estar.

A Beatriz volta a referir aumento de dor, na zona lombar a irradiar para a parte inferior do abdómen e para zona sagrada. Solicita analgesia epidural para o alívio da dor pelas 19h30, que lhe é administrada conforme prescrição: ropivacaína a 0,2% 10 mL por via epidural, em SOS de hora a hora.

Domínio: Parto

Foco de atenção: Trabalho de parto

Dados relevantes para o diagnóstico: Beatriz refere já não ter dor, mas mantém a sensação de pressão na região sagrada e pélvica. Foi-lhe solicitada permissão para a realização de exame vaginal o qual revelou colo uterino anterior, amolecido, completamente extinto e com 10 cm de dilatação. Feto em apresentação cefálica insinuada em II plano de Hodge e variedade occipito-esquerda-transversa. O CTG apresentava uma linha de base entre 110-160 bpm, variabilidade moderada entre os 5-25 bpm, acelerações presentes e sem desacelerações repetitivas, classificando-se como traçado tranquilizador. No que respeita à dinâmica uterina, registaram-se quatro contrações regulares a cada dez minutos, com duração média de 45 segundos.

Foram sugeridas à Beatriz posições laterais que promovem o aumento do diâmetro da pelve de saída, por forma a promover a descida da apresentação fetal, a qual consentiu.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: A Beatriz foi internada esta manhã para ITP. Iniciou analgesia epidural pelas 15h30. Tem dado preferência a exercícios de mobilidade e verticalidade.

Diagnóstico: Trabalho de parto

Objetivo: Facilitar o trabalho de parto

Crítérios de Resultado: Que a Beatriz seja capaz de adotar posições corporais facilitadoras da progressão de trabalho de parto.

Intervenções:

- [19h50] Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

Quando a apresentação fetal se encontra no II plano de Hodge, são adotadas estratégias posturais e de mobilidade destinadas a facilitar a transição da apresentação através da pelve materna. Nesta fase, é essencial promover posições que aumentem o diâmetro da pelve de saída, otimizando o encaixe, a rotação e a descida fetal, tais como, movimentos assimétricos dos membros inferiores, rotação interna do fémur e natação do sacro (Calais-Germain & Parés, 2009; Cardoso et al., 2023;).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Assistir a Beatriz a adotar uma posição de decúbito lateral, optando pelo lado que lhe der mais conforto; volta a optar pelo decúbito lateral esquerdo.
- Assistir a colocar a perna inferior em extensão e a perna superior sobre uma almofada com uma flexão superior a 90° e em rotação interna.
- Assistir a utilizar a bola de parto: Sentar-se com os pés bem apoiados, alternando a flexão e extensão suave dos joelhos, promovendo movimentos de rotação e báscula da bacia; inclinar-se ligeiramente para a frente com o tronco apoiado no Manuel ou na cama, promovendo a natação do sacro e o afastamento das espinhas isquiáticas.

- Durante a contração, realizar movimentos circulares ou de balanço acompanhados de respiração controlada, enquanto o Manuel aplica pressão firme e contínua na região lombossagrada, reduzindo a dor referida.
- Reforçar a importância da escuta corporal, permitindo que a Beatriz identifique as posições que lhe conferem maior conforto e sensação de eficácia na progressão do parto, respeitando o seu ritmo e autonomia.

A posteriori, soube-se que o trabalho de parto evoluiu de forma fisiológica, culminando num parto eutócico e sem intercorrências.

Este caso clínico foi selecionado por representar o acompanhamento contínuo de uma mulher durante o primeiro período de trabalho de parto, num contexto de indução farmacológica. A sua complexidade, associada à necessidade de adaptação às expectativas iniciais da parturiente e à gestão da dor através de diferentes estratégias, constituiu uma oportunidade significativa para o desenvolvimento das competências do EE-ESMO, conforme preconizado no Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019b), nomeadamente no domínio da prestação de cuidados especializados que promovem a participação da mulher, da família e da pessoa significativa no processo de parto, reforçando a sua autonomia e a tomada de decisão informada. Este caso permitiu, ainda, reforçar a importância da comunicação empática, da escuta ativa e do respeito pelo plano de parto como elementos fundamentais para a humanização dos cuidados e para a promoção de uma experiência de parto positiva.

Destacou-se igualmente o envolvimento ativo da pessoa significativa como parte integrante do processo, cuja presença e apoio contínuo se revelaram determinantes para o bem-estar emocional da mulher. A participação do Manuel traduziu-se numa melhoria visível do ambiente emocional, reforçando o vínculo do casal e a confiança da Beatriz nas suas próprias capacidades. Importa, contudo, reconhecer que o papel central permanece da mulher, sendo o acompanhante um mediador de segurança e suporte, que contribui para que esta se sinta capaz e confiante no processo de parto. O papel do EE-ESMO envolve,

assim, a criação de condições que promovam um ambiente seguro, participativo e humanizado, no qual a mulher e o seu acompanhante se sintam competentes e protagonistas da sua própria experiência de nascimento (Cardoso et al., 2023; WHO, 2018b).

1.2.2 Empoderamento e autonomia da mulher no trabalho de parto: parto eutócico em variedade occipito-posterior

Catarina, 24 anos, primigesta, com 38 semanas e dois dias de idade gestacional, recorre ao serviço de urgência pelas 13h30, por contratilidade uterina rítmica e dolorosa com início durante a noite. Refere rotura espontânea da bolsa amniótica às 11h, líquido claro. Refere perceção dos movimentos fetais. A gravidez foi vigiada nos cuidados de saúde primários e decorreu sem intercorrências. Não apresenta antecedentes médicos relevantes. Grupo de sangue O Rh positivo. SGB negativo. Desconhece alergias. A Catarina é lojista e vive há cerca de três anos com o João, de 49 anos, operário da construção civil. A gravidez foi planeada e desejada. O João acompanhou a Catarina durante as consultas de vigilância da gravidez, preparação para o parto e agora durante o internamento no Bloco de Partos.

Na avaliação inicial, o exame vaginal revelou dilatação completa, feto no I plano de Hodge, apresentação cefálica, em variedade occipito-posterior. Na monitorização cardiotocográfica verificaram-se contrações uterinas regulares, com uma média de três contrações a cada dez minutos, presença de acelerações e boa variabilidade fetal. Decidiu-se então o internamento no Bloco de Partos com o diagnóstico de trabalho de parto.

Na admissão ao bloco de partos, a Catarina encontrava-se curvada sobre si mesma, fácies de dor, com o João a dizer-lhe frases de apoio. Apresentei-me à Catarina e ao João, identificando-me como estudante do MESMO e expliquei-lhes que iria acompanhá-los durante todo o processo. Perguntei à Catarina como se sentia, e como imaginava o seu parto. O João tem um filho de relacionamento anterior, mas refere que está a viver esta gravidez como se fosse a primeira, que

a Catarina está mais calma que ele. Questionada sobre a elaboração de um plano de parto, a Catarina referiu que não tinha um documento escrito, mas manifestou saber o que pretendia e expressou confiar na equipa para tomarem decisões em conjunto. Como defendem Cardoso et al. (2023), a comunicação verbal das preferências da mulher é reconhecida como uma forma legítima de plano de parto, sendo fundamental que a mulher tenha oportunidade de tomar decisões informadas em relação aos cuidados que lhe são prestados. Ao longo do contacto com a Catarina e o João foram exploradas as suas preferências e expectativas relativamente ao trabalho de parto, sendo estes dados considerados durante a conceção de cuidados.

A Catarina desejava um parto o mais natural possível, com o mínimo de intervenções médicas possíveis, liberdade de movimentos e utilizar apenas estratégias não farmacológicas para lidar com a dor. Motivo pelo qual optou por permanecer em casa na fase latente, deslocando-se ao hospital apenas após rotura da bolsa amniótica e encurtamento das contrações, estando agora a dor mais difícil de suportar, segundo a parturiente. Pretende estar sempre acompanhada pelo João, de ter o mínimo de profissionais na sala; realizar contacto pele a pele imediato e iniciar a amamentação assim que possível.

O João expressou igualmente o desejo de permanecer junto da Catarina durante o trabalho de parto e de cortar o cordão umbilical. As pessoas significativas que acompanham a grávida desempenham um papel ativo durante o trabalho de parto e parto, sendo envolvidas no processo de cuidados e na tomada de decisões. A sua presença contribui para uma experiência de parto mais positiva e transformadora, promovendo maior segurança emocional, confiança e satisfação da mulher (Cardoso et al., 2023; WHO, 2018b).

Pelas 14h30, a parturiente referiu vontade de iniciar esforços expulsivos. Ao exame vaginal, constatou-se que o feto encontrava-se em apresentação cefálica no III plano de Hodge, em variedade occipito-posterior. Iniciou-se a fase expulsiva e, pelas 14h57, nasceu o Diogo, com 2740gr e índice de Apgar 9/10/10. O pós-parto imediato decorreu sem intercorrências.

A escolha deste caso prende-se com a oportunidade de ilustrar o desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da promoção de saúde da mulher e do feto durante o trabalho de parto, com a particularidade da variedade occipito-posterior. Esta variedade está frequentemente associada a maior incidência de partos prolongados, necessidade de intervenções instrumentais, maior probabilidade de dor lombar intensa e, por vezes, maior risco de parto distócico (Fitzpatrick et al., 2001). Outro aspeto que tornou este caso especialmente interessante foi a recusa da analgesia epidural por parte da parturiente. Esta decisão, cada vez menos referida trouxe consigo desafios e oportunidades únicas de cuidado, fortalecendo a minha capacidade de responder de forma flexível e eficaz às necessidades e desejos das mulheres. Assim, a vigilância clínica rigorosa e a intervenção especializada do EE-ESMO assumem um papel determinante para otimizar a evolução do parto e garantir a segurança materno-fetal.

1.2.2.1 Conceção de cuidados

De seguida, apresentam-se os principais focos de atenção para a intervenção da EE-ESMO no contacto com a Catarina e o João, de acordo com as suas necessidades específicas.

Domínio: Parto

Foco de atenção: Trabalho de parto

Dados relevantes para o diagnóstico: Catarina optou por permanecer na fase latente em casa. Neste momento a respiração está mais ofegante, encontra-se curvada sobre si mesma e com fácies de dor. Segundo ela *“a dor está a ficar insuportável, doem-me imenso as costas... já não sinto que diminui”*

Dados relevantes para caracterizar o contexto: A Catarina deu entrada na urgência com três contrações uterinas a cada 10 minutos com duração média de 40 segundos. Após exame físico o colo uterino estava com 10 cm de dilatação e 100% de extinção. O feto encontra-se em variedade occipito-posterior.

Diagnóstico: Trabalho de parto

Objetivo: Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto

Crítérios de Resultado: Que a Catarina seja capaz de lidar com a dor de trabalho de parto; que a Catarina seja capaz de identificar estratégia para lidar com a dor de trabalho de parto.

Intervenções:

- [13h40] Gerir ambiente físico para promover relaxamento
- [13h45] Assistir no uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto
- [13h45] Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

Na admissão, a parturiente apresentava dilatação completa, contrações regulares e referia dor intensa, não tendo optado pela analgesia epidural. Esta decisão exigiu uma atenção especial à criação de um ambiente físico e emocional que favorecesse o conforto, a privacidade e o controlo da dor.

De acordo com as recomendações da WHO (2018b) e do *Guia Orientador de Boas Práticas: Preparação para o Parto* (Cardoso et al., 2023), a gestão do espaço físico desempenha um papel fundamental na perceção da dor e na evolução do trabalho de parto. Um ambiente tranquilo, com luminosidade reduzida, ruído controlado e liberdade de movimentos, contribui para a diminuição da ansiedade, a promoção do relaxamento e a libertação de ocitocina endógena, facilitando a progressão do parto. Assim, foram implementadas estratégias não farmacológicas de alívio da dor e promoção do bem-estar, como o controlo da respiração, o incentivo à mobilidade e à adoção de posições verticalizadas, massagem lombar e apoio contínuo pela pessoa significativa. Estas medidas, além de favorecerem o conforto e a sensação de controlo da mulher, contribuem para a progressão fisiológica do trabalho de parto e para uma experiência mais positiva (Cardoso et al., 2023; Prins et al., 2011; WHO, 2018b).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Questionar a Catarina acerca das suas preferências relativamente à luminosidade da sala, exemplificando ao apagar as luzes principais e mantendo

apenas uma luz secundária ligada criando um ambiente mais intimista e calmo. Catarina diz preferir assim. Para privacidade a porta da unidade é mantida sempre fechada.

- Entre as contrações, orientar a Catarina a concentrar-se em técnicas de respiração controlada e relaxamento muscular.
- Incentivar o João a participar ativamente, oferecendo suporte emocional, auxiliando na aplicação das estratégias não farmacológicas.
- Depois de questionar a Catarina se gosta de massagens, ao qual respondeu afirmativamente, demonstrar e instruir o João a realizar massagem lombar suave durante as pausas. Que se prontifica de imediato e executa.
- Sugerir, se fosse do agrado do casal, a colocação de música que gostem de modo a promover bem-estar e a criar um ambiente mais intimista. Ambos dizem ser indiferente, neste momento preferem sem.

Domínio: Parto

Foco de atenção: Trabalho de parto

Dados relevantes para o diagnóstico: Catarina optou por permanecer na fase latente em casa. Neste momento a respiração está mais ofegante, encontra-se curvada sobre si mesma e com fâcias de dor. Segundo ela *“a dor está a ficar insuportável, doem-me imenso as costas... já não sinto que diminui”*.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: A Catarina deu entrada na urgência com três contrações uterinas a cada 10 minutos com duração média de 40 segundos. Após exame físico o colo uterino estava com 10 cm de dilatação e 100% de extinção. O feto encontra-se em apresentação cefálica e variedade occipito-posterior.

Diagnóstico: Trabalho de parto

Objetivo: Facilitar o trabalho de parto

Crítérios de Resultado: Que a Catarina seja capaz de adotar posições corporais facilitadoras da progressão de trabalho de parto.

Intervenções:

- [14h00] Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

A variedade occipito-posterior é uma das posições fetais menos favorável no trabalho de parto: está frequentemente relacionada com maior duração da fase expulsiva, menor eficácia dos esforços maternos e maior probabilidade de distócia. Estima-se que cerca de 5 a 8% dos fetos que se encontram em variedade occipito-posterior no primeiro estadio do trabalho de parto permanecem nesta posição no segundo estadio, caracterizando-se assim como variedades occipito-posteriores persistentes (Cunningham et al., 2014).

De acordo com Calais-Germain & Parés (2009), a adoção de posições verticais ou assimétricas na fase latente do segundo estágio está associada a maior taxa de rotação fetal espontânea, menor duração do trabalho de parto e redução da necessidade de intervenções instrumentais. A importância de respeitar este tempo fisiológico, evitando esforços expulsivos dirigidos precocemente, permitindo que a descida fetal ocorra de forma progressiva e eficaz.

Neste contexto, e em articulação com a adoção de estratégias não farmacológicas que promovem o relaxamento e a perceção de controlo da mulher, foram implementadas intervenções centradas na parturiente e orientadas para facilitar a rotação espontânea da apresentação fetal e otimizar a progressão fisiológica do parto, evitando esforços expulsivos prematuros. Adicionalmente, foi promovido o esvaziamento vesical frequente, uma vez que a bexiga cheia pode dificultar a descida e o encaixe da apresentação fetal, aumentar o desconforto e interferir com a eficácia das contrações (Cunningham et al., 2014).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Encorajar à hidratação oral regular, beber pouco de cada vez, sempre que tivesse sede.
- Catarina, já tinha sido incentivada à micção espontânea na admissão, uma vez que, segundo Cunningham et al. (2014), em partos sem analgesia epidural, a sensibilidade vesical e o reflexo de micção mantêm-se preservados, permitindo a micção espontânea de acordo com a vontade da mulher, apenas referi que poderia ir ao wc sempre que sentisse vontade.

- Dado que neste momento Catarina manifestou preferência por permanecer deitada, privilegiaram-se posições semi-ventrais como sims modificada ou decúbito lateral sobre o lado oposto à variedade occipito-posterior, assim explicar que estas posições foram escolhidas por favorecerem a assimetria pélvica, aumentarem o diâmetro da pelve de entrada, e consequentemente, facilitarem a rotação espontânea da apresentação fetal.
- Referir que esta postura permite que a parturiente permaneça confortável e relaxada, poupando energia antes da fase ativa de esforços expulsivos.
- Explicar que não existe um único movimento ou posição correta a adotar em específico, reforçando que a melhor posição ou o melhor movimento é aquele que lhe proporciona conforto e segurança.

Domínio: Parto

Foco de atenção: Trabalho de parto

Dados relevantes para o diagnóstico: Pelas 14h30, a Catarina refere que a dor “mudou”, descreve maior pressão na região vaginal e anal. Inicia vocalizações típicas de esforço e altera a sua postura corporal, inclinando-se para a frente e manifestando vontade involuntária de fazer força, sinais compatíveis com o reflexo de Ferguson. Após consentimento informado, realizou-se exame vaginal: feto em apresentação cefálica no III plano de Hodge, em variedade occipito-posterior. Na avaliação do traçado de CTG observam-se cinco contrações a cada 10 minutos, com duração média de 60 segundos, frequência cardíaca fetal com linha base entre os 110-160bpm, variabilidade entre os 5-25 bpm e ausência de desacelerações repetitivas (padrão tranquilizador). Inicia-se a fase ativa do período expulsivo. Realiza esforços expulsivos em decúbito lateral direito até a apresentação fetal se encontrar no IV plano de Hodge, tendo sido posteriormente posicionada em posição semi-sentada.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: A Catarina deu entrada na urgência com três contrações uterinas a cada 10 minutos com duração média de 40 segundos. Após exame físico o colo uterino estava com 10 cm de dilatação e

100% de extinção. O feto encontra-se em apresentação cefálica e variedade occipito-posterior.

Diagnóstico: Trabalho de Parto

Objetivo: Promover parto eutócico; prevenir complicação durante o período expulsivo; prevenir laceração do períneo.

Crítérios de Resultado: Que a Catarina apresente esforços expulsivos eficazes; que a Catarina se sinta confortável na posição adotada durante o período expulsivo; que o períneo se mantenha íntegro; que a Catarina apresente um parto eutócico.

Intervenções:

- [14h30] Assistir no parto
- [14h30] Implementar medidas de proteção do períneo
- [14h30] Executar técnica de parto

Durante o período expulsivo, foram implementadas intervenções de enfermagem centradas na mulher, orientadas para respeitar o ritmo fisiológico do parto e garantir vigilância contínua materno-fetal. Para tal, foi essencial manter uma comunicação clara e contínua, explicando à Catarina cada procedimento e momento de evolução do parto, reforçando a sua participação ativa e tomada de decisão partilhada no processo de parto.

Paralelamente, manteve-se vigilância contínua materno-fetal, através da monitorização do bem-estar fetal por CTG e da avaliação sistemática da eficácia dos esforços expulsivos, permitindo adequar intervenções e apoiar a progressão fisiológica do parto.

A liberdade e alternância de posições durante esta fase revelou-se uma estratégia essencial. Contribui para aumentar a eficácia dos esforços expulsivos, reduzir o desconforto e reforçar o sentimento de autonomia e controlo da parturiente (Calais-Germain & Parés, 2009).

As medidas de proteção do períneo têm como objetivo prevenir laceração ou necessidade de episiotomia. A proteção ativa do períneo, através da técnica

hands on, constitui uma intervenção que visa reduzir a tensão tecidular excessiva e minimizar o risco de lacerações graves, através do controlo manual da expulsão fetal e proteção perineal posterior (Aasheim et al., 2017).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Posicionar a parturiente na posição desejada – decúbito lateral esquerdo com apoio de perneira para a perna direita.
- Reforçar que poderia alternar entre diferentes posturas a qualquer momento, promovendo a sua autonomia e envolvimento ativo.
- A Catarina executa esforços expulsivos espontâneos, no pico de cada contração, sendo visível a progressão do feto no canal de parto a cada esforço. Efetuado reforço positivo aos esforços expulsivos.
- A pessoa significativa foi envolvida ativamente, reforçando suporte emocional e físico, promovendo um ambiente calmo e seguro.
- Durante os esforços expulsivos Catarina expressou vontade de mudar de posição, passando para decúbito lateral direito, e, à medida que a apresentação fetal atinge o IV plano de Hodge, Catarina pede para alternar a posição, posicionando-se em semi-sentada. É visível durante as contrações o movimento livre que a Catarina faz com a bacia e entre elas o relaxamento apoiando a bacia na cama.
- A Catarina apresentava distensão progressiva do períneo. Foi implementada a proteção perineal com recurso à técnica “hands on”: Suportar a exteriorização da cabeça fetal de forma controlada com a mão esquerda mantendo proteção do períneo com a direita.
- Após a exteriorização completa da cabeça, é pedido à Catarina que suspenda os esforços expulsivos. É realizada a pesquisa de circular cervical do cordão umbilical (ausente). Após a restituição espontânea procede-se ao desencravamento do ombro anterior e, em seguida, do ombro posterior. Apoiou-se a restante exteriorização fetal.
- O recém-nascido é colocado sobre a Catarina, de modo a promover o contacto pele a pele precoce e reforçar a vinculação mãe-filho.

Domínio: Nascimento

Foco de atenção: Nascimento

Dados relevantes para o diagnóstico: Pelas 14h57, nasce o Diogo, com 2740gr e índice de Apgar 9/10/10, ao 1º, 5º e 10º minuto, respetivamente.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: A Catarina pretendia realizar contacto pele a pele logo após o nascimento do Diogo e que o cordão umbilical fosse clampado tardiamente pelo João, e que amamentasse na primeira hora.

Diagnóstico: Nascimento

Objetivo: Promover adaptação favorável à vida extrauterina

Crítérios de Resultado: Que o recém-nascido apresente pele rosada, bom tônus muscular e sem dificuldade respiratória.

Intervenções:

- [14h57] Executar técnica de pele com pele
- [14h59] Executar clampeamento do cordão umbilical
- [14h59] Executar corte do cordão umbilical [pai]

O contacto pele com pele imediatamente após o nascimento promove, no recém-nascido, a termorregulação, a adaptação cardiorrespiratória, a estabilização dos níveis de glicemia e reduz o choro neonatal. Para a mãe favorece a vinculação precoce, estimula a libertação de ocitocina, contribui para a redução do terceiro estágio do trabalho de parto, diminui a perda sanguínea materna, regula os níveis de *stress* e facilita o início precoce da amamentação (Moore et al., 2016; WHO, 2018b). Sempre que clinicamente possível, esta prática deve ser assegurada de forma ininterrupta durante, pelo menos, a primeira hora de vida, respeitando o ritmo e a estabilidade do recém-nascido.

Segundo a ACOG (2020a), a laqueação tardia do cordão umbilical – clampeamento do cordão umbilical entre um e três minutos após o nascimento, ou após cessar a pulsação, desde que o recém-nascido esteja vigoroso e não haja necessidade de reanimação - favorece a transfusão placentária fisiológica, (aumenta o volume sanguíneo do recém-nascido e promove melhor adaptação hemodinâmica e respiratória), bem como maiores reservas de ferro nos primeiros

meses de vida. A evidência demonstra que, quando corretamente implementada, não se associa a riscos acrescidos para a mãe ou para o recém-nascido, sendo, por isso, recomendada em recém-nascidos de termo saudáveis (ACOG, 2020a).

Atividades que concretizam a intervenção:

- O Diogo foi colocado de imediato sobre o peito materno, em decúbito ventral, rosto destapado e face lateralizada. Foi coberto com lençol seco e quente, mantendo o rosto visível.
- Proceder à laqueação do cordão umbilical depois de parar de pulsar. Foi questionado o João se pretendia realizar o corte do cordão umbilical conforme desejo inicial ao que respondeu prontamente que sim. O cordão foi clampado e foi dada uma tesoura ao João para que o fizesse.

Após o corte do cordão umbilical e mantendo o Diogo em contacto pele com pele com a mãe, foram realizados os cuidados profiláticos de rotina ao recém-nascido, de acordo com as recomendações da WHO (2018b): foi administrado 1 mg de vitamina K por via intramuscular, com o objetivo de prevenir a doença hemorrágica do recém-nascido, e aplicada pomada oftálmica profilática para prevenção da conjuntivite neonatal.

Domínio: Parto**Foco de atenção:** Trabalho de Parto

Dados relevantes para o diagnóstico: Parto eutócico às 14h57. A dequitação ocorreu às 15h20, com mecanismo de Schultze. Posteriormente, procedeu-se à avaliação da placenta e das membranas, confirmando-se que se encontravam íntegras, completas e sem cotilédones aberrantes, garantindo assim a ausência de retenção placentária.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: A Catarina teve um parto eutócico às 14h57.

Diagnóstico: Trabalho de Parto**Objetivo:** Promover parto eutócico.

CrITÉRIOS de Resultado: Que ocorra a expulsão da placenta sem intercorrências.

Intervenções:

- [15h20] Assistir na expulsão da placenta
- [15h22] Avaliar placenta

A gestão ativa do terceiro estágio do trabalho de parto reduz de forma significativa a incidência de hemorragia pós-parto, uma das principais causas de morbilidade e mortalidade materna a nível global. A sua implementação permite diminuir a perda sanguínea, reduzir a necessidade de transfusões e intervenções adicionais, e encurtar a duração deste estágio, contribuindo para uma maior segurança materna. Esta abordagem consiste na administração profilática de uterotómicos (neste caso ocitocina endovenosa), na tração controlada do cordão umbilical após confirmação dos sinais de descolamento placentário e na massagem ligeira do fundo uterino para estimular a contração eficaz (WHO, 2018b; ACOG, 2020a). A conduta adotada no caso clínico foi a gestão ativa do terceiro estágio do trabalho de parto.

Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicar à Catarina os passos seguintes do parto, assegurando a sua compreensão e consentimento
- Proceder à administração de perfusão de Ocitocina (10 UI em 1 litro de soro fisiológico) a 250 mL/hora, conforme protocolo do serviço, e à tração controlada do cordão umbilical, recorrendo à manobra de Kustner para confirmar o descolamento da placenta. Foi efetuada massagem ligeira do fundo uterino para auxiliar a contração e facilitar a expulsão placentária.
- Executada a manobra de Dublin, através da rotação no sentido dos ponteiros do relógio para a exteriorização completa das membranas

Domínio: Pós-Parto

Foco de atenção: Pós-parto

Dados relevantes para o diagnóstico: Parto eutócico às 14h57. A dequitação ocorreu às 15h20, com mecanismo de Schultze. Posteriormente, procedeu-se à

avaliação da placenta e das membranas, confirmando-se que se encontravam íntegras, completas e sem cotilédones aberrantes, garantindo assim a ausência de retenção placentária.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: A Catarina teve um parto eutócico às 14h57.

Diagnóstico: Recuperação pós-parto

Objetivo: Determinar evolução da recuperação pós-parto

Crítérios de Resultado: Que o globo de segurança de Pinard esteja formado; que a perda sanguínea vaginal seja escassa a moderada.

Intervenções:

- [15h23] Avaliar evolução da recuperação pós-parto [globo de segurança de Pinard]
- [15h24] Avaliar perda sanguínea
- [15h25] Avaliar canal de parto

Os cuidados imediatos no pós-parto centram-se na vigilância da puérpera para assegurar hemostasia eficaz e detetar precocemente complicações, como hemorragia pós-parto, retenção placentária ou atonia uterina. Incluem a monitorização dos sinais vitais, a avaliação do tônus uterino abdominal para confirmar a formação do “globo de segurança” de Pinard e a observação da perda sanguínea vaginal (Lowdermilk et al., 2023; WHO, 2018b).

Imediatamente após a dequitação, também se procede à revisão do canal de parto, com vista à identificação de lacerações ou da necessidade de reparação decorrente de episiotomia. Medida essencial para prevenir hemorragias, infeções e outras intercorrências, e para favorecer um processo de cicatrização adequado

Atividades que concretizam a intervenção:

- Após dequitação, foi verificado a presença do globo de segurança de Pinard (útero bem contraído e ao nível da cicatriz umbilical) e procedeu-se à avaliação da placenta e membranas, ao recriar a bolsa amniótica, para inspecionar

cotilédones, membranas e cordão umbilical. Confirma-se integridade e regularidade das estruturas.

- Observada a perda sanguínea vaginal não tendo sido detetadas anomalias significativas, e efetuou-se nova massagem uterina para reforçar a contratilidade e promover a expulsão de eventuais coágulos residuais.
- Realizada revisão ao canal de parto, sem traumatismos, períneo íntegro.

A primeira hora de vida, conhecida como “*Golden Hour*”, é um período crítico e altamente benéfico para a adaptação neonatal e para o início da amamentação. A evidência científica demonstra que o início precoce da amamentação, preferencialmente na primeira hora após o nascimento, está associado a maior taxa de amamentação exclusiva, melhor vínculo mãe-bebé, melhor estabilidade cardiorrespiratória e térmica e redução da mortalidade neonatal (Moore et al., 2016; WHO, 2018b). Durante este tempo, o recém-nascido deve permanecer em contínuo contacto pele a pele com a mãe, num ambiente calmo e seguro, permitindo que, de forma espontânea, manifeste as nove fases comportamentais descritas por Widström et al. (2011): choro ao nascer, relaxamento, despertar, atividade, repouso, rastejar, familiarização, sucção e sono. Estas fases refletem a capacidade inata do recém-nascido para encontrar e agarrar a mama, promovendo o início precoce da amamentação de forma fisiológica.

Era desejo da Catarina amamentar precocemente o Diogo. Durante este período, o Diogo manteve contacto pele com pele com a mãe, apresentando reflexo de procura e progredindo de forma natural pelas fases comportamentais até iniciar a sucção eficaz, respeitando o seu ritmo fisiológico. Após orientação e esclarecimento sobre as diferentes posições de amamentação, a Catarina optou pela posição deitada, considerando-a mais confortável naquele momento. Durante a observação da mamada, verificou-se a execução adequada da técnica de amamentação, tendo sido apenas necessário apoiar na realização de pequenos ajustes, de modo a otimizar a pega e favorecer uma mamada eficaz, nomeadamente orientar, com o dedo, o lábio inferior delicadamente para fora, uma vez que, apesar de o abocanhar abranger a aréola, os lábios se encontravam voltados para dentro, sobretudo o lábio inferior. Garantiu-se ainda

que o pescoço do recém-nascido se mantinha em ligeira extensão, de modo que o queixo tocasse na mama, a boca ficasse ao nível do complexo mamilo–aréola e o nariz permanecesse desobstruído, favorecendo a coordenação entre sucção, deglutição e respiração (Cardoso et al., 2023). No final da mamada, verificou-se que o recém-nascido largou espontaneamente a mama, apresentando sinais de saciedade. A mãe referiu que a mamada teve duração superior a 30 minutos.

Duas horas após o parto, sem intercorrências, realizou-se a avaliação prévia à transferência. Puérpera com sinais vitais estáveis, globo de segurança de Pinard presente, perda de lóquios em reduzida quantidade, períneo íntegro e motivada para amamentar. O recém-nascido encontrava-se rosado, com boa vitalidade, em contacto pele com pele com a mãe, tendo já realizado a primeira micção e dejeção, e, devidamente identificado com pulseira de identificação e pulseira de segurança anti rapto. Procedeu-se à transferência para o internamento de puerpério.

Este caso clínico, à partida, reunia vários fatores que poderiam ter tornado o trabalho de parto mais desafiante — a variedade occipito-posterior, a recusa de analgesia epidural e o potencial aumento da duração e intensidade da dor. No entanto, a liberdade de movimentos, a serenidade da parturiente e a sua capacidade de participar ativamente nas decisões transformaram o que poderia ter sido um percurso difícil num processo fisiológico e positivo.

Esta vivência mostrou-me, de forma muito clara, como o empoderamento da mulher e a confiança estabelecida com a equipa podem ter um impacto determinante na evolução do parto e na vivência da mulher. O papel do EE-ESMO, mais do que intervir tecnicamente, passa também por criar condições para que a mulher exerça o seu protagonismo, respeitando as suas escolhas e promovendo a sua autonomia mulher (Cardoso et al., 2023; WHO, 2018b).

Pessoalmente, este momento reforçou a minha convicção de que o parto não se “conduz” — acompanha-se com conhecimento, presença e respeito. Aprendi que, muitas vezes, quando a mulher é ouvida, confia no seu corpo e se move

livremente, o parto flui de forma natural. Foi um caso que me marcou pelo contraste entre a sua complexidade inicial e a simplicidade com que decorreu, reafirmando a importância de práticas centradas na mulher e baseadas na fisiologia.

1.3 Cuidar a mulher no período pós-parto

O estágio desenvolveu-se no serviço de Obstetrícia de um hospital de referência do Norte do país, entre o dia 19 de fevereiro de 2025 e o dia 7 de maio de 2025, sob a supervisão de um EE-ESMO. O hospital em questão evidencia um compromisso com o respeito pelas opções da mulher/casal, bem como com a promoção de práticas que promovem a amamentação e permitem um vínculo saudável entre a mãe e o seu bebé. O serviço dispõe de uma sala designada de “Cantinho de Amamentação”, bem como uma linha telefónica de apoio à amamentação disponível 24h por dia após a alta hospitalar.

A admissão no puerpério decorre duas horas após o parto, sendo acolhidas as puérperas e os seus recém-nascidos. A pessoa significativa pode permanecer dia e noite até ao dia de alta. O tempo médio de internamento varia conforme o tipo de parto e as necessidades individuais da mulher e do recém-nascido: em situações sem intercorrências, 48 horas Pós-parto, podendo prolongar-se até 72 horas nos casos de cesariana.

O serviço dispõe de 22 quartos individuais, garantindo privacidade e conforto à mulher e ao casal, aspetos que contribuem significativamente para a satisfação e bem-estar no pós-parto. Este é o mesmo internamento materno-fetal já referido anteriormente, que acolhe também grávidas com complicações.

No internamento de puerpério é utilizado o método individual de organização dos cuidados, no qual um enfermeiro assume a responsabilidade integral pelos cuidados da díade (puérpera e recém-nascido). Não existe distinção na distribuição dos EE-ESMO entre grávidas e puérperas, sendo comum que o EE-ESMO em turno acompanhe os diferentes grupos, uma vez que o serviço não possui separação entre o puerpério fisiológico, o puerpério patológico e as

grávidas em vigilância de risco ou em indução de trabalho de parto. Os rácios realizados neste serviço frequentemente não cumprem o preconizado no Parecer n.º 43/2019 da MCEESMO que propõe 3:1 no puerpério patológico e de 6:1 no puerpério normal - uma vez que não havia divisão entre o puerpério patológico e o puerpério considerado normal.

O período pós-parto, também conhecido como puerpério, imediatamente após o nascimento e se estende até à recuperação da mulher às condições pré-gravídicas e de preparação da mulher para a amamentação (Lowdermilk et al., 2023). A WHO (2022b) refere que pode ser dividido em três fases: o puerpério imediato, nas primeiras 24 horas, o puerpério precoce, até ao final da primeira semana, e o puerpério tardio, até ao final da sexta semana. Em cada uma destas fases, o papel do EE-ESMO é essencial para garantir a recuperação física, promover o bem-estar emocional e apoiar a adaptação ao novo papel parental.

O puerpério envolve uma série de mudanças psicológicas e fisiológicas na mulher, que devem ser cuidadosamente avaliadas. Apesar de muitas vezes ser idealizado como um período exclusivamente de felicidade, esta fase pode ser marcada por vulnerabilidade emocional e desafios na adaptação à maternidade. A idealização social da maternidade tende a desvalorizar sentimentos como medo, insegurança ou tristeza, que podem emergir neste período. Essa dicotomia entre expectativa e vivência real pode condicionar a adaptação materna e aumentar o risco de alterações psicológicas, com repercussões na relação mãe-filho (Eitenmüller et al., 2024; Pinheiro & Ferreira, 2022).

No contexto de vigilância pós-parto o EE-ESMO tem a responsabilidade e possibilidade de desenvolver e implementar competências específicas da sua profissão nomeadamente cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, prevenir e detetar precocemente complicações, assegurando o bem-estar e saúde da puérpera e recém-nascido, apoiar o casal no processo de adaptação à parentalidade (Regulamento n.º 391/2019 da OE, 2019b). É fundamental que o enfermeiro especialista promova a educação para a saúde, o apoio emocional e o fortalecimento do vínculo mãe/pai/filho, de modo

a facilitar o processo de transição e ser reconhecida como uma experiência positiva (WHO, 2022b).

1.3.1 Do parto idealizado ao vivenciado: Transição, Vínculo e Parentalidade

Daniela, 31 anos, primípara, encontra-se no segundo dia de pós-parto, parto por cesariana, devido a trabalho de parto estacionário. A Daniela é gestora numa empresa, vive com o Tiago, 31 anos, administrativo, que a acompanhou durante todo o internamento. O casal reside próximo dos pais da Daniela, que se encontram disponíveis para prestar apoio sempre que necessário.

A gravidez foi planeada e desejada. No segundo trimestre, a Daniela foi diagnosticada com diabetes gestacional, controlada exclusivamente com dieta. Manteve hábitos de vida saudáveis durante a gravidez, incluindo exercício físico regular, caminhadas e prática de ioga. Desconhece alergias e apresenta grupo sanguíneo O Rh positivo. O casal frequentou as consultas de preparação para o parto. No seu plano de parto, a Daniela expressava o desejo de um parto vaginal de início espontâneo e de amamentar exclusivamente o seu filho desde o nascimento.

Em virtude da diabetes gestacional, foi agendada indução do trabalho de parto para as 39 semanas de gestação. No entanto, o parto evoluiu para cesariana por trabalho de parto estacionário na fase ativa, com ausência de progressão da dilatação cervical, apesar de dinâmica uterina adequada.

O recém-nascido, Miguel, com 39 semanas e um dia de idade gestacional, nasceu com índice de Apgar de 9, 10 e 10 ao 1º, 5º e 10º minutos, respetivamente.

Não foi possível iniciar o contacto pele com pele imediatamente nem a amamentação na primeira hora de vida, devido às condições inerentes ao parto por cesariana. O primeiro contacto pele com pele foi realizado pelo Tiago, que acompanhou o recém-nascido durante os cuidados imediatos. Posteriormente,

assim que clinicamente possível, a Daniela teve oportunidade de realizar contacto pele com pele e iniciar a amamentação, tal como desejara.

No puerpério, a Daniela apresentou dificuldades em lidar com as suas expectativas face ao desfecho do parto e na amamentação. Estas dificuldades refletiram-se na necessidade de adaptação ao seu novo papel materno e no desenvolvimento das competências parentais.

À avaliação física, a Daniela apresentava sinais vitais estáveis, e de acordo com os seus parâmetros habituais. As mamas encontravam-se moles, com presença de colostro, sem sinais de complicações e com mamilos proeminentes e íntegros. O útero estava bem contraído e em posição infra-umbilical. O penso da ferida cirúrgica limpo e seco; ferida cirúrgica com sutura intradérmica, sem sinais inflamatórios ou exsudado. Verifica-se perda de lóquios hemáticos em quantidade reduzida, com odor “*sui generis*”. Sem edemas nos membros inferiores. Eliminação urinária espontânea sem dificuldade e trânsito intestinal restabelecido após a cirurgia.

O recém-nascido Miguel apresentava-se com boa vitalidade, choro vigoroso, e coloração rosada, com reflexos de sucção e deglutição eficazes. Eliminação urinária e intestinal presentes no turno anterior.

De acordo com Meleis et al. (2000) a transição constitui um processo que implica a incorporação de novos conhecimentos, a alteração de comportamentos e a redefinição de significados associados a um evento de vida. A transição para a parentalidade é uma transição do tipo desenvolvimental, caracterizada por incerteza, descoberta e reconfiguração de papéis. Nesse contexto, a mulher e o homem mobilizam novos recursos e estratégias de *coping* para responder às exigências da nova etapa.

O tornar-se mãe e o tornar-se pai representam, portanto, processos correspondentes às transições que a mulher e o homem experienciam, de forma a incorporar novos conhecimentos, ajustar ou alterar comportamentos e redefinir significados associados aos eventos (Cardoso et al., 2024). Compete ao EE-ESMO conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção e

apoio ao processo de transição, favorecendo uma vivência saudável e positiva do puerpério (Regulamento n.º 391/2019 OE, 2019b).

1.3.1.1 Conceção de cuidados

De seguida, apresentam-se os principais focos de atenção para a intervenção da EE-ESMO no contacto com a Daniela e o Tiago, de acordo com as suas necessidades específicas.

Domínio: Parto

Foco de atenção: Significado atribuído ao Parto

Dados relevantes para o diagnóstico: No início do turno a Daniela apresentava fácies triste verbalizando dificuldades emocionais e físicas associadas ao momento que estava a vivenciar: *“Quero pegar nele e não consigo ficar com ele muito tempo no colo. Fico desconfortável. Só consigo amamentar deitada e, mesmo assim, tenho imensa dificuldade para o pôr à mama. Nada do que faço corre bem! Não era nada o parto que eu estava à espera, e agora parece que nada é como eu esperava”*.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: A Daniela encontra-se no segundo dia Pós-parto por cesariana por trabalho de parto estacionário, pós-ITP. No seu plano de parto, a Daniela expressava o desejo de um parto vaginal de início espontâneo e de amamentar exclusivamente o seu filho desde o nascimento.

Diagnóstico: Potencial para melhorar significado atribuído à experiência do parto

Objetivo: Reformular significado atribuído à experiência do parto

Critérios de Resultado: Que a Daniela se sinta apoiada; que a Daniela reflita sobre as suas emoções; que a Daniela atribua um significado facilitador ao seu parto.

Intervenções:

- [15h30] Assistir a analisar o significado dificultador
- Avaliar a evolução do significado atribuído à experiência do parto

O puerpério pode ser marcado por vulnerabilidade emocional, ambivalência e sentimentos de inadequação, sobretudo quando o parto não corresponde às expectativas da mulher. Torna-se particularmente relevante após um parto por cesariana não desejado, que pode originar um período de maior fragilidade emocional, impacto na vinculação, maior dificuldade na adaptação ao novo papel e um risco aumentado de sintomas depressivos no Pós-parto (Dekel et al., 2017).

A forma como cada mulher vivencia e interpreta o parto é influenciada pelas suas expectativas, experiências prévias e pela perceção de controlo durante o processo. O mesmo evento pode assumir significados distintos, podendo originar interpretações negativas que intensificam sentimentos de ansiedade, medo ou inadequação, mesmo quando não correspondem à realidade. A utilização de perguntas abertas, exploratórias e não julgadoras visa promover a autorreflexão, permitindo à mulher reavaliar os seus pensamentos de forma mais racional e desenvolver perspetivas mais equilibradas da situação vivida, favorecendo a adaptação emocional.

A exploração guiada da experiência de parto constitui uma estratégia terapêutica que permite à mulher revisitar o evento, atribuir significado e integrar emocionalmente a experiência. Segundo Meleis (2010), este processo facilita a transição saudável, ao permitir que a mulher identifique e expresse sentimentos associados a acontecimentos inesperados, promovendo a reorganização interna necessária para a adaptação ao novo papel. Reforça a autoestima, a autoconfiança e a capacidade de reconhecer os seus recursos internos durante o processo de adaptação ao papel parental.

A escuta ativa é um recurso essencial da comunicação em enfermagem, caracterizada pela atenção genuína, validação emocional, linguagem clara e ausência de julgamentos. Esta abordagem favorece um ambiente seguro que promove a expressão de sentimentos, reduz a angústia e fortalece o protagonismo da mulher no seu próprio cuidado (Lima, Vieira & Silveira, 2015).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Realizar escuta ativa: Ouvir atentamente e não emitir juízos de valor são ações essenciais na construção de uma relação terapêutica eficaz.
- Explicar o que é um significado: O significado é uma representação interna de algo que experienciamos. Não é uma verdade absoluta ou um facto universal, pelo que estes se vão modificando ao longo da nossa vida (Meleis, 2010).
- Encorajar a Daniela a descrever com as suas palavras, como viveu o processo, o que sentiu e quais os aspetos que divergem das suas expectativas.
 - Explorar a vivência durante a ITP através de questões como:
 - “Como se sentiu durante o período em que esteve em indução do trabalho de parto?”
 - “Quais foram os momentos mais difíceis para si durante o processo?”
 - “O que a ajudou nesse período? Houve algo ou alguém que tenha feito a diferença para si?”
 - Explorar o momento da decisão de parto por cesariana:
 - “Quando lhe foi comunicada a necessidade de realizar a cesariana, como recebeu essa notícia?”
 - “O que significou para si esse momento?”
 - “O que sentiu que perdeu quando percebeu que o parto não seria como tinha idealizado?”
 - Identificar pontos marcantes:
 - “Quais foram as primeiras emoções que surgiram ao ver o Miguel pela primeira vez?”
 - “O que mais recorda das primeiras horas após o parto?”
 - Permitir à Daniela refletir sobre as suas emoções e assim, ter uma maior disponibilidade na realização de ensinamentos e aquisição de capacidades durante o internamento:
 - “Quando pensa agora na experiência, o que consegue reconhecer como sua força neste processo?”
 - “Houve algo que tenha conseguido fazer, mesmo em momentos difíceis, que reflète a sua capacidade e coragem?”
 - “Olhando para trás, há algo que faria de forma diferente — ou sente que fez o melhor que conseguiu com os recursos que tinha?”

- Incentivar o Tiago a participar, para promover compreensão mútua e validação da Daniela, “Como viveu este processo ao lado da Daniela?”

Ao longo da intervenção constata-se que a Daniela sente uma alegria enorme por finalmente ter o filho desejado, acaricia-o e chama-o de “*meu amor*”, está feliz pelo bebé estar bem, mas triste porque idealizou durante toda a gravidez um parto que não aconteceu: *“Eu sei que fiz tudo o que podia... cuidei-me durante a gravidez, mesmo com a diabetes, sempre controlada, preparei-me, durante o trabalho de parto dei o meu melhor. Sei que não foi culpa minha e que aquilo que aconteceu tinha mesmo de acontecer. Mas ainda assim fico com a sensação de que o meu corpo falhou... Agora queria fazer mais, mas sinto-me limitada. Tenho medo de falhar... Eu sei que vou recuperar, que isto vai passar, mas neste momento está a custar-me”*.

Ao reconhecer que fez tudo o que estava ao seu alcance e que o desfecho não dependia apenas de si, a Daniela demonstrou os primeiros sinais de uma mudança gradual na forma como interpreta a sua experiência. Embora continue emocionalmente fragilizada, já se verificam sinais positivos de transição, deixando de atribuir a si própria a responsabilidade pelo desfecho do parto.

Domínio: Adaptação à Parentalidade

Foco de atenção: Adaptação à Parentalidade: Amamentação

Dados relevantes para o diagnóstico: Daniela referiu anteriormente que adotava sempre a posição deitada para amamentar *“Só consigo amamentar deitada e, mesmo assim, tenho imensa dificuldade para o pôr à mama.*

À observação de uma mamada (deitada em decúbito lateral), verificou-se que a Daniela posicionava corretamente o bebé e adotava um alinhamento corporal adequado, sendo apenas necessários alguns ajustes ao nível da pega da mama. Apoiava a mama com os dedos demasiado próximos da aréola e direcionava o mamilo diretamente para a boca do bebé, o que favorecia uma pega superficial e menos eficaz.

Quando questionada sobre outras posições já experimentadas, referiu ter tentado apenas uma vez a posição clássica; contudo, devido ao desconforto associado à cirurgia, não conseguiu mantê-la durante muito tempo, optando por regressar à posição deitada, que tem utilizado desde então. Refere que gostava de conhecer outras posições para amamentar.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: Daniela encontra-se no segundo dia Pós-parto por cesariana por trabalho de parto estacionário, pós-ITP. Expressou o desejo de amamentar exclusivamente o seu filho. Reconhece que a amamentação é benéfica tanto para si, como para o seu filho. À avaliação das mamas, estas apresentavam-se moles, com presença de colostro, sem sinais de ingurgitamento ou outras complicações mamárias; os mamilos encontravam-se íntegros e proeminentes. Foi possível verificar que a Daniela identificava sinais de fome no Miguel e respondia de forma adequada, oferecendo a mama quando o recém-nascido despertava, recorrendo ao contacto pele-a-pele quando este não demonstrava procura ativa da mama. A puérpera concluía a mamada quando o bebé cessava espontaneamente a sucção, demonstrando reconhecer sinais de saciedade.

Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para amamentar

Objetivo: Promover adaptação à parentalidade: amamentação

Crítérios de Resultado: Que a Daniela seja capaz de utilizar estratégias facilitadoras de uma pega adequada; que a Daniela seja capaz de adotar uma posição confortável para facilitar a amamentação.

Intervenções:

- [16h30] Assistir na amamentação
- [16h30] Instruir e treinar posições para amamentar
- Avaliar evolução da capacidade para amamentar

O posicionamento adequado do recém-nascido, associado a uma pega adequada facilita a drenagem eficaz da mama, estimulando maior produção de leite e prevenindo o aparecimento de complicações. O acompanhamento do

posicionamento adequado é determinante para o estabelecimento da amamentação efetiva e prolongada (WHO, 2022b).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Assistir a Daniela a utilizar estratégias facilitadoras de boa pega: segurar a mama em “C”, polegar fica na parte superior da mama e os restantes dedos na parte inferior; apontar o mamilo na direção do nariz do bebé.
- Assistir a Daniela a identificar no recém-nascido os sinais de boa pega.
- Assistir e treinar com a Daniela diferentes posições de amamentação. Daniela opta pela posição invertida (*rugby*), corrigindo a execução durante a prática, de modo a melhorar a técnica.

Durante a observação da mamada, a Daniela encontrava-se calma e sorridente enquanto olhava para o Miguel, demonstrando vínculo afetivo positivo. Verificou-se que se posicionava de forma confortável e, quando o Miguel não realizava uma pega eficaz, interrompia a mamada para corrigir a pega, revelando aquisição progressiva de competências.

Domínio: Pós-parto

Foco de atenção: Lactação

Dados relevantes para o diagnóstico: Daniela mantinha algumas dúvidas e inseguranças, verbalizando: *“Eu não sei se estou a produzir leite suficiente. O Miguel mama pouco tempo... temos tentado despertá-lo como a sua colega nos ensinou, ele vai à mama e adormece, fica colado a mim a dormir. Se calhar mama pouco porque não tenho mais para lhe dar.”* Questionou ainda: *“Quando se dá a subida do leite? Não era para eu já ter o leite a mudar? É que ainda é colostro.”*

Dados relevantes para caracterizar o contexto: Daniela encontra-se no segundo dia Pós-parto por cesariana por trabalho de parto estacionário, pós-ITP.

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre lactação

Objetivo: Promover conhecimento sobre lactação

CrITÉRIOS de Resultado: Que a Daniela reconheça sentimentos como a ansiedade e o *stress* como inibidores da libertação de leite materno; que a Daniela identifique estratégias como o ambiente calmo, o relaxamento e a massagem à mama favorecedores da estimulação da libertação de leite materno; que a Daniela identifique os sinais e sintomas de subida do leite.

Intervenções:

- [17h00] Ensinar sobre lactação
- Avaliar conhecimento sobre lactação

A lactação inicia-se ainda durante a gravidez, por volta das 16 semanas, com a produção de pequenas quantidades de colostro – lactogénese I. Após o parto, ocorre uma quebra abrupta das concentrações de estrogénio e progesterona, o que suspende o efeito inibidor da prolactina sobre as células secretoras (Pillay & Davis, 2023).

O início oportuno da amamentação é definido quando o recém-nascido é colocado em contato com a mama ainda na primeira hora de vida, ocorrendo estímulo imediato desta, facilitando o desencadeamento dos mecanismos fisiológicos responsáveis pela lactogénese II, a “descida do leite”, cerca de 48 a 72h após o parto (Pillay & Davis, 2023). Considera-se que existe um atraso na lactogénese II, quando esta ocorre 72 horas após o parto (Hoyt-Austin et al., 2022). Este atraso está frequentemente associado a condições como obesidade, diabetes gestacional, hipertensão arterial, retenção de restos placentários ou parto por cesariana (Hoyt-Austin et al., 2022; Miao et al., 2023). No caso da Daniela, a condição de diabetes gestacional aliada à cesariana constituem fatores que predispõe o atraso da lactogénese II. Assim, torna-se fundamental implementar estratégias que promovam o estabelecimento e manutenção da produção de leite, prevenindo dificuldades na amamentação.

Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicar os fatores que estimulam a produção e libertação do leite materno: a produção de leite é regulada principalmente por um mecanismo designado “*feedback* positivo”: A sucção do recém-nascido estimula a libertação de

prolactina, responsável pela produção de leite para a mamada seguinte, e de ocitocina, que promove a ejeção do leite; quanto mais frequentemente e eficazmente a mama é esvaziada, maior é a produção de leite materno. Um ambiente calmo, sensação de segurança e confiança materna favorecem a produção de ocitocina e, consequentemente, a libertação do leite.

- Explicar os fatores que influenciam negativamente a produção e libertação de leite materno: o *stress*, a dor, a fadiga, sentimentos de insegurança e a separação mãe-bebé podem inibir a libertação de ocitocina, dificultando a ejeção do leite. Uma pega ineficaz e/ou esvaziamento insuficiente da mama reduzem o estímulo para a produção, podendo comprometer a lactação e contribuir para o atraso da lactogénese II.
- Explicar estratégias de estimulação da produção e libertação de leite materno: garantir um ambiente tranquilo, íntimo e confortável; promover o relaxamento e emoções positivas; amamentar em regime de livre demanda; assegurar uma pega adequada; incentivar o contacto pele-a-pele frequente; e aumentar a frequência das mamadas, especialmente nos primeiros dias, para favorecer o estabelecimento da lactogénese II e a manutenção da produção láctea.
- Explicar sinais de “descida do leite”: informar que a lactogénese II ocorre geralmente entre o 2.º e o 5.º dia Pós-parto, marcando a transição do colostro para o leite de transição. Os sinais mais comuns incluem sensação de aumento do volume mamário, mamas túrgidas, quentes e por vezes dolorosas.

Domínio: Adaptação à parentalidade

Foco de atenção: Adaptação à parentalidade: lidar com o choro do recém-nascido

Dados relevantes para o diagnóstico: Ao longo do turno, sempre que o Miguel chorava, tanto a Daniela como o Tiago demonstraram necessidade de apoio, recorrendo várias vezes à equipa de enfermagem. Como estratégias para o confortar, referiram caminhar com o bebé ao colo, oferecer a mama, cantar para ele. Pedem ajuda para aprender mais: *“já não sabemos o que fazer mais, trouxemos o swaddle, lembramo-nos de falarem na técnica dos “S’s” mas não sabemos como pôr em prática.”*

Dados relevantes para caracterizar o contexto: Ambos frequentaram o programa de preparação para o parto. Sabem que há mais estratégias além das que aplicam, mas não sabem como aplicá-las.

Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade da mãe/pai para lidar com o choro do recém-nascido

Objetivo: Promover adaptação à parentalidade: lidar com o choro

Crítérios de Resultado: Que a Daniela e o Tiago saibam aplicar as estratégias para lidar com o choro do Miguel.

Intervenções:

- [18h30] Instruir a usar estratégias para lidar com o choro
- [18h30] Treinar a usar estratégias para lidar com o choro

O choro constitui um dos meios do recém-nascido comunicar as suas necessidades, numa fase inicial é essencialmente uma resposta reflexa. O choro pode ser atenuado ou resolvido através da implementação de estratégias ajustadas à sua necessidade específica. A capacidade para usar a estratégia certa, e no momento certo, permite resolver a necessidade do recém-nascido. Para as mães e para os pais, aprender a interpretar e responder adequadamente ao choro, é fundamental para estabelecer um ambiente seguro e de confiança para o recém-nascido (Cardoso et al., 2024).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Demonstrar e treinar a massagem abdominal. A massagem abdominal constitui uma estratégia de alívio do desconforto abdominal do recém-nascido, frequentemente associado à imaturidade gastrointestinal. Contribui para a mobilização de gases e fezes, favorecendo o conforto e reduzindo o choro relacionado com cólicas.
 - Massagem abdominal “pedalar”: Com o recém-nascido em decúbito dorsal, mobilizam-se as pernas imitando o movimento de pedalar. De seguida, fazer uma ligeira pressão dos joelhos em direção ao abdómen e realizar pequenos movimentos circulares da bacia no sentido dos ponteiros do relógio. Esta técnica pode ser realizada 2–3 vezes por dia e

tem como objetivo facilitar a expulsão de gases e prevenir a sua acumulação;

- Massagem abdominal “I Love You”: Realizada no sentido dos movimentos intestinais. Inicia-se pela massagem descendente no lado esquerdo do abdómen do bebé (“I”), seguida da massagem transversal e descendente (“L” invertido) e, por fim, da massagem ascendente, transversal e descendente (“U” invertido). A massagem não deverá ser feita após a refeição ou se o recém-nascido evidenciar dor, porque pressionar o abdómen distendido, vai provocar ainda mais dor.
- Demonstrar/treinar a Técnica dos “5 S”: A técnica é apresentada como uma abordagem eficaz para lidar com o choro do recém-nascido. O método baseia-se na premissa de que recriar sensações semelhantes às do ambiente intrauterino favorece a regulação e o conforto do recém-nascido, reduzindo o choro e promovendo a autorregulação.
 - *Swaddling*: envolver o recém-nascido numa manta ou *swaddle*, limitando os movimentos dos membros superiores, cria contenção e sensação de segurança;
 - *Side stomach position*: Segurar o recém-nascido ao colo em decúbito lateral ou ventral. Pode ajudar a reduzir o desconforto abdominal e favorecer a expulsão de gases;
 - “*Shushing*”: Produzir um som rítmico e contínuo ou recorrer a ruído branco junto ao ouvido do bebé, simulando o ambiente sonoro intrauterino;
 - “*Swinging*”: Realizar movimentos rítmicos, suaves e curtos de balanço;
 - “*Sucking*”: Oferecer sucção não nutritiva na mama, dedo ou chupeta.

A literatura evidencia que a forma como a mulher vivencia os primeiros dias após o parto - período marcado por intensas transformações físicas, emocionais e psicossociais - influencia significativamente a sua recuperação, o estabelecimento da amamentação, a vinculação com o recém-nascido e a transição para o papel parental (WHO, 2022b).

A escolha deste caso clínico destaca-se pela intervenção no processo de transição para a parentalidade, num contexto em que a experiência de parto não

correspondeu às expectativas previamente construídas, gerando sentimentos de frustração, perda de controlo e vulnerabilidade. A abordagem implementada permitiu criar um espaço seguro de escuta e reflexão sobre a experiência vivida, facilitando a elaboração emocional e a aceitação do vivido. Este processo contribuiu para o reforço da autoestima e da autoconfiança da puérpera — elementos essenciais para uma transição saudável para o papel de mãe e para o desenvolvimento de competências parentais ajustadas e seguras.

2 INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA PROMOTORAS DO AUTOCONTROLO DA ANSIEDADE DURANTE A GRAVIDEZ

Durante o estágio, o contacto direto com a prática profissional em ESMO permitiu-me constatar que o bem-estar emocional da grávida é tão relevante quanto o bem-estar físico. A identificação precoce de sintomas de ansiedade é reconhecida pelo EE-ESMO como crucial. Contudo, observei que, apesar desse reconhecimento, na prática persistia uma lacuna quanto a intervenções dirigidas à autogestão da ansiedade neste período. Assim, surgiu a necessidade de explorar e identificar intervenções de ESMO que promovam a autogestão da ansiedade durante a gravidez.

2.1 Enquadramento teórico

A gravidez é um período de transição marcado por profundas mudanças biológicas, psicológicas e sociais. As alterações físicas, a incerteza ao longo do processo, o medo de complicações e da dor associada ao trabalho de parto, bem como a insegurança quanto à futura parentalidade, podem contribuir para níveis elevados e constantes de *stress* nas grávidas, levando a perturbações de ansiedade ou depressão (Artieta-Pinedo et al., 2023). Como resultado, as mulheres podem passar por um período de maior vulnerabilidade em termos de saúde mental ou sofrer um agravamento de condições pré-existentes no período perinatal. Estima-se que, neste período, uma em cada cinco mulheres venha a desenvolver problemas de saúde mental (WHO, 2022a).

Em termos transversais, a ansiedade pode ser entendida como um estado de apreensão persistente e de difícil controlo, que interfere com o quotidiano (WHO, 2022a). Decorre da avaliação que a pessoa faz de uma situação (a ameaça) e dos recursos percebidos para lidar com ela (Folkman, 2013; Lazarus & Folkman, 1984). A resposta ansiosa pode ser compreendida à luz do modelo transacional de Lazarus e Folkman (1984), que distingue dois momentos centrais de avaliação cognitiva: a avaliação primária, em que a pessoa julga se o

acontecimento é irrelevante, benigno/positivo ou ameaçador (para a própria saúde, para o bem-estar fetal, para a identidade pessoal ou para os objetivos de vida), e a avaliação secundária, em que considera os recursos internos e externos disponíveis para enfrentar a situação (conhecimentos, percepção de autoeficácia, suporte social e acessibilidade a cuidados). O desajuste percebido entre as exigências e os recursos intensifica a ansiedade; inversamente, quando os recursos são avaliados como suficientes, a resposta ansiosa é atenuada (Folkman, 2013; Lazarus & Folkman, 1984).

A literatura científica é vasta ao abordar a ansiedade em mulheres grávidas, evidenciando efeitos adversos tanto no desfecho obstétrico como na saúde da mãe e da criança. Durante a gravidez, níveis elevados de ansiedade e *stress* são propícios à adoção de comportamentos não saudáveis (por exemplo, sono insuficiente, sedentarismo, consumo de tabaco/álcool ou adesão irregular aos cuidados pré-natais) e são frequentemente associados a maior risco de parto pré-termo, baixo peso à nascença, complicações obstétricas e pior bem-estar psicológico no período perinatal (Nicolero-SantaBarbara et al., 2017; Su et al., 2015).

O EE-ESMO encontra-se numa posição privilegiada para apoiar a saúde mental das grávidas, e contrariar a tendência dos cuidados que têm dado maior enfoque ao bem-estar físico, reforçando a necessidade de maior suporte emocional. Neste contexto, a presente revisão visa promover a reflexão e reforçar a consciência profissional do EE-ESMO sobre o seu papel na promoção da autogestão da ansiedade, contribuindo para práticas mais consistentes e baseadas na evidência.

2.2 Metodologia

Com o objetivo de integrar a evidência disponível sobre intervenções do EE-ESMO na autogestão da ansiedade durante a gravidez, foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura. Esta abordagem metodológica ampla permite reunir, analisar e sintetizar criticamente o conhecimento existente sobre um tema

(Whittemore & Knafl, 2005). Ao combinar múltiplas fontes e tipos de estudo, permite uma visão abrangente e crítica sobre o estado atual do conhecimento, identifica lacunas que sustentam a realização de novos estudos e favorece a incorporação de evidências na prática clínica (Souza et al., 2010; Whittemore & Knafl, 2005). De acordo com Whittemore e Knafl (2005), o processo organiza-se em cinco etapas principais: identificação do problema; revisão da literatura; avaliação dos dados; análise dos dados; apresentação dos resultados.

Inicialmente, o título de investigação incluía o termo “*autocontrolo*” da ansiedade. Contudo, durante a construção da estratégia de pesquisa, verificou-se que o descritor normalizado na base Medical Subject Headings (MeSH) corresponde a “*autogestão*”. Por esse motivo, a frase booleana foi ajustada para refletir o descritor oficial, garantindo maior precisão e abrangência na recuperação dos artigos relevantes.

A presente revisão integrativa da literatura procura responder à seguinte questão: Quais as intervenções especializadas em enfermagem de saúde materna e obstétrica promotoras da autogestão da ansiedade durante a gravidez?

Foi definida uma estratégia de pesquisa segundo o acrónimo PCC (participantes/população - grávidas; conceito em estudo – intervenções especializadas em enfermagem de saúde materna e obstétrica promotoras da autogestão da ansiedade; contexto – gravidez).

Após a formulação da pergunta de investigação, procedeu-se a uma pesquisa primária nas bases de dados para identificar as palavra-chaves e os descritores MeSH adequados. De seguida, foi realizada a pesquisa de evidência científica nas seguintes bases de dados: MEDLINE Complete (via PubMed) e CINAHL Complete e Psychology and Behavioral Sciences Collection (via EBSCOhost). No Apêndice I, encontram-se descritas as frases booleanas utilizadas em cada motor de busca.

Os critérios de inclusão considerados incluíram estudos disponíveis em texto integral, com descritores presentes no título ou no resumo, publicados em

português, inglês ou espanhol, sem restrição temporal, que respondam à questão de partida. Como critérios de exclusão: revisões de literatura e artigos de opinião; estudos centrados apenas na experiência da grávida e que não identificam as intervenções implementadas; estudos que não identificam os profissionais que implementam as intervenções ou intervenções implementadas por profissionais que não sejam EE-ESMO.

Dos 66 artigos encontrados após a exclusão dos duplicados, 26 foram selecionados para leitura com base na análise do título. Após a leitura dos respetivos resumos, 9 artigos foram considerados elegíveis. Posteriormente, após a leitura integral dos textos, 5 artigos foram incluídos para elaborar a presente revisão, conforme ilustrado no fluxograma apresentado no Apêndice II.

2.3 Resultados

De forma a apresentar, de modo claro, os principais resultados e conclusões de cada artigo analisado, considerados pertinentes para a resposta à questão de investigação, elaborou-se uma tabela com as respetivas características metodológicas, disponíveis para consulta no Apêndice III.

Foram incluídos cinco estudos: quatro intervenções especializadas em ESMO orientadas para a autogestão da ansiedade durante a gravidez e um estudo observacional que reflete a importância da relação comunicação/colaboração na ansiedade e no autocuidado. As publicações são recentes (2009–2022), provenientes de diferentes países — Taiwan, Hong Kong, Reino Unido e Estados Unidos - reforçando a transferibilidade dos resultados.

A evidência selecionada aponta para um contributo consistente das intervenções lideradas por EE-ESMO na redução da ansiedade, no fortalecimento de *coping*/autogestão e no aumento da satisfação com os cuidados, sem comprometer a segurança materno-fetal (Butler Tobah et al., 2019; Evans et al., 2022; Kuo et al., 2022; Lee & Holroyd, 2009; Nicolero-SantaBarbara et al., 2017).

No ensaio clínico randomizado de Kuo et al. (2022), 106 grávidas (53 intervenção e 53 controlo) foram avaliadas às 36 semanas e uma semana pós-parto. O grupo de intervenção, envolvendo também a pessoa significativa, ao participar no programa integrado (duração de 8 semanas) de preparação para o parto (demonstrações, prática experimental com simulação de dor/trabalho de parto, interação entre pares e discussão dos temas em grupo) e técnicas de *mindfulness* (respiração, *body scan*, alongamentos, meditação e caminhada *mindful*), teve reduções estatística e clinicamente significativas do medo do parto, da ansiedade e da depressão, e aumento da atenção plena (*mindfulness*), tanto às 36 semanas como uma semana pós-parto, em relação ao grupo controlo. Sem diferenças no modo de parto nem nos cuidados neonatais.

No programa de preparação para o parto, Kuo et al (2022) tiveram como base a simulação e *coping* de atividades práticas e vivenciais, promovendo maior envolvimento dos participantes. Privilegia a aprendizagem ativa, através da vivência prática, reflexão crítica e envolvimento emocional dos participantes. A ideia central dos autores é que não basta transmitir conhecimento teórico: é necessário criar experiências que permitam integrar saberes, atitudes e competências de forma mais profunda. Durante o programa para envolver os participantes, recorreu-se a diversos materiais didáticos e experiências práticas. Por exemplo, para simular a duração das contrações uterinas durante o trabalho de parto, os participantes foram instruídos a segurar cubos de gelo nas mãos durante 10 segundos e depois a retirá-los, para simular a periodicidade das contrações uterinas. Foram apresentadas e exercitadas técnicas de massagem e relaxamento, incluindo o *rebozo*, com o objetivo de proporcionar estratégias práticas de alívio da dor e promoção do bem-estar durante o trabalho de parto. Foi igualmente proporcionada formação aos participantes e respetivos acompanhantes sobre o uso da bola de parto e da *peanut ball*, como recurso para facilitar alterações posturais durante o trabalho de parto, promovendo conforto e favorecendo a progressão do processo de parto. Recorreu-se a recursos práticos, como a utilização de uma bola de pingue-pongue e de um balão para demonstrar as alterações cervicais ao longo do trabalho de parto; e, recorreu-se a um vídeo de visita a uma sala de partos, destinado a familiarizar

os participantes com o ambiente clínico, os equipamentos e os sons característicos dos monitores de uma sala de partos.

As participantes referiram que a partilha de emoções em grupo e o treino de estratégias (relaxamento, respiração, massagem, bola de parto) aumentaram o sentido de controlo sobre as suas emoções e o bem-estar psicológico. Segundo Kuo et al. (2022), as melhorias verificadas nos resultados primários e secundários das grávidas do grupo de intervenção são consistentes com estudos anteriores que demonstram que a preparação para o parto, ao enfatizar estratégias de *coping* — como técnicas de relaxamento, respiração consciente, massagem e utilização de bolas de parto — pode melhorar o bem-estar psicológico materno.

Os autores sublinham a exequibilidade (as técnicas foram fáceis de aprender e aplicar) e a facilidade de transferência das intervenções para implementação por EE-ESMO noutros contextos clínicos.

No estudo de Lee & Holroyd (2009), as participantes relataram satisfação elevada, destacando o desempenho do EE-ESMO como o aspeto mais valorizado; identificaram, como menos satisfatórias, questões logísticas (horário, duração e dimensão das turmas). Todas as participantes entrevistadas posteriormente tiveram parto vaginal não medicado, assistido por EE-ESMO e acompanhadas pelo marido. Da análise emergiram três temas principais: “aprender sobre o trabalho de parto”, “contribuir para um processo de parto tranquilo” e “lidar com a incerteza e gerir a ansiedade”.

Todas as participantes indicaram ter recebido conhecimento objetivo sobre as fases do trabalho de parto, com demonstrações e atividades práticas (simulação, exercícios de respiração e relaxamento, estratégias facilitadoras do trabalho de parto e métodos para lidar com a dor), o que contribuiu para o desenvolvimento do conhecimento pessoal, aquisição de competências práticas e desmistificação de crenças, face a relatos informais por vezes exagerados. Além dos conhecimentos adquiridos, as mulheres destacaram que o que experienciaram nas sessões ajudou-as a vivenciar o trabalho de parto de modo mais fluido e

tranquilo, demonstrando capacidade em seguir as instruções do EE-ESMO no trabalho de parto e a capacidade de autocontrolo no ritmo das contrações.

O tema “Lidar com a incerteza e gerir a ansiedade” foi aprofundado em: receber informação para reduzir a incerteza (visita ao bloco de partos, familiarização com espaços e procedimentos), que aliviou sentimentos prévios de incerteza e ansiedade; referência a exemplos bem-sucedidos em que relatos de partos tranquilos partilhados pelo EE-ESMO funcionaram como modelos positivos, transmitiram confiança e diminuíram o medo; por último, não confrontação deliberada com cenários de complicação como estratégia de *coping* para manter o equilíbrio emocional, tal como algumas participantes referiram que, ao confrontarem-se com a possibilidade de complicações, optaram por deliberadamente não pensar nesses cenários. Em conjunto, os resultados sustentam que formatos pedagógicos ativos (grupos menores, simulação/role-play, resolução de problemas e partilha de experiências), centrados na relação terapêutica e na prática guiada de competências, potenciam o empoderamento e a autogestão da ansiedade durante a gravidez (Lee & Holroyd, 2009).

Em Evans et al. (2022), o foco desloca-se do “o quê” para o “como”. Partindo do reconhecimento de que a grávida com ansiedade ligeira-moderada beneficia de apoio psicológico, mas que existem barreiras (p. ex., baixa confiança dos profissionais, dificuldades no rastreio e no suporte em saúde mental perinatal), desenvolveram e operacionalizaram o programa de treino RAPID-2, centrado na autogestão. A intervenção RAPID-2 estrutura-se em três componentes: encontro individual prévio ao grupo com o EE-ESMO; seguida de sessões de grupo em que o EE-ESMO incentiva ao apoio entre pares, através da partilha de aprendizagens e experiências, em vez de conduzir diretamente as discussões; facilita a introdução de tópicos que possam ser difíceis de abordar por iniciativa própria, promove o bem-estar e encaminha para outros profissionais sempre que necessário; e por último, disponibilização de materiais de autoajuda para uso entre sessões (autogestão), selecionados consoante as preferências da grávida e a sua relevância clínica.

O programa de treino foi integrado nos cuidados de internamento ao longo de 3 dias em duas semanas, com benefícios percecionados pelos EE-ESMO: clarificação de papéis, definição de limites e responsabilidades, e maior integração no processo de facilitação. Estes resultados viabilizam a implementação e futura avaliação de eficácia do RAPID-2 enquanto intervenção ESMO promotora de autogestão.

Ao nível da organização dos cuidados, o ensaio clínico randomizado OB Nest de Butler Tobah et al. (2019) compararam um modelo híbrido de vigilância pré-natal - menos consultas presenciais (8, com obstetra ou EE-ESMO), complementadas com seis consultas virtuais (telefone ou online), monitorização domiciliária com Doppler fetal e esfigmomanómetro digital, e acesso a uma comunidade online de grávidas moderada semanalmente por um EE-ESMO para garantir a veracidade da informação partilhada - com o modelo tradicional (12 a 14 consultas) recomendado pelo ACOG, em grávidas de baixo risco. As visitas virtuais de enfermagem incluíram orientação antecipatória adequada à idade gestacional, preparação adicional para o parto conforme as necessidades individuais, treino em técnicas de respiração, relaxamento e autocontrolo, e informação clara sobre parâmetros normais (pressão arterial, frequência cardíaca fetal).

No estudo OB Nest, os resultados mostraram uma taxa de satisfação significativamente superior no modelo de cuidados com visitas reduzidas e monitorização remota (cerca de 94%) em comparação com o modelo tradicional (cerca de 79%), níveis de *stress*/ansiedade pré-natal inferiores (às 14 e 36 semanas) e manutenção dos padrões de qualidade/segurança e da adesão a serviços recomendados. Apesar de menos consultas, as medidas tomadas com o OB Nest aumentaram a sensação de controlo e reduziram a incerteza, promovendo tranquilidade, funcionaram como suporte emocional, diminuindo o *stress* pré-natal e ajudaram a reduzir a ansiedade e a aumentar a confiança. Para a prática de EE-ESMO, o estudo sugere que modelos híbridos (presencial-remoto) liderados/ancorados em enfermagem podem aliviar fatores de *stress* logísticos, sustentar a automonitorização e reduzir o *stress* sem prejuízo dos

desfechos, desde que existam canais estruturados de contacto e acompanhamento.

Por fim, o estudo observacional de Nicoloro-SantaBarbara et al. (2017), realizado com 139 grávidas de baixo risco, analisou como a qualidade da relação grávida-profissional influencia a ansiedade materna e os comportamentos de autocuidado durante a gravidez. Foram avaliadas quatro intervenções relacionais: comunicação, integração, colaboração e empoderamento. Grávidas que perceberam melhor comunicação e colaboração com o EE-ESMO tiveram maior redução da ansiedade entre o meio e o final da gravidez, o que levou a práticas de autocuidado mais consistentes, a comportamentos de saúde, como exercício, sono adequado, alimentação equilibrada e uso de vitaminas. O empoderamento relacionou-se diretamente com comportamentos de autocuidado, sem impacto significativo na ansiedade, sugerindo que sentir-se encorajada nas decisões promove práticas saudáveis, independentemente do estado emocional. Quanto à integração (respeito mútuo) apresentou baixa consistência estatística e foi excluído das análises principais; mostrou correlação inversa com ansiedade apenas no final da gravidez, mas os autores recomendam cautela na interpretação.

Em conjunto, os estudos incluídos evidenciam que o EE-ESMO pode melhorar de forma mensurável os desfechos afetos à ansiedade. Reforçam competências de autocontrolo e aumentam a satisfação, sem comprometer a segurança materno-fetal. A partir desta síntese, importa traduzir os resultados em recomendações operacionais e prioridades de implementação para a prática, apresentadas na secção seguinte.

2.4 Implicações para a prática

Perante a síntese anterior, a evidência reunida aponta, de forma consistente, para o impacto positivo de intervenções em três eixos: educacionais (preparação para o parto com base na simulação/*coping* + autocontrolo); relacionais (comunicação, colaboração e empoderamento); e, organizacionais (formatos

híbridos com tele-enfermagem e automonitorização) — que, quando integrados na prática do EE-ESMO, associam-se a melhor controlo da ansiedade, maior satisfação e manutenção da segurança (Butler Tobah et al., 2019; Evans et al., 2022; Kuo et al., 2022; Lee & Holroyd, 2009; Nicoloro-SantaBarbara et al., 2017).

No plano educacional, os programas de preparação para o parto com componente prática (simulação de dor/contração, treino de estratégias e posições) e treino estruturado de autorregulação emocional (respiração, *body scan*, relaxamento, *mindfulness*), mostraram reduções clinicamente relevantes de ansiedade/medo e desmistificação de crenças, sobretudo quando incluem prática guiada, simulação e autoaplicação diária. Quando possível, com o envolvimento da pessoa significativa (Kuo et al., 2022; Lee & Holroyd, 2009).

Kuo e seus colaboradores (2022), reforçam a importância do *mindfulness* (respiração, *scan*, meditação, yoga), uma vez que reduz significativamente o medo, a ansiedade e os sintomas depressivos, e, aumenta a atenção plena. O EE-ESMO pode ensinar técnicas simples de *mindfulness* e relaxamento, facilmente aplicáveis pelas grávidas. A integração destas práticas nos cuidados pré-natais fortalece o *coping* positivo e a saúde mental materna.

Como está explanado nos estudos apresentados de Kuo et al., (2022) e de Lee & Holroyd, (2009), nem sempre o EE-ESMO se sente capacitado para implementar técnicas, como *mindfulness*, ou abordar temas relacionados com a saúde mental, sendo para tal necessário formação. Adotar um plano de formação, para dinamizar grupos dirigidos à ansiedade ligeira-moderada, com apoio entre pares, materiais de autoajuda e circuitos de referência definidos, incluindo medidas de fidelidade (estratégias que asseguram que o programa é aplicado tal como foi concebido, garantindo consistência, qualidade e validade dos resultados), tornou-se essencial para o EE-ESMO adquirir as competências.

Em termos organizacionais, medidas interventivas promotoras do autocontrolo passam pela implementação de modelos híbridos com consultas presenciais essenciais, consultas virtuais de enfermagem e com automonitorização domiciliária. Estas medidas reduzem fatores de *stress* logísticos, aumentam o sentido de controlo e satisfação, sem perda de segurança e centrados na grávida

(Butler Tobah et al., 2019). O guia da WHO (2022a) recomenda precisamente a integração de rotinas de triagem, apoio psicossocial estruturado e caminhos de referenciação nos serviços de saúde materna, o que é compatível com consultas virtuais e o seguimento por EE-ESMO.

Sobre o eixo relacional, o modelo OB Nest (Butler Tobah et al., 2019) incluiu comunidades online moderadas por EE-ESMO, que aumentaram a perceção de apoio e reduziram a ansiedade pré-natal. O RAPID-2 (Evans et al., 2022) apostou em grupos de discussão, promovendo suporte entre pares e normalização de experiências. Assim, é de destacar o apoio social mediado por EE-ESMO para que deva ser integrado nos cuidados, seja em grupos presenciais ou plataformas digitais. Estas estratégias reduzem isolamento, aumentam confiança e funcionam como recurso de *coping*.

A qualidade da relação clínica surge como intervenção em si: a comunicação terapêutica clara e a colaboração nas decisões associaram-se a menor ansiedade no fim da gravidez e a maior prática de autocuidado (exercício, sono, nutrição), com o empoderamento a favorecer diretamente comportamentos saudáveis (Nicoloro-SantaBarbara et al., 2017). Este resultado está em consonância com a valorização do papel do EE-ESMO, pela empatia e apoio prestado às grávidas nas sessões de preparação para o parto (Lee & Holroyd, 2009), reforçando a prioridade de formação contínua em comunicação e parceria terapêutica.

As intervenções analisadas — preparação para o parto estruturada, *mindfulness*/relaxamento, comunicação terapêutica, apoio social e telemonitorização — revelam-se complementares e convergem na promoção do autocontrolo da ansiedade durante a gravidez (Butler Tobah et al., 2019; Evans et al., 2022; Kuo et al., 2022; Lee & Holroyd, 2009; Nicoloro-SantaBarbara et al., 2017).

Quanto a pontos de melhoria percecionados pelos autores, pelas participantes e equipas de EE-ESMO, sobressaem os ajustes logísticos dos programas de preparação para o parto, com a necessidade de ajustar horários, duração e turmas menores para que todas as grávidas sintam as dúvidas dissipadas e

praticuem as estratégias, maximizando o conhecimento para o trabalho de parto (Lee & Holroyd, 2009).

Em Portugal, muitos elementos das intervenções propostas para a autogestão da ansiedade já existem ou estão preconizados nos serviços. Os Guias Orientadores de Boas Práticas da OE, descrevem como padrão, programas liderados por EE-ESMO com componentes experienciais, treino de respiração/relaxamento, simulação/role-play, partilha entre pares e indicadores para monitorização — alinhados com o que demonstram Kuo et al. (2022) e Lee & Holroyd (2009). Contudo, a sua adoção plena depende sobretudo de tempo/recursos humanos para grupos pequenos e seguimento, constrangimentos logísticos (salas, horários), lacunas de formação específica com fidelidade na implementação e apoio organizacional para percursos híbridos.

Ao longo da revisão pude constatar que a maioria dos estudos tem amostras reduzidas, recomenda-se assim, replicar intervenções - como *mindfulness*, aplicação de modelo híbrido com teleconsultas ou criação de comunidade online com EE-ESMO de apoio - em populações maiores e diversificadas, incluindo grávidas portuguesas, para validar a eficácia em diferentes contextos culturais e organizacionais. Futuras investigações poderão explorar, ainda, modelos que articulem diversas estratégias de intervenção de modo a avaliar potenciais efeitos complementares na promoção do autocontrolo da ansiedade durante a gravidez. No que respeita ao impacto a longo prazo, nenhum dos estudos incluídos realizou seguimentos prolongados. A maioria avaliou resultados apenas até ao parto ou à primeira semana pós-parto (Butler Tobah et al., 2019; Kuo et al., 2022; Lee & Holroyd, 2009). Assim, futuras investigações devem contemplar períodos de seguimento mais alargados para avaliar a sustentabilidade dos efeitos na saúde mental materna e possíveis impactos no desenvolvimento infantil.

3 REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Ao longo do estágio, senti que as experiências vividas me permitiram consolidar e mobilizar os conhecimentos que fui adquirindo ao longo do percurso teórico, transformando-os em intervenções especializadas centradas na mulher, na pessoa significativa e na família. Cada contexto clínico representou, para mim, um espaço de descoberta e evolução: confrontei-me com dúvidas, reconheci fragilidades e celebrei evoluções, fortaleci a comunicação e reforcei o cuidado centrado na pessoa. Este caminho consolidou, de forma consciente e comprometida, a minha motivação para ser Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e para a responsabilidade de cuidar com rigor, sensibilidade, ética e presença.

Mais do que a aquisição de um conjunto de competências, ser EE-ESMO representa uma forma de estar no cuidado — atenta, competente e centrada na individualidade de cada mulher. Este percurso promoveu um crescimento pessoal e profissional, consolidando o compromisso de prestar cuidados personalizados, sustentados na empatia e na escuta ativa. A construção de uma relação terapêutica de confiança com a mulher e a sua pessoa significativa, constituiu a base para a adequação dos cuidados prestados.

As experiências vivenciadas ao longo do estágio de natureza profissional foram diversas, permitindo-me ultrapassar os números preconizados em cada contexto, enriquecedoras e desafiantes. Assisti mulheres/casais desde o período pré-natal (de baixo e de alto risco), ao trabalho de parto, parto e nascimento, assim como no puerpério imediato e nos primeiros dias de vida do recém-nascido. Os diferentes contextos clínicos tornaram necessária a integração em várias equipas, aplicação de diferentes protocolos e adaptação constante do plano de cuidados às necessidades de cada mulher.

Houve um compromisso contínuo com a prática baseada na evidência, procurei fundamentar as intervenções nas recomendações atuais. Sem descurar a singularidade da mulher, em algumas situações foi necessário ajustar as

intervenções para seguir os protocolos institucionais bem como as sugestões dos orientadores de estágio, sempre em conformidade com os padrões clínicos estabelecidos. Esta abordagem permitiu manter o equilíbrio entre o sistematizado e a adaptação, garantindo cuidados competentes, personalizados e centrados na pessoa.

Antes de iniciar os estágios, considerava ideal uma ordem cronológica que começasse pela gravidez, seguisse para o trabalho de parto e parto e, por último, o puerpério. Acreditava que isso permitir-me-ia adaptar mais facilmente, desenvolvendo as competências de forma progressiva e estruturada. Iniciei competências no âmbito do trabalho de parto e parto, que para mim seria o mais desafiante, e confirmou-se como o que mais exigiu de mim e, por isso, o mais determinante para o meu crescimento. Tal como já abordei na conceção de cuidados, foi particularmente marcante observar o impacto significativo do envolvimento da mulher na tomada de decisão e da valorização das suas escolhas no desenrolar do trabalho de parto e na sua experiência, que esperamos positiva.

Por se tratar de um hospital central num distrito com elevado número de imigrantes de várias nacionalidades, tive oportunidade de cuidar de famílias de diferentes culturas. Esta realidade exigiu capacidade de adaptação e atenção à sensibilidade cultural. Os desafios sentidos foram, sobretudo ao nível das barreiras linguísticas e da literacia em saúde. Ainda assim, revelou-se uma oportunidade para enriquecer a prática, promovendo comunicação clara, respeito por valores e crenças e uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa.

Ao nível do conhecimento teórico, uma dificuldade sentida neste estágio foi a interpretação dos traçados cardiotocográficos. No início do estágio, em momentos de maior pressão e necessidade de decisão rápida, a interpretação dos traçados gerou alguma angústia. Para colmatar esta fragilidade, aprofundei o estudo através de pesquisa, observação direta, análise e discussão dos casos com a tutora, o que me permitiu evoluir na leitura e interpretação. Sempre que identifiquei traçados não tranquilizadores atuei para identificar causas e corrigir

o que estava ao meu alcance, acionando a equipa médica sempre que a situação ultrapassava o âmbito da atuação do EE-ESMO.

Além das muitas aprendizagens, o estágio no bloco de partos foi uma vivência particularmente significativa, quer no plano pessoal, quer na afirmação da minha identidade como futura EE-ESMO. Por ter sido o primeiro estágio, tornou-se ainda mais marcante, não só pela intensidade como pela variedade de competências e habilidades a desenvolver. Para que a minha adaptação no serviço do bloco de partos tenha sido fluida e, mesmo entre momentos menos bons, a experiência se tenha mantido positiva, tenho de destacar sem dúvida a excelência profissional da minha tutora. Ao longo de várias semanas intensas, sempre tive espaço para questionar intervenções, discutir prioridades, ponderar diferentes perspetivas, confrontar decisões com a evidência e avaliar resultados. A sua postura transmitiu-me calma, segurança e confiança — pilares que sustentaram o meu crescimento. Começar assim, de forma tão intensa, deu-me a base que sustentou todas as etapas seguintes, favorecendo a integração teoria–prática e reforçando a consistência e intencionalidade das aprendizagens posteriores.

Seguidamente, realizei os estágios em internamento de puerpério e internamento de grávidas com complicações. Como ambas as valências se encontram no mesmo serviço, isso constituiu uma exigência acrescida, pois implicou consolidar e ajustar, a cada instante, planos de cuidados muito distintos. Tal requereu foco e empenho para intervir da melhor forma e responder às necessidades de cada mulher grávida/casal ou da tríade mãe/pai/filho. Por ter decorrido após o estágio do bloco de partos, fez com que me sentisse mais à vontade e confiante perante os desafios encontrados.

Em relação ao período pós-parto, o EE-ESMO desempenha um papel central na transição para a parentalidade: promovem a ligação mãe/pai-filho, facilitando a adaptação à nova dinâmica familiar, criando condições para que a família se sinta segura e confiante, garantindo um cuidado integral para uma parentalidade positiva. Embora a chegada de um filho seja frequentemente vivida com expectativa e alegria, constatei que, após o nascimento, muitas mães e muitos

pais confrontam-se com dificuldades para as quais não estavam preparados, gerando ansiedade. Perante este cenário, procurei identificar precocemente as principais necessidades de cada família — dúvidas, medos e barreiras — para reforçar competências parentais e facilitar uma adaptação à parentalidade mais serena.

Entre as competências parentais, a amamentação destaca-se como uma das mais exigentes e é frequentemente apontada pelas puérperas como aquela em que sentem maior dificuldade. A inexperiência, falta de conhecimento e/ou confiança tendem a dificultar o processo e podem comprometer o sucesso da amamentação. Assim, foi necessário melhorar o conhecimento e capacidade da puérpera na amamentação não descurando a atenção constante ao ambiente (favorecer calma, tranquilidade e preservar a privacidade) e assegurar um apoio emocional e físico contínuo.

No âmbito do internamento de gravidez com complicações, o acompanhamento de grávidas com internamentos prolongados e desfecho incerto da sua gravidez revelou-se desafiante. Sentimentos de ansiedade e *stress* surgiam com frequência, tornando-se o apoio emocional à grávida uma prioridade nos cuidados. Procurei encorajar a grávida a expressar os seus sentimentos, através do estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança, com comunicação empática, informação clara e demonstrando sempre disponibilidade.

Por vezes, a adaptação à gravidez, a preparação para o trabalho de parto e parto e a adaptação à parentalidade eram considerados como focos secundários, dado que a patologia e a gestão das suas complicações tornavam-se a prioridade. Porém, compete ao EE-ESMO que está a acompanhar a grávida, e que melhor conhece as suas necessidades, criar um plano de cuidados adaptado individualizado, identificando necessidades específicas e ajustando intervenções, uma vez que se trata de grávidas com especificidades pelo alto risco (na sua maioria de ameaça de parto pré-termo) ou pela incerteza do desfecho neonatal.

O trabalho em equipa é determinante para alcançar resultados materno-fetais favoráveis, e a minha integração com as equipas de saúde com quem trabalhei foi sempre um ponto positivo. A equipa demonstrava disponibilidade e apoio para me ajudar quando necessitava, o que me permitiu ultrapassar desafios e consolidar aprendizagens.

As experiências vividas permitiram-me não só adquirir conhecimentos e competências, como também evoluir enquanto pessoa: reforcei a convicção de que estar presente, manter escuta ativa, rigor técnico e ética caminham juntos e são a base para cuidados seguros, humanos e de qualidade.

Em síntese, considero que a formação contínua constitui um requisito essencial e que a prática sustentada na evidência científica deve permanecer como eixo central da minha trajetória profissional enquanto EE-ESMO. A atualização constante e a procura ativa de novas oportunidades de desenvolvimento são pilares para a prestação de cuidados à mulher e família.

CONCLUSÃO

Este relatório de estágio marca não apenas o término de um percurso académico, mas também a celebração de uma etapa de profundo crescimento pessoal e profissional. Cada experiência vivida nos diferentes contextos de estágio trouxe-me aprendizagens únicas, que se traduziram em competências especializadas e, sobretudo, em momentos de reflexão crítica sobre o cuidado prestado.

Durante o estágio, foi-me possível consolidar e demonstrar competências de EE-ESMO em contexto de prática. Considero que os objetivos foram globalmente atingidos uma vez a diversidade de experiências permitiu-me fortalecer a tomada de decisão fundamentada e a implementação de cuidados com base na evidência científica, garantindo intervenções seguras, humanas e centradas na mulher, no recém-nascido e na família. Esta etapa consolidou o meu desenvolvimento e sublinhou que a formação contínua e a prática reflexiva sustentam uma enfermagem especializada em ESMO. As intervenções implementadas ao longo do estágio foram sustentadas pela evidência científica mais recente, possibilitando uma reflexão crítica sobre a qualidade e a especialização dos cuidados prestados.

Enquanto pilar da profissão, a prática baseada na evidência orienta a atuação do/da EE-ESMO. Assim, a revisão integrativa da literatura realizada durante o estágio no serviço de grávidas de complicações de risco teve como propósito central contribuir para a melhoria das práticas clínicas associadas à gravidez de alto risco, identificando intervenções especializadas e promovendo cuidados mais seguros e eficazes.

Durante este percurso, a principal dificuldade foi conciliar os horários da vida profissional, académica e pessoal, exigindo um esforço acrescido, motivação constante e resiliência para prosseguir. Apesar dos desafios, a experiência revelou-se extremamente positiva. O contacto com docentes, tutores, colegas, restantes profissionais de saúde, e com as próprias mulheres e famílias que

confiaram nos cuidados prestados contribuiu de forma significativa para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

Finalizo este caminho com gratidão, orgulho e a consciência de que cada desafio enfrentado contribuiu para fortalecer a minha identidade enquanto futura EE-ESMO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD006672. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>
- American Academy of Pediatrics. (2024). Family-centred care in the NICU: Why and how. *NeoReviews*, 25(7), e393–e406.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020a). Delayed umbilical cord clamping after birth (ACOG Committee Opinion No. 814). *Obstetrics & Gynecology*, 136, e100–e106.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020b). Prelabor rupture of membranes (Practice Bulletin No. 217). *Obstetrics & Gynecology*, 135(3), e80–e97. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000003700>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2024). *First and second stage labor management: Clinical practice guideline*. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline/articles/2024/01/first-and-second-stage-labor-management>
- Artieta-Pinedo, I., Paz-Pascual, C., Espinosa, M., García-Alvarez, A., Group, the ema-Q, & Bully, P. (2023). Coping strategies during pregnancy and their relationship with anxiety and depression. *Women & Health*, 63(4), 296–307. <https://doi.org/10.1080/03630242.2023.2188097>
- Baldwin, D., & Townsend, T. (2023). Esophageal atresia. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560848/>
- 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*, (7), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>

- Butler Tobah, Y. S., LeBlanc, A., Branda, M. E., Inselman, J. W., Morris, M. A., Ridgeway, J. L., Finnie, D. M., Theiler, R., Torbenson, V. E., Brodrick, E. M., Meylor de Mooij, M., Gostout, B., & Famuyide, A. (2019). Randomized comparison of a reduced-visit prenatal care model enhanced with remote monitoring. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221(6), 638.e1–638.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.06.034>
- Calais-Germain, B., & Parés, N. V. (2009). *Parir en movimiento. La movilidad de la pelvis en el parto* (1.ª ed.). La liebre de marzo.
- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2023). Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto. In Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Ed.), *Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020–2023*. Ordem dos Enfermeiros.
- Cardoso, A. (2014). *Tornar-se mãe, tornar-se pai: Das competências parentais. Estudo sobre a avaliação das competências parentais*. Novas Edições Académicas.
- Cardoso, A., Soares, A., Sousa, B., Oliveira, M., Chaves, S., & Carvalho, J. (2024). *Guia orientador de boas práticas: Adaptação à parentalidade* (1ª ed.). Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Ordem dos Enfermeiros.
- Costa, D. O., Araújo, A. C. M., Silva, L. C., & Almeida, J. P. (2018). Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: Estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(3), 691–700. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.27772015>
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2014). *Williams obstetrics* (24th ed.). McGraw Hill Education.
- Dekel, S., Stuebe, C., & Dishy, G. (2017). Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: A systematic review of prevalence and risk factors. *Frontiers in Psychology*, 8, 560. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00560>

- Donovan, H., Welch, A., & Williamson, M. (2021). Reported levels of exhaustion by the graduate nurse midwife and their perceived potential for unsafe practice: A phenomenological study of Australian double degree nurse midwives. *Workplace Health & Safety*, 69(2), 73–80. <https://doi.org/10.1177/2165079920938000>
- Eitenmüller, P., Fiesel, A. M., Köhler, S., von Blanckenburg, P., & Christiansen, H. (2024). Associations between birth-related expectation violations and postpartum somatic symptoms and stress. *Journal of Affective Disorders Reports*. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100799>
- Evans, K., Moya, H., Lambert, M., & Spiby, H. (2022). Developing a training programme for midwives and maternity support workers facilitating a novel intervention to support women with anxiety in pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 662. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04996-2>
- Fitzpatrick, M., McQuillan, K., & O’Herlihy, C. (2001). Influence of persistent occiput posterior position on delivery outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 98(6), 1027–1031.
- Folkman, S. (2013). Stress: Appraisal and coping. In M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of behavioral medicine*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
- Giménez, Y., González, E., Fatjó, F., Mallorquí, A., Hernández, S., Arranz, A., & Figueras, F. (2025). Anxiety and depression during pregnancy: Differential impact in cases complicated by preeclampsia and preterm premature rupture of membranes. *PLoS ONE*, 20(4), e0302114. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0302114>
- Hansen, K., Mische Lawson, L., & Wilpers, A. (2025). Prenatal psychosocial distress screening for individuals experiencing pregnancies complicated by fetal anomalies. *Journal of Personalized Medicine*, 15(7), 322. <https://doi.org/10.3390/jpm15070322>
- Hofmeyr, G. J., Gülmezoglu, A. M., & Pileggi, C. (2014). Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic*

- Reviews*, (10), CD000941.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000941.pub2>
- Hoyt-Austin, A. E., Kair, L. R., Larson, I. A., et al. (2022). Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #2: Guidelines for birth hospitalization discharge of breastfeeding dyads, revised 2022. *Breastfeeding Medicine*, 17(3), 197-208.
<https://doi.org/10.1089/bfm.2022.29203.aeh>
- Irani, M., & Khadivzadeh, T. (2019). Emotional and cognitive experiences of pregnant women following prenatal diagnosis of fetal anomalies: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(5), 354–360.
- Kuo, T.-C., Au, H.-K., Chen, S.-R., Chipojola, R., Lee, G. T., Lee, P.-H., & Kuo, S.-Y. (2022). Effects of an integrated childbirth education program to reduce fear of childbirth, anxiety, and depression, and improve dispositional mindfulness: A single-blind randomized controlled trial. *Midwifery*, 113, 103438. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103438>
- Kuthiala, G., & Chaudhary, G. (2011). Ropivacaine: A review of its pharmacology and clinical use. *Indian Journal of Anaesthesia*, 55(2), 104–110.
<https://doi.org/10.4103/0019-5049.79875>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), CD003934.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lee, L. Y. K., & Holroyd, E. (2009). Evaluating the effect of childbirth education class: A mixed-method study. *International Nursing Review*, 56(3), 361–368.
- Lima, A. A., Vieira, A. S., & Silveira, S. R. (2015). A escuta ativa como instrumento terapêutico no cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(4), 654–660. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680416>

- Lowdermilk, D. L., Cashion, K., Alden, K. R., Olshansky, E. F., & Perry, S. E. (2023). *Maternity & women's health care* (13.^a ed.). Elsevier.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and practice*. Springer Publishing Company.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2019). *Parecer n.º 43/2019: Cálculo de dotações seguras nos cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_14052019_mceesmo_c%C3%A1lculo_dota%C3%A7%C3%B5es_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf
- Miao, Y., Zhao, S., Liu, W., Jiang, H., Li, Y., Wang, A., & Zhang, Y. (2023). Prevalence and risk factors of delayed onset lactogenesis II in China: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 36(1), 2214833.
<https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2214833>
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(11), CD003519.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
- Nicoloro-SantaBarbara, J., Rosenthal, L., Auerbach, M. V., Kocis, C., Busso, C., & Lobel, M. (2017). Patient–provider communication, maternal anxiety, and self-care in pregnancy. *Social Science & Medicine*, 190, 133–140.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.08.011>
- Oftedal, A., Bekkhus, M., Haugen, G. N., Czajkowski, N. O., & Kaasen, A. (2022). The impact of diagnosed fetal anomaly, diagnostic severity and prognostic ambiguity on parental depression and traumatic stress: A prospective

longitudinal cohort study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 101(11), 1291–1299. <https://doi.org/10.1111/aogs.14453>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências do enfermeiro especialista comuns. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 26, 4744–4750. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 391/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 85. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>

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

Pinheiro, R., & Ferreira, S. (2022). Sentimentos maternos durante o puerpério: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(5). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28276>

Prins, M., Boxem, J., Lucas, C., & Hutton, E. (2011). Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: A systematic review of randomised trials. *BJOG*, 118(6), 662–670.

PRISMA. (2020). *PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources*. <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>

Simkin, P., & Hanson, L. (2017). *Labor progress handbook: Early interventions to prevent and treat dystocia* (4.^a ed.). Wiley-Blackwell.

Sosa, C. G., Althabe, F., Belizán, J. M., & Bergel, E. (2015). Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(3), CD003581. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003581.pub3>

Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: O que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 102–106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>

- Su, Q., Zhang, H., Zhang, Y., Zhang, H., Ding, D., Zeng, J., Zhu, Z., & Li, H. (2015). Maternal stress in gestation: Birth outcomes and stress-related hormone response of the neonates. *Pediatrics & Neonatology*, 56(6), 376–381. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2015.02.002>
- Walker, K. F., Kibuka, M., Thornton, J. G., & Jones, N. W. (2018). Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), CD008070. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008070.pub4>
- 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. (2018a). *Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- World Health Organization. (2018b). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- World Health Organization. (2022a). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051348>
- World Health Organization. (2022b). *Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
- World Health Organization. (2022c). *WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term*. World Health Organization.
- Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., Nissen, E., & Nehring-Gugulski, D. (2011). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, 100(10), 1280–1287.

APÊNDICES

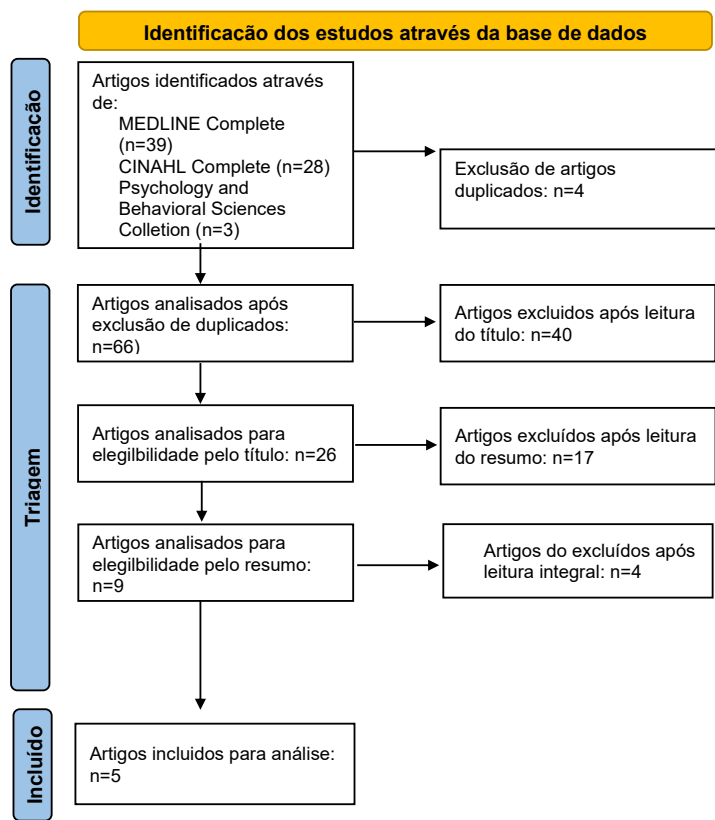
APÊNDICE I

APÊNDICE I - Frases booleanas usadas nas diferentes bases de dados

Base de dados	Frases Booleanas
Pubmed (MEDLINE Complete)	((("pregnant women"[MeSH Terms] OR "pregnancy"[MeSH Terms] OR pregnan*[Title/Abstract]) AND ("midwifery"[MeSH Terms] OR "midwives"[MeSH Terms] OR "nurse midwives"[MeSH Terms] OR "maternal health nursing"[MeSH Terms] OR "obstetric nursing"[MeSH Terms] OR "specialist nurse"[Title/Abstract] OR "obstetric nurse"[Title/Abstract] OR "advanced practice nurse"[Title/Abstract]) AND ("self-management"[MeSH Terms] OR "self care"[MeSH Terms] OR "self regulation"[Title/Abstract] OR "self management"[Title/Abstract] OR "coping"[MeSH Terms] OR coping[Title/Abstract]) AND ("anxiety"[MeSH Terms] OR anxiety[Title/Abstract] OR "stress, psychological"[MeSH Terms] OR "psychological stress"[Title/Abstract]) AND (intervention*[Title/Abstract] OR program*[Title/Abstract] OR support*[Title/Abstract] OR counsel*[Title/Abstract] OR education*[Title/Abstract] OR "nursing intervention"[MeSH Terms])))
EBSCOhost	((MH "Pregnant Women" OR MH "Pregnancy" OR AB(pregnan*)) AND (MH "Midwifery" OR MH "Midwives" OR MH "Maternal Health Nursing" OR AB("obstetric nurse*" OR "specialist nurse*" OR "advanced practice nurse*" OR "midwife*")) AND (MH "Self Care" OR MH "Self-Management" OR MH "Coping" OR AB("self-management" OR "self management" OR "self-care" OR "self regulation" OR "coping"))) AND (MH "Anxiety" OR MH "Stress, Psychological" OR AB(anxiety OR "psychological stress")) AND (AB(intervention* OR program* OR support* OR counsel* OR education*) OR MH "Nursing Intervention"))

APÊNDICE II

APÊNDICE II - Fluxograma de seleção dos artigos



APÊNDICE III

APÊNDICE III - Quadro de extração de dados

Título	Referência (Autor, Ano, País)	Tipo de Estudo	População / Amostra	Intervenção Especializada em ESMO	Dimensão de Autogestão da Ansiedade	Principais Resultados/ Conclusões	Implicações para EE-ESMO
Effects of an integrated childbirth education program to reduce fear of childbirth, anxiety, and depression, and improve dispositional mindfulness: A single-blind randomised controlled trial	Kuo et al., 2022, Taiwan	Ensaio clínico randomizado, paralelo, cego simples	106 grávidas ≥20 anos, 12–24 semanas de idade gestacional, com parceiros, acompanhamento até 36 semanas de idade gestacional e uma semana após o parto	Programa de 8 semanas: educação sobre parto + práticas de <i>mindfulness</i> (respiração, <i>body scan</i> , alongamentos, meditação sentada, caminhada consciente) + inclusão do/a pessoa significativa	Treino prático de <i>mindfulness</i> e respiração; tarefas entre sessões como apoio; foco em <i>coping</i> e autoaplicação diária para reduzir ansiedade e medo	Redução significativa de medo do parto, ansiedade e depressão + aumento de <i>mindfulness</i> às 36s e 1 semana após o parto vs cuidados padronizados	Integrar módulos de <i>mindfulness</i> e treino de respiração em programas de preparação para o parto; estruturar tarefas de prática domiciliar para promover autogestão emocional
Evaluating the effect of childbirth education class: A mixed-method study	Lee & Holroyd, 2009, Hong Kong	Estudo misto (questionário + entrevistas)	Fase 1 (quantitativa): 40 grávidas chinesas; Fase 2 (qualitativa): 6 entrevistas	Programas de preparação para o parto conduzidos por midwives com técnicas de respiração e relaxamento	Promoção de <i>coping</i> e empoderamento: lidar com a incerteza e gerir a ansiedade; encoraja prática das técnicas aprendidas.	Mulheres relataram satisfação com o programa, maior conhecimento, melhor <i>coping</i> e redução da ansiedade	Em programas de preparação para o parto: adotar técnicas de respiração e relaxamento, role-play e resolução de problemas; metas de empoderamento e decisão partilhada para maximizar <i>coping</i> e autogestão

Título	Referência (Autor, Ano, País)	Tipo de Estudo	População / Amostra	Intervenção Especializada em ESMO	Dimensão de Autogestão da Ansiedade	Principais Resultados/ Conclusões	Implicações para EE-ESMO
Developing a training programme for midwives and maternity support workers facilitating a novel intervention to support women with anxiety in pregnancy	Evans et al., 2022, Reino Unido	Estudo de desenvolvimento de intervenção (formação/piloto)	Midewives e Midewifery Support Workers como dinamizadoras; público-alvo: grávidas com ansiedade leve/moderada.	Programa de treino RAPID-2: capacitação das midwives para facilitar grupos de apoio a mulheres com ansiedade leve a moderada Intervenção em 3 componentes: (1) encontro 1:1 pré-grupo; (2) grupos facilitados por parteira/MSW (apoio entre pares, discussão guiada); (3) materiais de autoajuda para uso entre sessões.	Promove a autogestão da ansiedade entre sessões (autoajuda), através de estratégias cognitivo-comportamentais. Apoio estruturado: apoio de pares e referênciação se necessário. A formação dá competências para promover <i>coping</i> e orientar uso de recursos	Programa e plano de formação prontos a testar (RAPID-2); O programa é viável e aceitável; aumenta confiança das mulheres e reduz ansiedade; Midwives relatam maior competência e confiança para abordar a ansiedade e apoiar as grávidas na utilização de recursos de autogestão. Prevê avaliação de competências e impacto pós-formação	Formação capacita EE-ESMO para apoiar a autogestão da ansiedade com materiais validados; incorporar encontros 1:1 para personalizar objetivos; monitorizar viabilidade e resultado
Randomized comparison of a reduced-visit prenatal care	Butler Tobah YS et al., 2019, EUA	Ensaio clínico randomizado (paralelo, centro único)	300 grávidas de baixo risco, idade gestacional superior a 13	Modelo OB Nest (híbrido): menos visitas presenciais (8 no total) +	Automonitorização (tensão arterial e doppler fetal); orientação à	Redução da ansiedade, aumento do controlo através	Adotar modelos híbridos (visitas reduzidas + telemonitorização)

Título	Referência (Autor, Ano, País)	Tipo de Estudo	População / Amostra	Intervenção Especializada em ESMO	Dimensão de Autogestão da Ansiedade	Principais Resultados/ Conclusões	Implicações para EE-ESMO
model enhanced with remote monitoring			semanas; 18-36 anos de idade; randomizadas (150/150)	acompanhamento remoto (6 visitas vídeo telefônicas); automonitorização tensão arterial e Doppler fetal) + apoio contínuo de EE-ESMO + comunidade online	distância por EE-ESMO; apoio entre pares; promove <i>coping</i> e educação para a autogestão quotidiana dos sintomas/medos fora da consulta	de monitorização ativa e contacto com EE-ESMO; maior satisfação, sem aumento de complicações	com protocolos de treino em monitorização remota e follow-up pró-ativo; acompanhamento contínuo personalizado
Patient-provider communication, maternal anxiety, and self-care in pregnancy	Nicoloro-Santa Barbara et al., 2017, EUA	Estudo quantitativo correlacional	139 grávidas de baixo risco acompanhadas por midwives	Comunicação, colaboração e empoderamento com midwives	Comunicação, colaboração e empoderamento como facilitadores da autogestão: Redução da ansiedade; aumento dos comportamentos de autocuidado na gravidez	Melhor comunicação, colaboração e empoderamento reduzem a ansiedade, aliviam as emoções negativas e melhoram a prática de comportamentos saudáveis	Importância da relação terapêutica, comunicação empática e transmissão de informação como intervenções promotoras da autogestão da ansiedade e promoção do autocuidado

