



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

A influência da indução do trabalho de parto na
gestão de expectativas da mulher

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Catarina Vieira de Faria Teixeira

Porto, 2025

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

**A INFLUÊNCIA DA INDUÇÃO DO TRABALHO DE
PARTO NA GESTÃO DE EXPECTATIVAS DA
MULHER**

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

Porto, 2025

AGRADECIMENTO

À Professora Doutora Maria Arminda Nunes, pela disponibilidade e orientação ao longo de todo este percurso, por ter sempre uma palavra motivadora em todas as ocasiões.

À Professora Doutora Alexandrina Cardoso, pelo apoio e orientação académica.

Às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, com quem partilhei horas de estágio, pela partilha de conhecimentos e pela confiança que transmitiram. Um agradecimento especial à Enfermeira Isabel Vaz, pela dedicação, pelo exemplo e por todo o apoio durante esta etapa.

Às grávidas, puérperas, recém-nascidos e respetivas famílias que contribuíram para o meu processo de aprendizagem.

Às minhas colegas de Mestrado, especialmente à Joana, que se tornou amiga ao longo desta caminhada.

Aos meus amigos, pelas palavras de incentivo e por estarem sempre presentes.

Ao Roberto, pela paciência, compreensão e por me lembrar todos os dias de acreditar em mim.

À minha família, em especial à minha mãe e à minha irmã, o meu profundo agradecimento por todo o apoio, pelo carinho e por serem o meu maior pilar.

A todos os que, de alguma forma, contribuíram para esta conquista, o meu sincero obrigado.

RESUMO

O presente documento trata-se de um relatório de estágio, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, que tem como finalidade descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Neste documento, estão descritas as experiências vivenciadas e as atividades desenvolvidas na prestação de cuidados especializados à grávida com complicações, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido durante o estágio de natureza profissional realizado numa Unidade Local de Saúde na região Norte, acompanhadas por uma reflexão critico-reflexiva. Na prestação de cuidados, adquiri as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, proporcionando à mulher e à sua pessoa significativa uma experiência positiva na gravidez, parto e pós-parto.

O paradigma atual da Enfermagem baseada na evidência, justificou ainda a inclusão de uma componente de investigação sob a forma de uma revisão narrativa da literatura com o tema: A Influência da indução de trabalho de parto na gestão de expectativas da mulher. Para concretizar, foi realizada uma pesquisa abrangente de artigos nas seguintes bases de dados: *MEDLINE* (via PubMed), *CINAHL* (via EBSCOhost), *Scopus* e *Cochrane Library* no mês de julho de 2025. A seleção dos artigos foi realizada tendo por base os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos e os resultados foram apresentados e discutidos em formato narrativo. Concluiu-se que o desalinhamento entre expectativas e realidade num processo de indução do trabalho de parto pode gerar frustração e insatisfação à mulher, sendo essencial adotar estratégias de comunicação, informação, capacitação e suporte emocional.

Palavras-chave: Indução do trabalho de parto, expectativas, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ABSTRACT

This professional internship report presents the internship undertaken as part of the master's degree in Midwifery Practice at the Escola Superior de Enfermagem do Porto. It aims to describe the development and consolidation of technical, scientific, and interpersonal competencies of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health.

The report reflects the experiences and activities conducted while providing specialized care to pregnant women with complications, women in labor, postpartum women, and newborns during an internship at a Local Health Unit in Northern Portugal. Throughout this period, I focused on applying specialist nursing skills to ensure that both the women and their significant others experienced positive and supportive care throughout pregnancy, labor, and postpartum.

In line with the current emphasis on evidence-based practice, this document also included a research component in the form of a narrative literature review on the topic: The Impact of Labor Induction on Women's Expectation Management. A database search was conducted in July 2025 across MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCOhost), Scopus, and the Cochrane Library. Articles were selected according to established inclusion and exclusion criteria, and findings were analyzed and presented narratively. The review highlighted that discrepancies between expectations and the reality of labor induction can lead to frustration and dissatisfaction, emphasizing the importance of adopting strategies of communication, information, empowerment, and emotional support.

Keywords: Labor induction, women's expectations, Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ARRIVE - *A Randomized Trial of Induction Versus Expectant Management*

APPT - Ameaça de parto pré-termo

BP - Bloco de partos

BPM - Batimentos por minuto

CTG - Cardiotocografia

DGS - Direção-Geral da Saúde

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

EV - Endovenoso

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

IM - Intramuscular

ITP - Indução do trabalho de parto

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PO - *Per Os*

PPT - Parto pré-termo

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

SGB - *Streptococcus* beta hemolítico do grupo B

SPN - Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SPOMMF - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

SMFM - *Society for Maternal-Fetal Medicine*

TEP - Tromboembolismo pulmonar

TEV - Tromboembolismo venoso

TVP - Trombose venosa profunda

TP - Trabalho de parto

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UMF - Unidade Materno-Fetal

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	14
2.1. Cuidar a mulher com gravidez com complicações	14
2.1.1. Caracterização do contexto de estágio - UMF.....	15
2.1.2. Promoção da adaptação à gravidez e preparação para a parentalidade num contexto de ameaça de parto pré-termo.....	18
2.1.2.1. Análise do caso clínico da Joana e reflexão sobre o desenvolvimento de competências.....	28
2.2. Cuidar a mulher em trabalho de parto	31
2.2.1. Caracterização do contexto de estágio - BP	32
2.2.2. O poder do corpo: promoção do parto fisiológico como caminho para lidar com a dor	36
2.2.2.1. O início da vida: cuidados e conforto do Tomás	55
2.2.2.2. Análise do caso clínico da Rita e reflexão sobre o desenvolvimento de competências.....	58
2.2.3. Indução do trabalho de parto: o ritmo do nascimento na harmonia entre a analgesia epidural e a mobilidade materna	62
2.2.3.1. Adaptação à vida extrauterina: avaliação e promoção do bem-estar do Miguel.....	84
2.2.3.2. Análise do caso clínico da Mariana e reflexão sobre o desenvolvimento de competências.....	86
2.3. Cuidar a mulher no período pós-parto	89
2.3.1. Caracterização do contexto de estágio - Puerpério	90
2.3.2. Reconstruir o encontro: A vivência do puerpério após separação mãe-filho	96
2.3.2.1. Análise do caso clínico da Bárbara e reflexão sobre o desenvolvimento de competências.....	107
3. A INFLUÊNCIA DA INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO NA GESTÃO DE EXPECTATIVAS DA MULHER.....	112
3.1. Metodologia	115

3.2. Resultados.....	116
3.3. Discussão.....	117
3.3.1. Expectativas em relação à indução do trabalho de parto	117
3.3.2. Informação prévia e alinhamento de expectativas.....	118
3.3.3. Perceção de controlo e tomada de decisão	119
3.3.4. Estratégias propostas	120
3.3.5. O contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	122
3.4. Síntese da revisão narrativa da literatura.....	122
4. REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	124
5. CONCLUSÃO.....	127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	128
APÊNDICE I - Tabela de síntese dos artigos incluídos na revisão narrativa	138

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Gravidez da Joana.....	21
Quadro 2. Potencial para melhorar conhecimento sobre sinais de complicações na gravidez [Joana].....	22
Quadro 3. Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso durante a gravidez [Joana].....	23
Quadro 4. Potencial para melhorar conhecimento sobre recém-nascido prematuro [Joana].....	24
Quadro 5. Potencial para melhorar significado atribuído à chegada do recém-nascido [Joana].....	26
Quadro 6. Trabalho de parto [Rita].....	38
Quadro 7. Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de TP usando estratégias não farmacológicas [Rita]	40
Quadro 8. Potencial para melhorar autoeficácia para lidar com a dor de TP [Rita]	42
Quadro 9. Potencial para melhorar conhecimento sobre TP [Rita].....	43
Quadro 10. Evolução do TP [Rita].....	45
Quadro 11. Período expulsivo [Rita]	47
Quadro 12. Pós-parto [Rita].....	52
Quadro 13. Potencial para melhorar capacidade para amamentar [Rita].....	54
Quadro 14. Nascimento do Tomás	56
Quadro 15. Trabalho de parto [Mariana].....	66
Quadro 16. Evolução do TP - 21h [Mariana].....	68
Quadro 17. Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP [Mariana].....	70

Quadro 18. Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de TP usando estratégias não farmacológicas [Mariana]	71
Quadro 19. Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP [Mariana].....	73
Quadro 20. Evolução do TP - 00h45 [Mariana].....	74
Quadro 21. Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP [Mariana].....	75
Quadro 22. Período expulsivo [Mariana]	76
Quadro 23. Pós-parto [Mariana].....	79
Quadro 24. Laceração perineal [Mariana]	80
Quadro 25. Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da laceração [Mariana]	82
Quadro 26. Potencial para melhorar capacidade para amamentar [Mariana]	83
Quadro 27. Nascimento do Miguel	84
Quadro 28. Potencial para melhorar significado atribuído à gravidez com complicações [Bárbara]	97
Quadro 29. Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações no pós-parto [Bárbara].....	100
Quadro 30. Potencial para melhorar capacidade para amamentar [Bárbara]	103
Quadro 31. Potencial para melhorar conhecimento sobre lactação [Bárbara].....	104
Quadro 32. Potencial para melhorar autoeficácia para lidar com o choro do recém-nascido [Bárbara].....	106

1. INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório”, integrada no segundo ano do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), relativo ao ano letivo 2024/2025.

Este relatório foi elaborado com o objetivo de evidenciar a aquisição de competências necessárias para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO), seguindo as orientações dos Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 391/2019 do Diário da República, que definem as competências comuns e específicas dos enfermeiros especialistas, respetivamente, em conformidade com a legislação nacional e europeia e do Programa Formativo da Ordem dos Enfermeiros (OE).

O percurso formativo desenvolveu-se de acordo com o plano de estudos, integrando a prática clínica como componente essencial para o desenvolvimento de competências especializadas, a qual decorreu em três contextos hospitalares distintos, pertencentes à mesma Unidade Local de Saúde: Unidade Materno-Fetal (UMF), Bloco de Partos (BP) e internamento de Puerpério, onde a intervenção do EE-ESMO se revelou determinante na promoção da adaptação à gravidez e parentalidade e na assistência no trabalho de parto (TP) e parto.

A Teoria das Transições foi usada de forma transversal ao longo da realização do presente Relatório de Estágio de Natureza Profissional, uma vez que permite estruturar os cuidados de enfermagem de forma a valorizar a singularidade de cada experiência. Esta teoria de médio alcance considera que os indivíduos experimentam, ao longo da sua vida, fases de mudança, denominadas transições, que são caracterizadas por momentos de instabilidade, precedidos e procedidos por momentos de estabilidade. A transição implica uma alteração no estado de saúde, nos papéis relacionais,

nas expectativas ou nas habilidades individuais, exigindo a incorporação de novos conhecimentos, modificação de comportamentos e uma redefinição do “eu” no contexto social (Meleis, 2010).

Esta teoria é uma referência fundamental para compreender os processos de mudança vividos pelas mulheres e famílias no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pois descreve a forma como os indivíduos enfrentam e se adaptam a transições significativas da vida, como a gravidez, o parto e o puerpério, que implicam alterações nos papéis sociais, identidades e rotinas diárias (Meleis, 2010). No contexto da parentalidade, estas transições são marcadas por experiências físicas, emocionais e sociais intensas, que exigem apoio especializado para que decorram de forma saudável. Neste contexto, o EE-ESMO intervém de forma a promover a adaptação, o bem-estar e a capacitação da mulher e das restantes pessoas envolvidas, e posteriormente identificar indicadores de processo e/ou resultado, que evidenciam a vivência de uma transição saudável.

Nesta teoria, Meleis (2010) apresenta o conceito de “terapêuticas de enfermagem”, considerando que a forma como o enfermeiro atua no processo de uma transição vai para além de uma intervenção, pois o termo “terapêutica” engloba ainda o objetivo da intervenção, representando assim a intenção. As terapêuticas de enfermagem visam a promoção do conhecimento e capacidade, pois é através deles que o indivíduo consegue desencadear respostas positivas à situação que está a viver, permitindo assim recuperar a sua sensação de bem-estar e estabilidade.

O presente relatório encontra-se estruturado em três capítulos, sendo que o primeiro é dirigido à descrição e reflexão crítica das competências adquiridas no âmbito da conceção de cuidados, tendo para isso sido desenvolvido um plano de cuidados relativo ao estágio na UMF, dois planos de cuidados relativos ao BP e um plano de cuidados relativo ao Puerpério. Os casos apresentados dizem respeito a clientes com nomes fictícios e foram selecionados de entre os múltiplos acompanhados, uma vez que ilustram o desenvolvimento de competências autónomas do EE-ESMO. A sua análise e

reflexão revelaram-se fundamentais para o aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de competências fundamentais para a construção da identidade profissional como EE-ESMO. Para cada contexto clínico, será ainda apresentada uma caracterização do local de estágio e a descrição das experiências e atividades desenvolvidas ao longo do mesmo com a respetiva análise crítico-reflexiva acompanhada pela fundamentação teórica que justifica a tomada de decisão.

O capítulo seguinte deste relatório diz respeito ao desenvolvimento das competências de investigação na forma de revisão narrativa da literatura. Segundo o artigo 8º, do Regulamento nº 140/2019, relativamente às competências comuns do Enfermeiro Especialista, este deve basear a sua prática clínica especializada em evidência científica, sendo que deve investigar e colaborar em estudos de investigação de forma a contribuir para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada. Neste sentido, optei por estudar a influência da indução de trabalho de parto (ITP) na gestão de expectativas da mulher. Este tema suscitou-me especial interesse pois durante o meu período de estágio no BP e UMF tornou-se evidente a dificuldade que muitas grávidas tinham em gerir as suas expectativas iniciais face às mudanças impostas pela indução.

Neste sentido, foi realizada uma revisão narrativa com o objetivo de analisar criticamente a literatura científica disponível sobre o efeito da ITP na gestão de expectativas da mulher, de forma a compreender de que modo esta intervenção influencia o equilíbrio entre as expectativas previamente construídas e a experiência vivida, identificar fatores facilitadores e barreiras à adaptação da mulher e discutir estratégias e recomendações que possam mitigar o impacto negativo da discrepância entre as expectativas e a realidade. Para isso, foi formulada a questão de investigação “Qual o efeito da indução do trabalho de parto na gestão de expectativas da mulher?”.

Após análise de 11 artigos que cumpriam os critérios de inclusão, concluiu-se que os estudos convergem na ideia de que o desalinhamento entre expectativas e realidade pode gerar frustração e insatisfação. Neste sentido,

destaca-se a importância de reconhecer os fatores que condicionam a gestão das expectativas, como a informação prévia disponibilizada e a comunicação com os profissionais de saúde, fatores determinantes para a prestação de cuidados de qualidade.

Estes resultados geram implicações práticas relevantes, nomeadamente a necessidade de implementação de estratégias de comunicação mais eficazes, empáticas e centradas nas necessidades de cada mulher. A valorização da escuta ativa e da participação informada da grávida nas decisões sobre o seu plano de parto pode contribuir significativamente para mitigar o impacto da discrepância entre expectativas e realidade, promovendo uma experiência de parto mais positiva.

Por fim, este relatório termina com a análise crítica e reflexiva do percurso académico durante o estágio de natureza profissional, abordando as características pessoais e dos contextos onde as experiências clínicas ocorreram, destacando os aspetos facilitadores e os obstáculos que surgiram na aquisição de competências. Apesar da realização dos diferentes estágios não ter ocorrido pela ordem natural dos acontecimentos (gravidez/trabalho de parto e pós-parto), a descrição das atividades neste relatório, será explanada de forma sequencial, mimetizando o percurso da mulher desde a permanência na UMF à passagem pelo BP, até ao internamento no serviço de Puerpério.

Em suma, este relatório visa comprovar a aquisição das competências necessárias para a obtenção do título de EE-ESMO, demonstrando não apenas a aplicação prática das mesmas, mas também uma reflexão crítica sobre o percurso formativo e as experiências vivenciadas durante o estágio profissional.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

O desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica constitui um processo contínuo e dinâmico, que se alicerça na integração do conhecimento científico, da prática clínica e da reflexão crítica sobre os cuidados prestados. Ao longo deste capítulo, serão descritas as vivências nos diferentes contextos de estágio, evidenciando a consolidação de conhecimentos e aquisição de competências.

2.1. Cuidar a mulher com gravidez com complicações

O acompanhamento da mulher com gravidez com complicações exige uma intervenção contínua e individualizada, que combina a vigilância materno-fetal, a promoção do conhecimento, capacidade e autoeficácia, assim como o apoio emocional. A intervenção do EE-ESMO é fundamental para promover segurança e bem-estar, inclusive quando surgem desvios no curso esperado da gravidez.

2.1.1. Caracterização do contexto de estágio - UMF

A unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório final” prevê a realização de um estágio de 200h num serviço de internamento de grávidas/medicina materno-fetal, para o desenvolvimento de competências específicas do EE-ESMO, mais especificamente no que diz respeito ao domínio “*Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal*” (Regulamento n.º 391/2019). Este estágio decorreu entre o dia 11 de maio de 2025 e o dia 16 de junho de 2025, num hospital da zona norte do país.

De acordo com o Regulamento n.º 391/2019, no que diz respeito ao período pré-natal, é competência do EE-ESMO cuidar a mulher inserida na família e comunidade, potenciando a sua saúde, detetando e tratando precocemente complicações e promovendo o bem-estar materno-fetal. Neste sentido, o EE-ESMO adota uma abordagem focada nas necessidades da mulher, integrando as suas dimensões físicas, emocionais, sociais e culturais e assegurando cuidados individualizados que promovem uma vivência saudável e positiva da gravidez.

O serviço de internamento de grávidas no qual realizei estágio é constituído por seis camas para internamento de grávidas com patologia associada ou grávidas que se encontram a iniciar o processo de ITP. As seis camas estão divididas entre uma enfermaria de duas camas, uma enfermaria de três camas e uma enfermaria individual que habitualmente é utilizada para casos em que seja necessário algum tipo de isolamento por um agente infeccioso. A atribuição da cama a cada grávida é feita pelo EE-ESMO quando a grávida é admitida no serviço, sendo que é prática habitual da equipa manter numa enfermaria as grávidas em processo de ITP e na outra as grávidas com patologia, o que me parece ser bastante pertinente pois evita que a grávida que se encontra a vivenciar uma gravidez que decorre fora da normalidade

esteja a partilhar o mesmo espaço com uma grávida que aguarda o início do seu TP.

O serviço está equipado com quatro monitores de cardiotocografia (CTG) no total, que se encontram distribuídos pelas três enfermarias, o que, nas situações em que o serviço está completo, não permite a monitorização de CTG das grávidas em simultâneo, impondo a necessidade de estabelecer prioridades.

Esta unidade apresenta uma casa de banho única para utilização de todas as grávidas, exceto nos casos de isolamento em que essa grávida passa a utilizar temporariamente e exclusivamente a casa de banho reservada aos profissionais. O serviço conta ainda com uma sala de refeições que é partilhada por todas as grávidas internadas, o que constitui uma mais-valia, promovendo momentos de socialização e partilha de experiências entre as mulheres, contribuindo para a diminuição do isolamento frequentemente associado ao internamento. A existência deste espaço evidencia uma preocupação com a dimensão psicossocial na assistência à mulher grávida.

O serviço dispõe ainda de uma sala de enfermagem onde é realizada a preparação de medicação e de material para procedimentos de enfermagem e são realizados os registos de enfermagem. Por último, dispõe de um gabinete médico, que a equipa médica usufrui sempre que necessário para realização de registos clínicos.

No que diz respeito aos recursos humanos, o internamento de grávidas conta com o apoio da equipa de médicos obstetras do serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia que se encontra próximo. Habitualmente é realizada uma visita médica no início do turno da manhã para vigilância de todas as grávidas internadas, sendo que posteriormente o EE-ESMO pode entrar em contacto com a equipa caso identifique alguma alteração que justifique a avaliação médica. No caso das grávidas em ITP, estas são internadas no início da manhã e acompanhadas pelo EE-ESMO ao gabinete médico do serviço de urgência no final do turno da manhã e do turno da tarde para reavaliação médica e decisão de manter no internamento ou transferir para o BP.

A equipa de enfermagem é composta apenas por EE-ESMO, que realizam turnos rotativos entre o BP, o serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia e o internamento de grávidas. Esta alternância pode ser considerada vantajosa, pois permite que o mesmo EE-ESMO possa prestar cuidados à grávida nas diferentes fases da sua gravidez, mas por outro lado dificulta a continuidade de cuidados nas grávidas com internamentos prolongados, uma vez que existe uma maior rotatividade de enfermeiros a trabalhar no serviço.

De acordo com a norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (regulamento nº743/2019): *“Nas unidades de internamento de Medicina Materno-Fetal, deve existir 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, por 3 (três) clientes com gravidez de alto risco e 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, por 6 (seis) clientes com gravidez de médio risco”*. Neste serviço, cada turno é assegurado apenas por um EE-ESMO, responsável por realizar todos os cuidados de enfermagem às grávidas internadas, acompanhado por uma técnica auxiliar de saúde, independentemente do número de camas ocupadas e do número de mulheres com gravidez de alto risco. Este aspeto pode ter implicações nos cuidados de enfermagem, pois além de não estarem a ser sempre cumpridas as dotações seguras, o EE-ESMO não tem o apoio da restante equipa no serviço, o que pode dificultar significativamente a resposta em situações de emergência.

Embora o serviço de UMF seja próximo ao serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia e ao BP, quando o EE-ESMO tem necessidade de se ausentar do serviço para acompanhar uma grávida ao gabinete médico do serviço de urgência, à realização de exames ou ao bloco operatório ou para transferir a grávida para o BP, o serviço fica sem nenhum enfermeiro presente.

Durante o período em que realizei o estágio nesta unidade, contactei com grávidas desde as 18 semanas de gravidez até às 39 semanas, com diversas patologias associadas à gravidez, tais como: pré-eclâmpsia, ameaça

de parto pré-termo (APPT), ameaça de abortamento, restrição de crescimento intrauterino, hemorragia do 3º trimestre, pielonefrite aguda, pancreatite aguda, tromboembolismo pulmonar (TEP), entre outras. Para a realização do presente relatório de estágio, optei por apresentar um caso de uma grávida com o diagnóstico de APPT, dado que esta é uma situação clínica com elevada prevalência nos contextos de internamento em unidades de Medicina Materno-Fetal e com importantes implicações para a saúde materna e neonatal.

Este quadro clínico permitiu-me consolidar e aplicar competências específicas no âmbito da vigilância da gravidez de risco, da promoção do bem-estar materno-fetal e do apoio emocional à mulher, reforçando a importância de uma prática baseada na evidência e centrada nas necessidades da grávida. Esta foi igualmente uma oportunidade para aprofundar a compreensão do processo de transição vivenciado pela grávida que se encontra numa situação diferente do esperado. O acompanhamento próximo e individualizado possibilitou a implementação de intervenções que facilitaram uma transição saudável para a maternidade, como se poderá verificar de seguida.

2.1.2. Promoção da adaptação à gravidez e preparação para a parentalidade num contexto de ameaça de parto pré-termo

A Joana, 37 anos, VG IIIP (partos eutócicos) com um abortamento anterior, está atualmente grávida de 28 semanas e 1 dia. O seu grupo sanguíneo é O, fator *Rhesus* positivo e o resultado do rastreio para *Streptococcus* beta hemolítico do grupo B (SGB) é negativo. Relativamente a antecedentes pessoais, apresenta síndrome vertiginosa já conhecido antes da gravidez. Como medicação habitual, fazia no domicílio sulfato ferroso oral 329,7mg de libertação prolongada, duas vezes por dia, não tendo alergias

medicamentosas conhecidas. Atualmente, encontra-se internada há 20 dias na UMF, com o diagnóstico de APPT, que motivou a sua admissão.

A Joana recorreu ao serviço de urgência com 25 semanas e 1 dia de idade gestacional, por apresentar contrações uterinas irregulares, com suspeita de perda de líquido amniótico, que não se confirmou ao exame ginecológico, no qual apresentava o colo do útero fechado, com início de extinção. Após avaliação médica, a Joana ficou internada na UMF com o diagnóstico de APPT, para antibioterapia, tocólise e corticoterapia. Três dias após, com 25 semanas e 4 dias de idade gestacional, pelas 3h40, teve rutura da bolsa amniótica, confirmada ao espéculo, com saída de líquido amniótico em quantidade abundante, de características normais. No início do turno realizado, a Joana regressou à UMF, após ter passado a noite no BP por perda vaginal hemática ligeira e sensação de contratilidade uterina dolorosa. Durante a noite iniciou perfusão endovenosa (EV) de sulfato de magnésio para neuroproteção fetal, tocólise e corticoterapia.

Apresenta a seguinte medicação prescrita:

- Hidróxido de magnésio 83mg/mL 20 mL *Per Os* (PO) às 12h
- Complexo hidróxido férrico 100mg PO às 9h e 21h
- Hidroxizina 25mg PO às 21h
- Atosibano 7,5mg/mL EV em perfusão contínua a 8mL/h
- Dexametasona 6mg intramuscular (IM) às 9h e 21h

Atitudes terapêuticas prescritas:

- Monitorização de CTG
- Monitorização de sinais vitais
- Repouso absoluto no leito

Define-se como parto pré-termo (PPT) aquele que ocorre antes das 37 semanas de gravidez, após ter sido concluído o tempo necessário para se atingir a viabilidade fetal (Sousa, 2021). Esta é considerada a maior causa de morbimortalidade perinatal nos países desenvolvidos, essencialmente quando ocorre antes das 34 semanas de gravidez. No caso de uma APPT, verifica-se a existência de contratilidade uterina frequente, regular e dolorosa associada a

distensão do segmento uterino inferior, mas sem repercussão cervical. Nestas situações, entre as 24 e 33 semanas e 6 dias de gravidez, está indicado o internamento da grávida para realização de corticoterapia para maturação pulmonar fetal, tocólise e neuroproteção com sulfato de magnésio (Ramalho & Moucho, 2024).

A Joana encontra-se a realizar tocólise, uma estratégia farmacológica que é considerada em situações de APPT em que existe benefício no prolongamento da gravidez por 48h, para realização de corticoterapia para maturação pulmonar fetal, como é o caso. A tocólise com *Atosibano* é realizada em três fases: *bólus* inicial de 6,75mg, três horas de perfusão EV de carga a 18mg/h (24mL/h) e, por fim, perfusão EV subsequente a 6 mg/h (8mL/h) até 45 horas (Ramalho & Moucho, 2024), sendo esta a fase que a Joana se encontra a realizar.

A corticoterapia para maturação pulmonar fetal está também recomendada nesta gravidez, independentemente da integridade das membranas amnióticas, pois existe risco de PPT nos sete dias seguintes. A realização de uma injeção IM de dexametasona 6mg 12/12h, quatro tomas, está indicada como ciclo de resgate, uma vez que o primeiro ciclo de corticoterapia já foi realizado há mais de 15 dias (Areia et al., 2018).

Perante uma situação de risco de PPT, impõe-se a vigilância de sinais de alarme tais como: queixas álgicas pélvicas, abdominais ou lombares, pressão pélvica, modificação ou aumento do fluxo vaginal (que poderá ser mucoso ou, por vezes, hemático) e presença de contrações uterinas. Para além disso, devem ser avaliados os sinais vitais da grávida, bem como verificar o tônus e contratilidade uterina e assegurar o bem-estar fetal (Sousa, 2021). Por este motivo, no início do meu turno realizei a avaliação física da grávida, para despistar sinais de alarme, como consta no Quadro 1.

Quadro 1. Gravidez da Joana

Domínio: Gravidez
Dados: A Joana, VG IIP 1 abortamento, está grávida de 28 semanas e 1 dia.
Diagnóstico: Gravidez
Objetivos: Detetar precocemente sinais e sintomas de agravamento do estado clínico
Critérios de resultado: Que a gravidez decorra sem complicações
Intervenções: - Avaliar evolução da gravidez: - Pressão sanguínea - Frequência cardíaca materna - Temperatura corporal - Perda sanguínea vaginal - Monitorização de CTG - Movimentos fetais percebidos pela Joana - Perda de líquido amniótico - Queixas algícas ou sensação de contratilidade uterina
Dados de avaliação: - Pressão sanguínea avaliada no membro superior direito, com a Joana semi-sentada, com as pernas esticadas: 112/68 mmHg - Frequência cardíaca materna: 71 bpm - Temperatura auricular direita: 36,2°C - Sem perda sanguínea vaginal - Monitorização de CTG durante 30 minutos: - Linha de base: 140bpm - Variabilidade entre 5-25bpm - Com acelerações - Sem contrações uterinas - Movimentos fetais presentes e percebidos pela Joana - Perda de líquido amniótico escassa, cor clara e cheiro <i>suis generis</i> - Sem dor ou sensação de contratilidade uterina

Após exclusão dos sinais de alarme previamente referidos, a Joana foi informada sobre os sinais a que deve estar atenta durante o internamento, de forma a alertar a equipa de profissionais de saúde caso identifique algum deles. O conhecimento da grávida sobre os possíveis sinais de alarme indicativos de uma APPT permite que sejam tomadas medidas adequadas em tempo útil, evitando complicações na evolução da gravidez (Nené et al., 2016). No quadro seguinte apresenta-se a conceção de cuidados implementados neste âmbito (Quadro 2).

Quadro 2. Potencial para melhorar conhecimento sobre sinais de complicações na gravidez
[Joana]

Domínio: Adaptação à gravidez com complicações
Dados: A Joana refere <i>“Já me falaram de alguns sinais a que devo estar atenta nesta fase, apenas me recordo da perda de líquido amniótico e contrações uterinas. Que outros sinais posso vigiar?”</i>
Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre sinais de complicações na gravidez
Objetivos: Melhorar conhecimento sobre sinais de complicações na gravidez
Crítérios de resultado: Que a Joana seja capaz de identificar sinais de complicações na gravidez
Intervenções: - Explicar sinais de compromisso feto-placentar: - Perda de sangue, com ou sem coágulos, acompanhada de dor abdominal e contrações frequentes ou irregulares. - Perda de líquido amniótico. - Dor abdominal persistente, com ou sem perda de sangue. - Diminuição ou ausência de movimentos fetais: <i>“pode, por exemplo, contar até 10 movimentos no mesmo horário, todos os dias, até perceber o padrão habitual do seu filho. Se perceber que ele parou de se mexer ou está a mexer-se num padrão diferente (para menos) do padrão habitual, é um sinal de alerta.”</i> - Avaliar evolução do conhecimento sobre sinais de complicações na gravidez.
Dados de avaliação Após serem explicados os sinais de alarme para a sua situação clínica específica, a Joana demonstrou compreender e referiu que caso verificasse alguma alteração irá alertar a equipa de enfermagem.

Tal como descrito anteriormente, a Joana tinha prescrita a realização de um ciclo de resgate de dexametasona IM para maturação pulmonar fetal, que foi administrado pelas 9h. No momento de administração desta medicação, a Joana questionou qual a finalidade da mesma, como se pode verificar no Quadro 3.

Quadro 3. Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso durante a gravidez [Joana]

Domínio: Adaptação à gravidez com complicações
Dados: Aquando da administração de dexametasona IM, a Joana questiona <i>“Eu sei que já fiz essas injeções logo nos primeiros dias que estive internada, mas pode me explicar para que é que são? Já não me lembro, foi tanta coisa”</i>
Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso durante a gravidez
Objetivos: Melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso durante a gravidez
Crítérios de resultado: Que a Joana seja capaz de reconhecer os benefícios da administração de dexametasona na gravidez
Intervenções: - Ensinar sobre regime medicamentoso durante a gravidez: <i>“A realização de corticoterapia está recomendada nos casos em que existe risco de PPT nos próximos sete dias e tem como objetivo promover a maturação pulmonar fetal, reduzindo a morbilidade e mortalidade neonatal, nomeadamente o risco de síndrome de dificuldade respiratória, hemorragia cerebroventricular, enterocolite necrotizante e necessidade de suporte ventilatório e admissão numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Como a Joana fez esta medicação no início do seu internamento, há mais de 15 dias, é recomendada a realização de um novo ciclo, que é composto por quatro injeções IM desta medicação”</i> (Areia et al., 2018). - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime medicamentoso durante a gravidez.
Dados de avaliação A Joana demonstra compreender e refere <i>“Obrigada, então depois desta injeção farei ainda mais duas.”</i>

Durante a gravidez, tanto a mãe como o pai constroem expectativas em torno do filho imaginado, desejando que ele seja saudável, mas sem esquecer as possíveis complicações. Nesse contexto, forma-se uma imagem idealizada do bebé. O conhecimento sobre desenvolvimento fetal que se vai construindo durante a gravidez ajuda a grávida e a pessoa significativa com quem partilha o projeto de maternidade a construir uma imagem do filho em desenvolvimento (Cardoso et al., 2024).

Perante a possibilidade de um parto prematuro, as necessidades, expectativas e receios manifestados, ou não, pelos pais são foco de atenção do EE-ESMO. Na maioria das vezes, os pais idealizam um parto de termo vivido de forma positiva, pelo que, quando esse processo é interrompido por um

nascimento prematuro, podem sentir-se desorientados, incompletos e emocionalmente incapazes de lidar com o recém-nascido (Miele et al., 2018). Deste modo, o EE-ESMO deve compreender as dificuldades enfrentadas pelos pais, a fim de facilitar a sua adaptação aos novos papéis parentais, promovendo o desenvolvimento de competências ajustadas, independentemente do contexto clínico em que o bebé se encontra.

A necessidade de internamento do recém-nascido numa UCIN é muitas vezes um acontecimento inesperado para os pais, gerando um sentimento de perda em relação ao filho que idealizavam. A separação entre os pais e o recém-nascido traduz-se num contacto físico e emocional reduzido, o que pode comprometer a construção e o fortalecimento do vínculo e atrasar o processo de transição para o novo papel parental (Gaiva et al., 2021). Neste sentido, quando se prevê que aconteça um PPT e consequente internamento do recém-nascido numa UCIN, surgem várias questões para os pais, que devem ser respondidas pelos profissionais de saúde, com o objetivo de antecipar e minimizar as sensações negativas que estes possam experienciar, adequando as suas expectativas. No Quadro 4, encontra-se uma reflexão feita pela Joana acerca das características e necessidades do recém-nascido prematuro, sendo evidente o seu interesse em aprofundar o conhecimento sobre esta temática.

Quadro 4. Potencial para melhorar conhecimento sobre recém-nascido prematuro [Joana]

Domínio: Adaptação à gravidez com complicações
Dados: A Joana refere <i>“Se o meu bebé nascer nestes próximos dias vai ser tão pequenino e certamente precisa de outros cuidados... mas não sei exatamente o que é que posso esperar, o que será diferente em relação ao que foram os irmãos ao nascer. Gostava de saber mais sobre isso”</i>
Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre recém-nascido prematuro
Objetivos: Melhorar conhecimento sobre recém-nascido prematuro
Crítérios de resultado: Que a Joana seja capaz de reconhecer as principais características e necessidades de um recém-nascido prematuro
Intervenções: - Ensinar sobre recém-nascido prematuro: - <i>“É expectável que um bebé prematuro tenha maior dificuldade de adaptação ao meio fora do útero, uma vez que tem de o fazer mais cedo e num ambiente para o qual não está preparado. Por esse motivo, tem</i>

necessidade de ficar internado numa UCIN” (SPN, 2016).

- “Estes bebés podem ser hipo ou hiper-reactivos/responsivos, ou seja, podem apresentar momentos em que reagem em excesso e noutros momentos ser mais letárgicos e apáticos, dada a sua maior necessidade de descanso. Isto faz com que possam ser mais imprevisíveis nos primeiros meses de vida” (SPN, 2016).

- “O bebé poderá ter também maior dificuldade na coordenação da sucção-deglutição-respiração, o que faz com que possa ser necessário alimentar-se por uma sonda” (SPN, 2016).

- “É importante que tente esclarecer as suas dúvidas e receios e conheça estas características diferenciadoras que tornam esta interação mais especial, para que se sinta mais confiante no momento em que estiver com o seu bebé” (SPN, 2016).

- Avaliar evolução do conhecimento sobre recém-nascido prematuro.

Dados de avaliação

A Joana refere: “Obrigada por me esclarecer, certamente vão aparecer mais dúvidas e perguntas nos próximos dias, mas vou falando consigo sobre isso, quero preparar-me ao máximo para fazer o melhor ao meu bebé.”

A chegada de um recém-nascido representa um momento marcante e transformador na vida das famílias, envolvendo uma multiplicidade de dimensões emocionais, psicológicas e culturais que influenciam, de forma significativa, a forma como cada mãe e pai experiencia esta fase. O significado atribuído a esta vivência é pessoal e variável, moldado por emoções, valores, tradições e pela perceção das mudanças que ocorrem. Segundo Meleis (2010), o significado atribuído à experiência de se tornar mãe ou pai constitui uma condição determinante no processo de transição, podendo tornar-se facilitador ou dificultador na adaptação ao novo papel parental.

De facto, a interpretação individual da mudança, quer esta seja esperada ou inesperada, como no caso de um nascimento prematuro, influencia diretamente o grau de envolvimento dos pais no processo de transição e a sua capacidade de adaptação à nova realidade. O valor que cada pessoa atribui à parentalidade orienta os sentimentos que emergem e condiciona os comportamentos face àquilo que é vivido como relevante ou desafiante. Esta construção de significado, baseada na perceção individual da realidade, constitui, portanto, uma base essencial para a forma como os pais

se posicionam perante o novo papel e se ajustam às exigências da parentalidade (Meleis, 2010).

A chegada de um bebé implica, com frequência, a vivência de desafios significativos, como a perda de autonomia, o aumento das tarefas quotidianas, o cansaço físico e emocional, as implicações financeiras e as mudanças na dinâmica familiar e conjugal. Quando o parto ocorre de forma prematura, antecipando um momento para o qual os pais ainda não estavam preparados e introduzindo variáveis inesperadas, este processo de transição torna-se ainda mais exigente, requerendo uma resposta adaptativa mais complexa e, muitas vezes, apoio emocional e informativo por parte dos EE-ESMO (SPN, 2016).

Neste sentido, o EE-ESMO tem um contributo central no cuidado à grávida e à sua família, uma vez que está atento às necessidades e às mudanças que as transições trazem para as suas vidas, capacitando-as para enfrentarem essas mudanças, promovendo a aprendizagem e a aquisição de novas competências (Meleis, 2010). No quadro seguinte, apresenta-se a análise do significado atribuído pela Joana à chegada do recém-nascido, permitindo compreender a forma como esta percebe as mudanças e os fatores que influenciam a vivência deste processo (Quadro 5).

Quadro 5. Potencial para melhorar significado atribuído à chegada do recém-nascido [Joana]

Domínio: Adaptação à parentalidade
Dados: A Joana refere “ <i>Vou ser muito sincera enfermeira, esta noite achei mesmo que o meu bebé ia nascer. E os médicos já me têm vindo a dizer que estão a fazer o possível, mas ele pode nascer a qualquer momento e tenho de estar preparada para isso. Ao pensar nisso fico extremamente preocupada, vai ser tão difícil, não é nada do que eu tinha planeado... tenho mais três filhos em casa, que estão ansiosos por me ter em casa, mas com este bebé que vai nascer tão pequeno e vai ficar internado, não vou conseguir estar presente para os meus outros filhos. Já para não pensar em como deve estar a minha casa... tudo desarrumado, nem vou ter tempo de deixar a casa pronta antes dele nascer.</i> ”.
Diagnóstico: Potencial para melhorar significado atribuído à chegada do recém-nascido
Objetivos: Promover a reformulação do significado atribuído à chegada do recém-nascido
Critérios de resultado:

Que a Joana reformule o significado dificultador
Intervenções: - Assistir a Joana a analisar o significado dificultador: - Explicar o que é um significado: <i>“O modo como pensa neste momento é uma representação interna que constrói baseada nas suas emoções, valores e na forma como percebe as mudanças que podem surgir. O significado que atribui ao nascimento prematuro do seu filho, que vai prejudicar a sua relação e presença para os seus outros filhos, é algo que pode vir a mudar nos próximos dias.”</i>. - Colocar questões de reflexão: <i>“Como se sentiu quando soube que estava grávida? O que lhe parece de recordarmos agora esse momento? Tente imaginar o que irá sentir quando todos os irmãos estiverem juntos consigo em casa”</i>. - Incentivar a procura de experiências positivas junto de pessoas significativas: - Colocar questões de reflexão: <i>“Existe alguém que conheça que tenha estado na mesma situação e tenha tido uma experiência bem-sucedida? Por exemplo, a experiência da Daniela que conheceu cá no internamento e que também teve um bebé prematuro. O que pode aprender com essa experiência?”</i>. - Promover o envolvimento da pessoa significativa (Bruno): <i>“Já conversou com o Bruno sobre as suas preocupações? Juntos poderiam pensar em estratégias para facilitar este processo de adaptação.”</i>. - Incentivar a expressão de sentimentos: - Estimular a Joana a verbalizar os seus sentimentos e receios face à gravidez e maternidade. - Avaliar evolução do significado atribuído à chegada do recém-nascido.
Dados de avaliação <i>“Realmente acho que falar com outras pessoas sobre esta minha preocupação poderá ser uma grande ajuda, a Daniela também esteve numa situação semelhante e agora está a lidar muito bem, o importante é que o nosso filho se mantenha com saúde... mas ter os outros filhos em casa é sempre uma preocupação acrescida.”</i> <i>“Este bebé sempre foi muito desejado, tanto eu como o Bruno e os nossos filhos ficamos muito felizes quando soubemos que vinha aí mais um irmão. Isto de estar internada é que foi sem estarmos a contar e não é fácil gerir.”</i>

Perante a afirmação inicial da Joana, é possível concluir que esta atribui um significado dificultador à chegada do recém-nascido prematuro, referindo que por este exigir mais cuidados e por ter necessidade de internamento, vai ser um obstáculo na relação com os seus outros filhos, não tendo tanta disponibilidade para os mesmos. Através das intervenções de enfermagem acima referidas, pretende-se incentivar a Joana a refletir sobre o modo como pensa, orientando-a nesta reflexão e explicando que esta forma

de pensar poderá ser alterada ao longo do tempo. A procura de experiências positivas de pessoas significativas e o envolvimento da pessoa significativa, neste caso o pai, no processo de transição, irá ajudar a alcançar resultados mais positivos, tornando a transição mais saudável.

A vivência de uma gravidez com complicações e risco de PPT representa uma transição significativa na vida da mulher, marcada por sentimentos de medo, ansiedade, incerteza e perda do controlo. Esta transição pode ser dificultada pela necessidade de hospitalização, mudanças nos papéis familiares e sociais e pela antecipação de um parto antes do tempo esperado, impactando o bem-estar físico e emocional da grávida (Meleis, 2010). Neste contexto, o EE-ESMO intervém enquanto facilitador desta transição. A sua intervenção tem como objetivo promover uma transição saudável da mulher, reforçando os seus recursos pessoais e capacitando-a para lidar com as exigências desta nova realidade (Silva et al., 2021). Através das suas intervenções, o EE-ESMO contribui para uma vivência mais positiva da gravidez de risco e para a preparação da mulher e da família para o possível PPT, adequando as suas expectativas.

2.1.2.1. Análise do caso clínico da Joana e reflexão sobre o desenvolvimento de competências

Através do acompanhamento do caso clínico em questão, foi possível desenvolver um conjunto abrangente de competências inerentes ao exercício do EE-ESMO, conforme preconizado pelo Regulamento n.º 391/2019 da OE. No decorrer da minha intervenção, monitorizei a gravidez e realizei a vigilância de sinais e sintomas de risco, bem como desvios ao padrão fisiológico da gravidez e ao processo de adaptação da mulher. Acompanhei a grávida com o diagnóstico de APPT, colaborando na vigilância e controlo da sua situação

clínica, integrando o meu contributo nos planos terapêuticos da equipa multidisciplinar, o que evidenciou a minha capacidade de cooperação interprofissional e de tomada de decisão fundamentada.

Para além disso, desenvolvi competências relacionais e de promoção do conhecimento e capacitação, promovendo a vigilância de complicações, ao ensinar a Joana relativamente aos sinais de alarme, ao regime medicamentoso e às características e necessidades de um recém-nascido prematuro, respondendo às suas necessidades. As intervenções centradas na mulher foram planificadas e implementadas tendo em conta as suas necessidades físicas, emocionais e sociais, com o objetivo de promover uma experiência de gravidez segura e positiva. Neste sentido, mobilizei também competências no âmbito da promoção da saúde mental perinatal, reconhecendo a importância de estratégias como a escuta ativa, a empatia e a criação de uma relação terapêutica que favorecesse a expressão dos sentimentos e das questões da mulher relativamente à gravidez e à mudança que perceciona.

Este caso clínico, para além de representar uma complicação da gravidez muito prevalente nas unidades hospitalares de medicina materno-fetal, espelha significativamente os cuidados diferenciados prestados por um EE-ESMO, na medida em que é realizada uma avaliação da mulher e da sua gravidez, baseada não só na sua patologia e no que demonstra ser um desvio da normalidade, mas também no seu processo de adaptação à gravidez, sendo implementadas intervenções de enfermagem relevantes para a vivência da gravidez e transição saudável.

Com a implementação do plano de cuidados delineado, foi possível promover o envolvimento e a reflexão da grávida, que iniciou um processo de reformulação do significado atribuído à chegada do recém-nascido, e demonstrou uma perceção mais confiante face a esta nova etapa da vida. Através do esclarecimento e discussão das questões e receios da Joana, verificou-se uma melhoria significativa no seu conhecimento acerca das particularidades do recém-nascido prematuro, o que contribuiu para a

redução da ansiedade associada ao desconhecimento e facilitou uma postura mais ativa e informada durante o internamento.

Paralelamente, a Joana evidenciou uma melhor compreensão do regime medicamentoso prescrito para a sua situação clínica, promovendo a adesão terapêutica e a segurança no seguimento das orientações terapêuticas. Também foi possível reforçar o seu conhecimento relativamente aos sinais de complicações na gravidez, capacitando-a para uma vigilância mais eficaz e para uma comunicação mais proativa com a equipa de saúde, o que potencialmente contribui para uma intervenção precoce em situações de risco. Estes resultados traduzem-se numa melhoria global do seu empoderamento enquanto protagonista no cuidado da sua saúde e do seu bebé, refletindo a eficácia das intervenções realizadas e o contributo fundamental do EE-ESMO na promoção do conhecimento e da adaptação positiva à parentalidade e gravidez.

O empoderamento pode ser entendido como um processo dinâmico, influenciado por fatores individuais, sociais e culturais, através do qual a mulher adquire conhecimentos, capacidades e autoeficácia para assumir uma atitude ativa nas decisões que dizem respeito à sua saúde. No contexto da gravidez, este conceito associa-se ao acesso à informação clara e baseada na evidência, à promoção da autonomia na tomada de decisões e ao respeito pelas escolhas individuais, reduzindo a ansiedade materna. A grávida empoderada é aquela que compreende os diferentes aspetos da gravidez, do parto e do pós-parto, sente-se capaz de participar de forma informada nas decisões relativas aos seus cuidados de saúde e reconhece o seu protagonismo neste processo (Nieuwenhuijze & Leahy-Warren, 2019).

Tendo em conta que no turno em questão a Joana se manteve sozinha, não foi possível estabelecer contacto com o Bruno, o seu marido. Contudo, a inclusão da pessoa significativa no plano de cuidados seria de grande relevância, uma vez que o envolvimento da mesma no processo de adaptação à gravidez e parentalidade constitui um fator protetor na experiência materna e no fortalecimento do vínculo familiar. A participação

do pai permite não só reduzir sentimentos de ansiedade e sobrecarga na mulher, como também favorecer uma vivência mais positiva da parentalidade para ambos (Bohren et al., 2017).

Nesse sentido, teria sido pertinente implementar intervenções de enfermagem dirigidas ao Bruno, esclarecendo as suas questões, acolhendo os seus receios e incentivando a sua participação ativa nos cuidados. Apesar da ausência física no contexto descrito, a Joana foi incentivada a dialogar com o Bruno e a partilhar com ele os seus sentimentos e receios, de modo a torná-lo parte integrante deste processo de transição.

2.2. Cuidar a mulher em trabalho de parto

Cuidar a mulher em TP é criar um espaço de segurança, confiança e acolhimento, onde o corpo e a experiência da parturiente são respeitados. Este cuidado implica integrar intervenções baseadas em evidência, promovendo a mobilidade e oferecendo estratégias de conforto e estratégias para lidar com a dor, apoiando a progressão fisiológica do TP. Simultaneamente, envolve a monitorização cuidadosa do estado materno-fetal, garantindo segurança, enquanto se valoriza a autonomia da mulher e a singularidade do seu processo.

2.2.1. Caracterização do contexto de estágio - BP

A unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório final”, prevê a realização de um estágio de 500h num serviço de BP, para o desenvolvimento de competências específicas de EE-ESMO, mais especificamente no que diz respeito ao domínio “*Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto*” (Regulamento n.º 391/2019). Este estágio decorreu entre o dia 21 de setembro de 2024 e o dia 11 de fevereiro de 2025, num hospital da zona norte do país.

De acordo com o Regulamento n.º 391/2019, no que diz respeito ao TP, é competência do EE-ESMO “*cuidar a 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, 2019c, p.13562). Neste sentido, o EE-ESMO adota uma abordagem centrada na mulher, que integra as dimensões físicas, emocionais, sociais e culturais da mesma, assegurando cuidados individualizados que promovem uma vivência saudável e positiva do seu TP.

O serviço de BP no qual realizei estágio é constituído por seis salas de parto individuais, cada uma com uma cama de parto, um monitor de CTG, um cadeirão para a pessoa significativa que acompanha a grávida, uma casa de banho com coluna de hidromassagem e um reanimador para o recém-nascido.

O serviço conta ainda com uma sala de bloco operatório onde são realizados os partos por cesariana, maioritariamente nos casos em que esta é emergente, por se encontrar fisicamente muito próxima, e a respetiva sala de recobro onde as mulheres permanecem após o parto por cesariana, até terem alta clínica para o serviço de puerpério.

Para além disso, existe também uma sala de relaxamento onde se encontram bolas de parto, espaldares e um dispositivo que permite à mulher adotar posturas em suspensão, que podem ser utilizados pelas mulheres em

TP sempre que assim desejarem. Esta última sala não é utilizada com frequência no serviço, pois muitas mulheres não têm conhecimento da existência da mesma e não é comum os profissionais de saúde que acompanham o TP apresentarem a sala às mulheres e convidarem-nas a experimentar os diferentes recursos. Por outro lado, constatei que a maioria das mulheres não são muito recetivas quando são incentivadas a sair da sua sala por exemplo para deambular, preferindo ficar no seu espaço.

As salas de parto permitem a utilização de algumas estratégias não farmacológicas para lidar com a dor, sendo as mais frequentemente utilizadas o ajuste da luminosidade, a utilização da bola de parto, a adoção de diferentes posições na cama de parto, a utilização de hidroterapia, a musicoterapia e a massagem.

Durante a permanência na sala de parto, a mulher tem o direito ao acompanhamento permanente por uma pessoa que lhe seja significativa para estar presente durante todo o TP. Este é um aspeto de elevada importância, uma vez que a presença de uma pessoa significativa durante o TP promove sentimentos de conforto, segurança e confiança. Este apoio contínuo contribui para uma experiência de TP mais positiva, ajudando a reduzir o medo, a sensação de dor e o uso de analgesia, além de melhorar a comunicação entre a parturiente e a equipa de saúde (Bohren et al., 2017).

No que diz respeito aos recursos humanos, a equipa de enfermagem do BP é apenas constituída por EE-ESMO, num total de três enfermeiros por turno, que prestam cuidados às seis mulheres nas salas de parto ou no recobro do bloco operatório. Segundo o Parecer nº 43/2019, da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da OE (2019d), o rácio EE-ESMO/parturiente na assistência de TP deve ser de 1:2 no primeiro estadio do TP e no segundo estadio de 1:1, sendo que no terceiro e quarto estadio a responsabilidade da assistência é do EE-ESMO presente no segundo estadio. Esta continuidade de cuidados não só promove a confiança e a relação terapêutica estabelecida entre a mulher/casal e o EE-ESMO, como também favorece a tomada de decisão clínica fundamentada, uma vez que o

EE-ESMO detém um conhecimento aprofundado da evolução do TP e das necessidades específicas daquela mulher.

Durante o período em que realizei estágio, pude verificar que estes rácios foram assegurados, tendo em conta que as salas de parto não estavam todas ocupadas. No entanto, numa situação em que o serviço esteja ocupado na totalidade, com seis parturientes ou puérperas, os cuidados não são assegurados de acordo com o parecer da OE anteriormente referido.

No serviço está ainda presente uma equipa médica de obstetras, habitualmente constituída por três médicos, que asseguram o atendimento no serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia, na UMF, nas salas de parto e a realização de cesarianas eletivas no bloco operatório central do hospital. Para além disso, durante o dia está presente um anestesista no serviço, sendo que durante a noite sempre que necessário tem de ser contactado o anestesista que presta apoio a todo o hospital, o que faz com que este por vezes não tenha disponibilidade imediata para observação das grávidas. No momento do parto, um EE-ESMO presente no serviço contacta telefonicamente o pediatra para que este esteja presente, de acordo com protocolo do serviço.

No que diz respeito à metodologia de trabalho, cada EE-ESMO é responsável pela prestação de todos os cuidados de enfermagem a uma ou duas parturientes ou puérperas que lhe são atribuídas no início de cada turno, contando com o apoio dos restantes elementos da equipa de enfermagem sempre que necessário. No período expulsivo do TP estão sempre presentes dois EE-ESMO, em que o que acompanhou o TP fica responsável pelo parto e o segundo fica responsável pelos cuidados imediatos ao recém-nascido.

Para a elaboração do presente relatório de estágio, optei por apresentar, em primeiro lugar, o caso da Rita, cuja experiência descrevo de seguida. Esta situação destacou-se, para mim, enquanto futura EE-ESMO, por ter representado uma vivência distinta da maioria das que acompanhei no BP.

A Rita demonstrou, desde o início, a intenção clara de recorrer exclusivamente a estratégias não farmacológicas para lidar com a dor durante o TP, evitando o uso de medidas farmacológicas como a analgesia epidural. Este plano de parto da Rita contrastou com o padrão observado na generalidade das parturientes a quem prestei cuidados ao longo do estágio, as quais, na sua maioria, se mostravam pouco disponíveis para a utilização de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor e de estratégias facilitadoras do TP, como a verticalidade e mobilidade com adoção de diferentes posições ao longo do TP, optando frequentemente por permanecer no leito e recorrer à analgesia epidural. Neste contexto, o acompanhamento da Rita representou uma oportunidade enriquecedora para o desenvolvimento de competências diferenciadas enquanto EE-ESMO, focando o TP na autonomia e empoderamento da mulher.

Em segundo lugar, apresentarei o caso da Mariana, particularmente relevante por se tratar de um processo de ITP, prática bastante frequente no hospital onde realizei estágio, como será detalhado adiante. A Mariana optou pela analgesia epidural, associando-a à utilização de métodos não farmacológicos para lidar com a dor, demonstrando desde o início vontade de se manter ativa e de adotar estratégias facilitadoras do processo de TP. Ao longo do caso clínico, é possível observar como a sua participação ativa e informada e o respeito pelas suas preferências contribuíram para uma experiência de TP positiva. Este exemplo permite evidenciar que, mesmo perante a opção pela analgesia epidural, é possível preservar a liberdade de movimentos e integrar medidas não farmacológicas, promovendo simultaneamente o conforto, controlo e a sensação de protagonismo da mulher.

2.2.2. O poder do corpo: promoção do parto fisiológico como caminho para lidar com a dor

A Rita, primigesta, 40 semanas e 1 dia, recorreu ao serviço de urgência de obstetrícia acompanhada pelo seu marido, o Tiago, pela 1h45 por apresentar perda de líquido amniótico em pequena quantidade, de cor clara e cheiro *suis generis*, com contratilidade uterina dolorosa com uma contração a cada 6 minutos. Após avaliação no serviço de urgência, fica internada no BP, por se encontrar em TP.

O grupo de sangue da Rita é B, fator *Rhesus* positivo e o resultado do rastreio para SGB é negativo, refere não ter antecedentes clínicos relevantes nem alergias medicamentosas conhecidas. A sua gravidez foi vigiada desde as sete semanas, pelo seu obstetra particular e pela equipa de saúde familiar, integrou o programa de preparação para o parto e adaptação à parentalidade no seu centro de saúde.

Aquando da admissão no BP, a Rita refere *“adiei ao máximo esta vinda para o hospital, pois quero que este trabalho de parto tenha a menor intervenção possível, preparei-me para um parto fisiológico e é assim que pretendo que seja, estive em casa até a dor começar a ficar mais forte como está neste momento, tenho que me concentrar.”*

O TP é um processo fisiológico que se torna numa experiência pessoal e significativa para cada parturiente, este é definido pela presença de contrações uterinas regulares, com sensação dolorosa, que aumentam em frequência e intensidade, enquanto se dá a extinção cervical e se inicia a dilatação, dividindo-se em quatro estadios (Nené et al., 2016).

A Rita apresenta o colo do útero com 70% de extinção e 5 cm de dilatação, encontrando-se por isso na transição entre a fase latente e a ativa do primeiro estadio do TP (WHO, 2018b). Nesta altura, é expectável que o colo se torne mais reativo à contratilidade uterina e facilite a descida mais rápida da apresentação. No caso da Rita, sendo uma nulípara, é comum acontecer a extinção e só depois a dilatação (Nené et al., 2016).

Uma vez admitida na sala de partos e assegurado o seu conforto e disponibilidade, a Rita iniciou monitorização com CTG contínua, de acordo com o protocolo do serviço e recomendação da Direção-Geral da Saúde (2023), mas que contrapõe a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS). De acordo com a World Health Organization (WHO, 2018b), a monitorização contínua por CTG pode não ser vantajosa quando comparada com a auscultação intermitente, podendo levar ao aumento de intervenções médicas como cesarianas ou partos vaginais instrumentados, procedimentos que estão associados a riscos acrescidos de morbilidade para a mãe e o bebé. Para além disso, a monitorização contínua pode ter um impacto negativo na autonomia da parturiente, aumentando o desconforto e reduzindo as estratégias disponíveis para lidar com a dor. Tendo em conta o plano de parto da Rita, nomeadamente a sua vontade de manter liberdade de movimentos durante o TP, optou-se por monitorizar com um monitor de CTG sem fios.

De acordo com a Tomada de posição n.º 01/2022 sobre o parto fisiológico saudável e normal da OE (2022), a vivência de um parto fisiológico sem complicações tem alguns benefícios a curto prazo para a maioria das mulheres, como sentir-se física e emocionalmente saudável e empoderada após o seu parto. Por outro lado, uma vez que a mulher não é exposta a medicamentos que podem afetar o seu comportamento neurológico, esta tem maior capacidade física e emocional de responder às necessidades do seu recém-nascido, podendo traduzir-se numa vantagem para o mesmo.

Como benefícios a longo prazo, verifica-se melhoria da saúde física e mental da mulher, mestria no desempenho materno e consequentemente um crescimento e desenvolvimento infantil saudáveis. A valorização do parto fisiológico contribui para a mudança de perceção da sociedade relativamente ao TP, deixando de o encarar como um evento patológico, controlado exclusivamente por profissionais, para o reconhecer como uma experiência natural de saúde e bem-estar, onde a mulher assume um papel ativo e partilhado na tomada de decisões juntamente com a equipa de saúde (OE, 2022).

No Quadro 6 apresenta-se a conceção de cuidados referente ao momento de admissão da Rita na sala de partos.

Quadro 6. Trabalho de parto [Rita]

Domínio: Parto
Dados: A Rita apresenta o colo do útero centrado, consistência mole, 70% de extinção e 5cm de dilatação, o feto encontrava-se no 1.º plano de <i>Hodge</i> . A perda de líquido amniótico é escassa, de cor clara e cheiro <i>suis generis</i> .
Diagnóstico: Trabalho de parto
Objetivos: Determinar evolução do TP e bem-estar fetal Facilitar o TP Promover parto eutócico
Critérios de resultado Que o TP mantenha uma evolução favorável Que o feto mantenha sinais de bem-estar
Intervenções: - Avaliar evolução do TP: - Avaliar características da contração uterina - Avaliar bem-estar fetal - Avaliar perda de líquido amniótico - Avaliar perda sanguínea vaginal - Facilitar TP: - Gerir ingestão de líquidos: Disponibilizar água, chá e gelatina (alimentos de rápida digestão), promovendo a hidratação durante o TP. - Referenciar compromisso no TP ao médico (SOS). - Referenciar compromisso do estado do feto ao médico (SOS).
Dados de avaliação: 02h15 - Perda de líquido amniótico escassa, cor clara e cheiro <i>suis generis</i> - Sem perda sanguínea - Monitorização com CTG: - 2 contrações uterinas a cada 10 minutos; - Linha de base: 150bpm - Variabilidade entre 5-25bpm - Com acelerações - Movimentos fetais presentes e perçecionados pela Rita

A dor do TP é uma sensação subjetiva e intrínseca a cada pessoa e pode influenciar significativamente a evolução do TP, interferindo nas decisões e na satisfação das parturientes. A forma como a mulher lida com a dor está muitas vezes ligada à ansiedade, provocando ativação do sistema nervoso

simpático e consequentemente aumentando a tensão nos ligamentos redondos do útero e rigidez cervical, que por sua vez vão atuar como uma força de resistência ao trabalho das fibras musculares, aumentando a tensão intrauterina e a dor percebida pela parturiente (Nené et al., 2016). A sensação de dor poderá assim estar associada a um TP mais prolongado, níveis mais elevados de hormonas de *stress* e a um maior recurso à analgesia farmacológica (Tereso et al., 2023).

O estudo prospetivo de Tzeng (2017) demonstrou que a dor está intimamente relacionada com níveis de ansiedade e fadiga materna, que se intensificam ao longo da evolução do TP. A combinação destes três fatores associa-se a uma maior duração global do processo e a um recurso mais frequente a intervenções médicas, incluindo a analgesia farmacológica. Embora eficaz no alívio da dor, a analgesia esteve associada, em alguns casos, a uma maior medicalização do TP, implicando uma vigilância mais rigorosa. O estudo reforça, assim, a necessidade de intervenções precoces que combinem a utilização de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor, o apoio emocional e estratégias para reduzir a fadiga, promovendo uma experiência mais positiva e uma evolução fisiológica mais favorável do TP.

Neste sentido, o EE-ESMO que acompanha o TP tem um contributo fundamental na avaliação do nível de dor da parturiente, considerando-a como quinto sinal vital e ajudando a parturiente a lidar com a mesma, incentivando o recurso a estratégias não farmacológicas para lidar com a mesma, se for este o desejo da parturiente. A utilização destas estratégias irá promover a diminuição da ansiedade, promovendo a autonomia das mulheres e a tomada de decisão na autogestão da dor durante o TP (Tereso et al., 2023).

Tal como descrito no momento da admissão da Rita, o seu desejo sempre foi recorrer a estratégias não farmacológicas para lidar com a dor, pelo que optou inicialmente por utilizar a hidroterapia, como se pode ver no Quadro 7.

Quadro 7. Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de TP usando estratégias não farmacológicas [Rita]

Domínio: Parto
Dados: A Rita pediu para desligar temporariamente a monitorização de CTG e deslocou-se à casa de banho da sala de partos, onde ligou a coluna do chuveiro. Passado alguns minutos, a Rita refere <i>“Achei que a água quente ia ser uma boa estratégia, sempre me ajudou noutras situações, mas agora parece que não faz nada.”</i>
Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas
Objetivos: Promover autocontrolo: dor Melhorar capacidade para lidar com a dor de TP usando estratégias não farmacológicas
Critérios de resultado: Que a Rita consiga lidar com a dor de TP eficazmente
Intervenções: - Instruir estratégias para lidar com a dor no TP: <i>“O que tinha pensado fazer nesta fase do TP? O que a ajuda mais a lidar com as contrações?”</i> ; <i>“O que lhe parece de trazer a bola de parto para o chuveiro e ficar sentada enquanto continua com a água quente? A combinação das duas estratégias pode ter um efeito bastante positivo. O Tiago pode ficar ao seu lado, ajudando-a a equilibrar-se na bola. Podemos reduzir a intensidade da luz e colocar uma música que seja do seu agrado. Preparou alguma música para este momento?”</i> . - Treinar o uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor no TP. - Envolver o Tiago no TP: - Incentivar o Tiago a apoiar a Rita enquanto realiza exercícios na bola de parto, apoiando as suas mãos nas costas da Rita, ou dando-lhe as mãos. - Incentivar o Tiago a colocar uma música que seja relaxante para a Rita. - Avaliar evolução do autocontrolo da dor. - Avaliar evolução da capacidade para lidar com a dor de TP usando estratégias não farmacológicas.
Dados de avaliação: <i>“Não tinha pensado nesta possibilidade, mas estou muito melhor agora, o facto de estar sentada e de conseguir mexer a bacia conforme a dor que vou sentindo está a ser muito mais tranquilizador.”</i> Durante o decorrer do TP a Rita utilizou outras estratégias não farmacológicas como a massagem, que foi realizada pelo Tiago e técnicas de respiração que lhe foram demonstradas nas sessões de preparação para o parto e que treinou em casa.

Tal como referido no estudo realizado por Tereso et al. (2023), a utilização do duche durante o TP apresenta diversos benefícios, sendo muitos deles potenciados pela mobilidade da mulher. O duche terapêutico,

particularmente com água quente, atua como um facilitador do TP fisiológico, ao proporcionar um estímulo sensorial agradável de forma rítmica, promovendo o relaxamento. Além disso, a necessidade de deslocação associada à sua utilização, como caminhar para entrar e sair do duche, incentiva a deambulação e permite uma maior liberdade de movimentos, contribuindo para a progressão do TP de forma mais natural e positiva. Esta prática contribui para o alívio da dor, promove a tranquilidade e o conforto, favorece a perceção de controlo sobre o ambiente e sobre a própria experiência de parto e reforça o sentido de autoeficácia (Tereso et al., 2023).

Cambaz & Kırca (2025) realizaram um estudo randomizado com o objetivo de avaliar o efeito da hidroterapia através do duche quente durante o TP, nomeadamente na dor sentida durante o TP, na fadiga pós-parto, no conforto materno e na perceção da prestação de cuidados centrados na mulher, em 80 mulheres em TP pela segunda vez. As participantes do grupo experimental realizaram dois duches de 20 minutos com água a 32-37°C em diferentes fases do TP, enquanto o grupo de controlo recebeu os cuidados habituais. Os resultados evidenciaram que a hidroterapia reduziu a dor e a fadiga pós-parto, encurtou o tempo de TP, melhorou os índices de Apgar dos recém-nascidos, aumentou o conforto materno e reforçou a perceção de cuidados centrados na mulher. Do ponto de vista clínico, este estudo sugere que o duche terapêutico é uma estratégia não farmacológica simples e segura para melhorar a experiência de parto e o bem-estar materno e neonatal.

A autoeficácia é definida por Bandura (1977) como a crença de um indivíduo na sua capacidade de realizar ações necessárias para atingir determinados objetivos. No contexto da dor durante o TP, a autoeficácia traduz-se na confiança ou crença da mulher de que é capaz de lidar com a dor durante o TP, recorrendo, por exemplo, a estratégias não farmacológicas como a respiração profunda ou relaxamento. Esta reflete um sentimento positivo de controlo sobre o TP que pode ajudar a mulher a gerir melhor a dor, a manter um estado emocional favorável e a participar de forma mais

ativa, consciente e colaborante nas decisões relacionadas com os cuidados de saúde (Huang et al., 2024).

No decorrer do seu TP, a Rita demonstrou não estar confiante de que seria capaz de lidar com a dor do TP, proferindo algumas expressões que permitiram identificar o diagnóstico de potencial para melhorar autoeficácia para lidar com a dor de TP, como se pode ver no Quadro 8.

Quadro 8. Potencial para melhorar autoeficácia para lidar com a dor de TP [Rita]

Domínio: Parto
Dados: Após ter recorrido durante cerca de 30 minutos ao duche com água quente, a Rita voltou para o leito, tendo experimentado diversas posições em repouso. Aquando da minha chegada à sala de parto a Rita refere: <i>“Acho que o meu corpo não está preparado para isto. Até estava a correr bem, mas agora a dor está cada vez mais forte e já não estou a lidar nada bem. Achei que eu ia ser mais forte”</i> .
Diagnóstico: Potencial para melhorar autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto
Objetivos: Promover autocontrolo da dor Melhorar autoeficácia para lidar com a dor de TP
Critérios de resultado: Que a Rita se sinta confiante para lidar com a dor de TP
Intervenções: - Elogiar o desempenho da Rita: <i>“Lidou muito bem até agora Rita, esteve sempre concentrada e relaxou o máximo possível. Tudo o que está a sentir é normal nesta fase do TP, foi muito forte para chegar até aqui.”</i> - Proporcionar o efeito de frases/pensamentos positivos: <i>“O seu corpo está preparado e a Rita tem tudo o que é necessário para chegar até ao fim”, “A Rita está pronta e estamos cá para a ajudar até conhecer o seu bebé”, “Vamos ultrapassar uma contração de cada vez”</i> . - Treinar estratégias para lidar com a dor de TP. - Avaliar evolução da autoeficácia para lidar com a dor de TP.
Dados de avaliação: A Rita ficou mais tranquila e concentrada, apresentando sinais de melhor autocontrolo da dor.

A autoeficácia durante o TP tem sido consistentemente associada a importantes benefícios perinatais. A revisão integrativa de Tilden et al. (2016) analisou 23 estudos sobre a autoeficácia no TP e os seus resultados perinatais, os resultados mostraram que níveis mais elevados de autoeficácia estão

associados a melhor utilização de estratégias de *coping* durante o TP, maior bem-estar materno e resultados perinatais mais positivos. A autoeficácia demonstrou ser passível de modificação através de intervenções específicas, tornando-se um alvo relevante para programas de preparação para o parto.

De forma complementar, o estudo transversal de Carlsson et al. (2015) com 406 grávidas demonstrou que a autoeficácia se correlaciona positivamente com níveis superiores de energia e confiança e uma perceção mais consistente de controlo, além de níveis mais baixos de ansiedade e medo do parto. As mulheres com maior autoeficácia recorreram menos à analgesia epidural, o que reforça o contributo da autoeficácia como recurso psicossocial que contribui para uma experiência de parto mais favorável.

O conhecimento da mulher sobre o processo de TP também contribui para melhorar a sua experiência, uma vez que possibilita a criação de expectativas mais realistas e aumenta a sua sensação de controlo sobre o mesmo, sendo capaz de realizar escolhas informadas e compreender cada etapa. Este conhecimento ajuda a mulher a sentir-se segura e confiar nos seus recursos internos, sentindo-se a protagonista do seu parto (Cardoso et al., 2023a). Neste sentido, foram esclarecidas todas as questões da Rita relativamente ao seu TP (Quadro 9).

Quadro 9. Potencial para melhorar conhecimento sobre TP [Rita]

Domínio: Parto
Dados: A Rita referiu “ <i>Estou a sentir bastante pressão no períneo, sinto como se quisesse ir à casa de banho. Isto é normal?</i> ”
Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre trabalho de parto
Objetivos: Melhorar conhecimento sobre TP
Crítérios de resultado: Que a Rita apresente conhecimento sobre TP
Intervenções: - Ensinar sobre TP: “ <i>Essa sensação que está a referir pode dever-se a um aumento nos níveis de ocitocina que conduzem a contrações mais intensas, que conseguem ter mais força para empurrar o bebé e com isso levar a sentir vontade de ajudar a fazer nascer o bebé, chama-se o reflexo de Ferguson. Isto significa que está a aproximar-se a hora do nascimento... Sente vontade de “empurrar” o seu bebé?</i> ”. - Avaliar evolução do conhecimento sobre TP.

Dados de avaliação:

A Rita refere *“Pois, percebo o que me explicou, sinto mesmo essa vontade que disse de empurrá-lo para fora...”*

A nível emocional e postural, com a progressão do TP, a mulher tende a afastar-se gradualmente do ambiente exterior, focando-se numa vivência mais interna e centrada no processo físico do nascimento, associada ao aumento da intensidade das contrações e da dor, bem como a uma necessidade acrescida de suporte físico e emocional (Olza et al., 2018; Olza et al., 2020). Estas mudanças traduzem um estado de consciência particular, no qual se alteram as perceções de tempo e espaço, podendo ser sentido como uma experiência transformadora ou até de carácter transcendente (Uvnäs Moberg et al., 2019). Tal como descrito na literatura, também a Rita, com a progressão do TP, revelou uma maior necessidade de foco interno e de suporte emocional. No período expulsivo, observa-se frequentemente uma reorientação para o exterior, com maior vigilância e participação ativa por parte da mulher (Olza et al., 2020).

Benassi (2010) descreve um processo denominado de involução postural-verbal, caracterizado pela transformação simultânea da postura e da expressão vocal da mulher. Na fase inicial do TP, a parturiente tende a manter-se ereta e ativa, utilizando ainda um discurso estruturado para comunicar com o ambiente. À medida que o TP progride, verifica-se uma progressiva curvatura do corpo e uma vocalização mais grave, prolongada e menos discursiva, revelando a passagem da linguagem social para formas mais instintivas de expressão.

No período expulsivo, esta involução manifesta-se de forma mais evidente, sendo que habitualmente a mulher adota posturas profundamente fletidas, voltadas para o solo, como a posição de cócoras ou inclinada para a frente, que favorecem a descida fetal. Paralelamente, a comunicação verbal deixa praticamente de existir, dando lugar a sons breves, potentes e por vezes guturais, sincronizados com o esforço expulsivo. Para Benassi (2010), esta etapa representa um retorno a padrões corporais e vocais arcaicos, que,

longe de serem um sinal de perda de controlo, constituem antes uma via fisiológica de adaptação, permitindo ao corpo materno otimizar o parto através da ativação de recursos instintivos e ancestrais.

O reconhecimento destas manifestações constitui um recurso clínico importante na avaliação do TP, privilegiando o respeito pela fisiologia. No caso da Rita, foi notória a diminuição da sua comunicação verbal ao longo do TP, sendo que neste momento a Rita está focada em si e nos sinais que o seu corpo lhe dá, emitindo alguns sons guturais no momento da contração.

Para além de terem sido identificadas as alterações comportamentais descritas, sugestivas do início do período expulsivo, a Rita demonstrou vontade em iniciar esforços expulsivos. Assim, foi realizado exame vaginal para garantir que o momento é apropriado para iniciar a fase expulsiva. Esta avaliação permitiu confirmar se a dilatação do colo do útero estava completa (10 cm) e se não existiam contra-indicações ao início do período expulsivo. O início dos esforços expulsivos prematuramente, sem dilatação completa, pode levar a edema cervical, aumento do tempo de TP, fadiga materna e potenciais complicações para o feto (WHO, 2018b). Assim, o exame vaginal fornece informações que, em complementaridade com os restantes dados recolhidos, permitem a tomada de decisões clínicas seguras e oportunas.

No quadro seguinte apresenta-se o processo de conceção de cuidados relativo ao período expulsivo do TP da Rita (Quadro 10).

Quadro 10. Evolução do TP [Rita]

Domínio: Parto
Dados: A Rita chamou-me e referiu “ <i>Estou a sentir bastante pressão no períneo, sinto como se quisesse ir à casa de banho. Isto é normal?</i> ”
Diagnóstico: Trabalho de parto
Objetivos: Determinar evolução do TP e bem-estar fetal Facilitar TP Promover parto eutócico
Crítérios de resultado: Que o TP decorra sem complicações
Intervenções: - Avaliar evolução do TP:

- Pedir consentimento da Rita - *“Aquilo que está a sentir significa que o nascimento do seu bebé pode estar para muito breve...dá-me autorização para avaliar através do toque vaginal?”*

- Avaliar características do colo do útero.
- Avaliar características da contração uterina.

- Avaliar bem-estar fetal.

- Avaliar características do líquido amniótico.

Dados de avaliação:

A Rita apresenta o colo do útero extinto e com dilatação completa. Apresenta 4 a 5 contrações uterinas em cada 10 minutos.

O feto apresenta-se no 3º plano de *Hodge*, variedade *occipito* esquerda anterior.

A Rita apresenta perda de líquido amniótico escassa, cor clara e cheiro *suis generis*, sem perda sanguínea. Não apresenta globo vesical.

Monitorização com CTG:

- Linha de base: 150bpm
- Variabilidade entre 5-25bpm
- Com acelerações
- Movimentos fetais presentes e perçecionados pela Rita

O segundo estadio do TP, o período expulsivo, tem início com a dilatação completa do colo do útero e termina com a expulsão do feto. Nesta fase, é esperado que a parturiente se concentre na realização de esforços expulsivos e encontre a posição mais adequada e confortável para os realizar. A duração deste estadio é muito variável, podendo ir até três horas (Nené et al., 2016).

Durante o período expulsivo do TP, as mulheres apresentam impulsos naturais de empurrar que se manifestam de forma involuntária, geralmente associados à contração abdominal, expiração com glote aberta e vocalizações espontâneas. O estudo de Roberts et al. (1987) descreveu este comportamento em 31 mulheres primíparas, sem que lhes fossem dadas instruções formais para empurrar, demonstrando que cada parturiente seguia o seu próprio ritmo fisiológico. Apesar das variações individuais quanto à intensidade e duração dos esforços, todas conseguiram uma progressão satisfatória do TP, sem prejuízos para si ou para o recém-nascido. Os resultados evidenciam que respeitar os reflexos fisiológicos da mulher durante o período expulsivo é seguro e eficaz, questionando a necessidade do

“*pushing* dirigido” tradicional, caracterizado por prender a respiração e realizar esforços prolongados sob contagem.

Este estudo pioneiro contribuiu para reforçar a importância da autonomia materna, destacando que quando a mulher é incentivada a conduzir os seus próprios esforços expulsivos, a sua vivência natural e alinhada com a fisiologia do parto associa-se a resultados clínicos positivos. De acordo com os autores, a progressão do TP é adequada e o desfecho fetal é positivo quando os esforços expulsivos maternos complementam o reflexo involuntário de puxo, em vez de se recorrer à técnica de apneia sustentada (Roberts et al., 1987). No Quadro 11 estão descritas as intervenções de enfermagem implementadas durante este período.

Quadro 11. Período expulsivo [Rita]

Domínio: Parto
Dados: A Rita manifesta vontade em iniciar esforços expulsivos.
Diagnóstico: Trabalho de parto
Objetivos: Determinar evolução do TP e bem-estar fetal Facilitar TP/nascimento Promover parto eutócico Prevenir complicações durante o período expulsivo/nascimento
Critérios de resultado: Que o TP decorra sem complicações Que a Rita apresente períneo íntegro
Intervenções: - Avaliar evolução do TP: - Avaliar características da contração uterina - Avaliar bem-estar fetal - Avaliar perda de líquido amniótico - Avaliar perda sanguínea vaginal - Facilitar TP/nascimento: - Incentivar e orientar a adoção de posicionamentos durante o período expulsivo, de acordo com o conforto da Rita. - Assistir a colocar a Rita em posição de semi-sentada, eliminando qualquer apoio do sacro. - Incentivar a Rita a manter as costas afastadas da cama. - Respeitar os esforços expulsivos espontâneos, elogiando e tranquilizando a Rita. - Durante os esforços expulsivos, promover a participação e apoio do Tiago, incentivando-o a sentar-se ao lado ou por detrás da Rita para a apoiar durante o intervalo da contração.

- Incentivar repouso entre contrações.
- Incentivar esforços expulsivos - quando a Rita percebe reflexo de *Ferguson*.

- Implementar medidas de proteção do períneo:

- Após obter consentimento da Rita, realizar massagem perineal com vaselina, durante cerca de 30 segundos, no intervalo das contrações.
- Aplicar óleo de amêndoas doces no períneo antes do coroamento.
- Aplicar calor no períneo: Aquecer compressas em água quente e colocar sobre o períneo, promovendo o relaxamento e distensão dos tecidos.
- Realizar proteção perineal: Colocar a mão dominante no períneo com o polegar e indicador em ambos os lados da fúrcula e realizar um movimento de aproximação entre ambos; pressionar o períneo com a restante mão para ajudar na saída da cabeça; usar a mão não dominante para controlar a velocidade de saída da cabeça e para facilitar a sua extensão.
- Controlar a descida da apresentação, quando esta começa a distender a vulva.

- Assistir no parto:

- Após saída da cabeça fetal, solicitar à Rita para parar de realizar esforços expulsivos e verificar a presença de circulares do cordão.
- Controlar a saída da cabeça do feto, auxiliando a rotação externa e permitindo a rotação dos ombros no menor diâmetro biacromial.
- Realizar manobra de desencravamento dos ombros: depois da restituição, colocar uma mão no parietal inferior e outra no parietal superior, colocando os dedos em forma de “garra” à volta do pescoço; de seguida, efetuar um movimento suave pressionando a cabeça contra o reto de forma a libertar o ombro anterior; mantendo as mãos nas mesmas posições, efetuar um movimento suave ascendente de modo que o ombro posterior se exteriorize sobre o períneo.
- Após a exteriorização dos ombros, voltar a proteger o períneo com a mão direita e com a esquerda proceder à restante exteriorização fetal.
- Solicitar à equipa que verifique a hora de nascimento.
- Realizar a revisão do canal de parto, verificando se existem estruturas afetadas: clítoris, meato urinário, pequenos lábios, carúnculas, paredes anterior, laterais e posterior da vagina.
- Se aplicável, realizar inspeção retal.

- Assistir na expulsão da placenta:

- Informar a Rita sobre o procedimento e obter consentimento.
- Avaliar estado geral da Rita, nomeadamente perda sanguínea e dor.
- Palpar o fundo uterino e observar sinais objetivos de descolamento de placenta: contração uterina, alteração da forma do útero de discóide para

ovóide, saída súbita de sangue à vulva, descida ou aumento aparente do cordão à medida que a placenta desce e/ou aumento de volume vaginal.

- Efetuar manobra de *Kustner*: colocar o bordo externo da mão acima da sínfise púbica, fazer pressão na vertical, em direção à coluna vertebral, fazendo a correção da anteversão do útero; se se observar retração do cordão, ainda não se deu o descolamento; se não retrai, é sinal de que se deu o descolamento.

- Efetuar manobra de *Brandt-Andrews*: realizar tração cuidadosa do cordão com uma mão, enquanto a outra fica sobre o útero, acima da sínfise púbica, aplicando uma ligeira pressão para empurrar a placenta para baixo.

- Solicitar à Rita para realizar esforços expulsivos.

- Apoiar a placenta durante a sua exteriorização, usando o seu próprio peso, de forma a facilitar a saída das membranas completas.

- Administrar fármacos uterotónicos - ocitocina (segundo protocolo, perfusão de 10UI de ocitocina em 1000ml de soro).

- Verificar o globo de segurança de *Pinard* e a perda sanguínea.

- Observar rigorosamente a placenta e membranas: perceber se houve membranas fragmentadas ou secção de cotilédones.

- Observar o períneo e canal de parto para identificar possíveis lacerações.

- Referenciar compromisso no TP ao médico (SOS).

Dados de avaliação:

A Rita teve um parto eutócico, sem trauma perineal, às 4h56. A dequitação espontânea aconteceu pelas 5h16, a placenta e cordão umbilical não apresentavam alterações visíveis.

5h20: Apresenta perda sanguínea vaginal moderada e globo de segurança de *Pinard* formado.

O TP da Rita decorreu sem complicações associadas, tendo culminado num parto eutócico, tal como era o seu desejo. Estão descritas diversas estratégias que podem ser implementadas pelo EE-ESMO como medidas de prevenção do trauma perineal. Couto & Carneiro (2017) realizaram uma revisão integrativa da literatura, na qual analisaram 14 artigos publicados entre 2007 e 2012, com o objetivo de determinar a evidência científica disponível sobre as intervenções para prevenir o trauma perineal e identificaram algumas destas estratégias. As autoras destacam como estratégias que demonstraram efeitos positivos na prevenção do trauma

perineal, nomeadamente no que se refere a lacerações de terceiro e quarto grau, a utilização do decúbito lateral durante a fase ativa do segundo estadio do TP, o recurso ao puxo espontâneo, a restrição da manipulação do períneo, a aplicação de compressas quentes no períneo, a massagem do períneo com vaselina durante a segunda fase do TP e a utilização da manobra de *Ritgen*.

No que diz respeito à posição materna durante o TP, as autoras referem que vários estudos mostram que, em mulheres incentivadas a realizar mudanças posturais durante os esforços expulsivos espontâneos e a adotar a posição de decúbito lateral durante a expulsão fetal, verifica-se uma redução significativa da taxa de partos instrumentados e da prática de episiotomia, aumentando simultaneamente a preservação do períneo. Estes resultados sugerem que a combinação de alterações posturais na fase passiva do segundo período do TP, aliada à posição lateral na fase ativa do período expulsivo, com incentivo ao puxo espontâneo, está associada a melhores desfechos maternos, nomeadamente à diminuição do trauma perineal e da necessidade de intervenções instrumentais (Couto & Carneiro, 2017).

Familiari et al. (2023) realizaram um estudo retrospectivo de coorte que avaliou os efeitos da utilização de diferentes posições maternas durante o segundo período do TP em 2240 mulheres nulíparas de termo que foram recrutadas num hospital em Roma entre 2017 e 2019, independentemente da utilização de analgesia epidural. Os autores avaliaram a ocorrência de lesão perineal, a incidência de partos vaginais instrumentados, a duração do TP, a perda sanguínea durante o parto e os índices de Apgar ao primeiro e quinto minutos. Os partos aconteceram principalmente em posição supina (76,9%), sendo que 23,1% adotaram posições alternativas.

Os resultados deste estudo mostraram que, independentemente do uso de analgesia epidural, as posições não supinas durante o segundo período do TP estiveram associadas a uma redução significativa do risco de episiotomia e de lesão perineal de qualquer grau, bem como a uma diminuição da duração da progressão da apresentação fetal. Estas conclusões evidenciam que permitir posições não supinas no segundo período do TP

aumenta significativamente a probabilidade de períneo íntegro, reduzindo o trauma perineal e a necessidade de episiotomia, reforçando a importância de promover a liberdade de posicionamento materno como estratégia para otimizar os desfechos do parto (Familiari et al., 2023).

No local onde realizei estágio, observei que, com frequência, as parturientes eram incentivadas tanto pelos EE-ESMO como pela equipa médica a adotar a posição ginecológica durante o período expulsivo, como se verificou no caso da Rita. Esta prática parece refletir uma perceção de maior controlo e facilidade de intervenção quando a mulher se encontra em posição supina, tendo em conta que os profissionais apresentam menos experiência prática na gestão do período expulsivo do TP em posições não supinas, no entanto, a utilização desta posição demonstra uma contradição com as conclusões de estudos recentes. Esta situação evidencia a necessidade de formação contínua que promova a capacidade dos EE-ESMO para acompanhar um TP em posições não supinas, permitindo que as parturientes adotem posições que favoreçam o seu conforto e consecutivamente os desfechos maternos e neonatais.

O terceiro estadio do TP, a dequitação, decorre desde a expulsão do feto até à saída da placenta. A expulsão da placenta dá-se em dois tempos, inicialmente ocorre a separação da placenta da parede uterina e a sua descida para o segmento uterino inferior ou vagina e posteriormente ocorre a sua exteriorização pelo canal de parto. Este processo pode acontecer através de dois mecanismos de descolamento da placenta distintos, sendo o mais comum o *Shultze*, mecanismo pelo qual a separação se inicia na zona mais central, aparecendo na vagina a superfície fetal brilhante, com maior sangramento após a sua expulsão, como se verificou no caso da Rita (Nené et al., 2016).

O descolamento pode demorar até 45 minutos ou uma hora desde que as perdas de sangue não sejam excessivas. Após a dequitação deve ser verificada a formação do globo de segurança de *Pinard*, a perda sanguínea e a integridade da placenta e membranas. Posteriormente, deve proceder-se à

administração de ocitocina conforme protocolo e observar rigorosamente o períneo e canal de parto para deteção de possíveis lacerações (Nené et al., 2016). A Direção-Geral da Saúde (2023), tal como a OMS (2014), recomenda a administração de fármacos uterotónicos, preferencialmente ocitocina (10 unidades por via EV), para prevenção da hemorragia pós-parto.

A revisão *Cochrane* realizada por Salati et al. (2019) analisou o efeito da administração profilática de ocitocina na terceira fase do TP para prevenção da hemorragia pós-parto. Esta revisão sistemática incluiu dados de 10.018 mulheres provenientes de 23 ensaios clínicos, avaliando a eficácia da ocitocina em comparação com placebo, ausência de uterotónicos ou alcaloides do ergot. Os autores concluíram que a administração de ocitocina pode reduzir a perda sanguínea e a necessidade de administração de uterotónicos adicionais quando administrada profilaticamente na terceira fase do TP, no entanto sugerem a realização de estudos adicionais que incluam desfechos importantes, como a mortalidade materna, choque, transferência para um nível superior de cuidados ou efeitos secundários graves.

No quarto estadio do TP, que corresponde ao puerpério imediato, na primeira hora após a saída da placenta, deve ser mantida vigilância dos processos hemostáticos, através da palpação abdominal, da vigilância das perdas vaginais, do períneo e sinais vitais, valorizando todas as queixas maternas, pois existe uma grande possibilidade de hemorragia. É expectável que após esta hora o útero se apresente bem contraído (Nené et al., 2016; WHO, 2018b). Esta vigilância, descrita no Quadro 12, permite a implementação de intervenções adequadas, rápidas e eficazes, reduzindo a morbimortalidade materna nesse período crítico.

Quadro 12. Pós-parto [Rita]

Domínio: Pós-parto
Dados: A Rita teve um parto eutócico, com períneo íntegro, às 4h56.
Diagnóstico: Pós-Parto
Objetivos: Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o pós-parto Determinar evolução da recuperação pós-parto

Critérios de resultado Que a Rita não apresente complicações no período pós-parto
Intervenções: - Avaliar evolução uterina pós-parto: altura uterina, consistência e posição do útero. - Avaliar perda sanguínea. - Avaliar sinais vitais. - Referenciar complicação pós-parto ao médico (SOS).
Dados de avaliação: 5h20: Útero contraído a nível peri-umbilical, com perda sanguínea vaginal moderada Tensão arterial: 126/74 mmHg; Frequência cardíaca: 68 bpm; Temperatura auricular: 36,5°C 6h00: Útero contraído a nível peri-umbilical, com perda sanguínea vaginal escassa Tensão arterial: 118/76 mmHg; Frequência cardíaca: 64 bpm; Temperatura auricular: 36,2°C

Na primeira hora após o parto verifica-se um pico de libertação de hormonas como a ocitocina, prolactina, serotonina e endorfinas na mãe. Simultaneamente, o recém-nascido encontra-se especialmente sensível aos estímulos sensoriais provenientes da mãe, como o toque, o odor e o calor corporal, é neste período que os reflexos envolvidos no início da amamentação se encontram mais ativos. A capacidade do recém-nascido de iniciar e manter o comportamento instintivo de procura pela mama da mãe parece estar intimamente ligada ao toque, particularmente ao contacto direto e completo entre o seu corpo e o corpo materno (Karimi et al., 2019).

A WHO (2018a) recomenda que a amamentação seja iniciada nos primeiros 30 minutos após o nascimento. No entanto, em muitas unidades de saúde, o contacto precoce entre mãe e bebé, bem como o início da amamentação, acabam por ser adiados devido a procedimentos de cuidados de rotina prestados a ambos (Karimi et al., 2019). No serviço onde realizei estágio, o recém-nascido era colocado em contacto pele com pele imediatamente após o seu nascimento, sempre que a mãe e o bebé se encontrassem clinicamente estáveis para tal. No entanto, na maioria das

vezes, este contacto era interrompido nos primeiros minutos para o pediatra realizar a avaliação do recém-nascido no reanimador. Esta interrupção interfere na regulação dos parâmetros fisiológicos do recém-nascido, na vinculação e no estabelecimento e manutenção da amamentação (Karimi et al., 2019).

Esta situação verificou-se no caso da Rita, sendo que o Tomás iniciou a primeira mamada cerca de dez minutos após o seu nascimento. Neste momento, a Rita fez algumas questões relativas à amamentação, como se pode ver no Quadro 13.

Quadro 13. Potencial para melhorar capacidade para amamentar [Rita]

Domínio: Adaptação à parentalidade
Dados: A Rita aparenta estar confortável, deitada em decúbito lateral com o Tomás apoiado na cama. A Rita questiona: <i>“Fiz a preparação para o parto, mas uma pessoa chega aqui e esquece tudo... pode me relembrar quais são os sinais para verificar se o Tomás está a fazer a boa pega?”</i> .
Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para amamentar
Objetivos: Melhorar conhecimento sobre sinais de boa pega Melhorar capacidade para amamentar
Critérios de resultado: Que a Rita reconheça os sinais de boa pega
Intervenções: - Ensinar sobre pega adequada: - Explicar sinais indicadores de pega adequada: <i>“O Tomás deve abocanhar o mamilo e parte da aréola, formando um vácuo perfeito entre a boca e a mama, indispensável para que a mama se mantenha estável no interior da sua boca; quando assim é, as bochechas ficam arredondadas; a língua pode ser vista entre o lábio inferior e a mama e o nariz está desobstruído; deve ficar visível mais aréola acima da boca do Tomás e o lábio inferior ficar virado para fora, com o queixo a tocar na mama; frequentemente, é possível ouvir e/ou ver a deglutição do leite.”</i>. - Explicar sinais indiretos de pega adequada: <i>“Existem outros sinais que indicam que o Tomás está a fazer uma pega adequada: a Rita não deve sentir dor enquanto amamenta, a mama deve ficar amolecida após a mamada e o Tomás ficar satisfeito e tranquilo no final da mamada.”</i>. - Treinar amamentação. - Avaliar evolução da capacidade para amamentar.
Dados de avaliação: A Rita refere <i>“Já me lembro! Parece-me que o Tomás está a fazer tudo direitinho</i>

então, tem a bochecha redonda, o nariz desobstruído, tem mais aréola acima da boca e o lábio inferior está bem virado para fora.”
A Rita termina a mamada, reconhecendo sinais de saciedade.

Nos primeiros dias após o parto, muitas mães enfrentam desafios significativos no início da amamentação, sobretudo relacionados com a pega e posicionamento, sensibilidade nos mamilos e incertezas quanto à produção de leite (WHO, 2018a; Gianni et al., 2019). As dificuldades relacionadas com a pega ineficaz, a dor mamilar ou a posição para amamentar são frequentes, podendo ter impacto emocional, comprometendo a ligação mãe-filho e aumentando o risco de ansiedade ou *stress* no período pós-parto. Assim, a intervenção precoce do EE-ESMO, através do apoio técnico, emocional e do reforço da autoeficácia materna, torna-se essencial para ultrapassar estes desafios e promover uma experiência de amamentação positiva (Galipeau et al., 2018).

2.2.2.1. O início da vida: cuidados e conforto do Tomás

A Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN, 2023) recomenda alguns cuidados imediatos ao recém-nascido, prestados na sala de partos, tais como a laqueação do cordão umbilical após o primeiro minuto de vida. Esta orientação é concordante com a WHO (2014), que recomenda a laqueação tardia do cordão umbilical, realizada pelo menos um minuto após o nascimento, para recém-nascido de termo ou pré-termo, sempre que a situação clínica o permita. Esta prática está associada a melhores resultados na saúde neonatal, nomeadamente níveis mais elevados de hemoglobina, maior reserva de ferro e menor risco de anemia nos primeiros meses de vida. Neste período de um minuto podem ser iniciados os cuidados neonatais

essenciais, promovendo o contacto pele com pele e facilitando o início precoce da amamentação.

Durante o meu estágio, observei que esta prática foi frequentemente implementada pela equipa de enfermagem, promovendo os benefícios já reconhecidos e mencionados anteriormente. Enquanto se aguarda a laqueação do cordão, deve ser realizada a secagem e estimulação para a primeira respiração ou choro, mantendo o recém-nascido em contacto com a pele da mãe. O recém-nascido deve assim ser colocado no abdómen ou peito da mãe, devidamente aquecido e com gorro na cabeça. Caso seja intenção da mãe amamentar, deve ser promovida a amamentação na primeira hora de vida, sendo verificado a cada 30-60 minutos o estado clínico do recém-nascido para confirmar a sua adaptação à vida extrauterina (SPN, 2023).

Após estabilização inicial do recém-nascido e estabelecido o contacto pele com pele e início da amamentação, serão realizados os restantes procedimentos como a administração de 1 mg de vitamina K IM para profilaxia da doença hemorrágica por défice de vitamina K, até às seis horas de vida. A profilaxia da oftalmia neonatal através da aplicação de antibiótico tópico durante a primeira hora de vida está recomendada apenas em situações de risco, como por exemplo no caso de existir história e/ou fatores de risco para Infecções Sexualmente Transmissíveis nos pais (SPN, 2023). O quadro seguinte evidencia a conceção de cuidados relativos ao Tomás no momento do seu nascimento (Quadro 14).

Quadro 14. Nascimento do Tomás

Domínio: Parto
Dados: O Tomás nasceu às 4h56, por um parto eutócico.
Diagnóstico: Nascimento
Objetivos: Promover adaptação à vida extrauterina
CrITÉRIOS de resultado Que o Tomás se adapte à vida extrauterina
Intervenções: - Gerir ambiente: - Assegurar uma temperatura ambiente entre os 25-28°C, manter níveis de ruído e luminosidade mínimos.

- Realizar estimulação tátil do Tomás:
 - No dorso, enquanto se realiza a secagem, com movimentos suaves.
- Avaliar Índice de Apgar:
 - Avaliar respiração, frequência cardíaca, irritabilidade reflexa, tónus muscular e cor.
- Executar clampeamento do cordão umbilical após o primeiro minuto de vida:
 - Clampar o cordão umbilical três a quatro centímetros acima do anel umbilical com clamp definitivo (extremidade próxima do Tomás). Com a pinça de *Kocher*, clampar dois centímetros acima do clamp definitivo em relação à extremidade proximal da placenta.
 - Incentivar o Tiago a cortar o cordão, tal como é a sua vontade expressa no plano de parto, explicando-lhe como deve proceder.
- Monitorizar dados antropométricos: peso, comprimento, perímetro cefálico.
- Executar técnica de pele com pele:
 - Após secar e estimular o Tomás, colocá-lo em contacto pele com pele com a mãe sobre o tórax (entre as mamas) ou abdómen materno, até ao corte do cordão umbilical.
 - Após os cuidados imediatos e avaliação pela pediatra, colocar novamente o Tomás em contacto pele com pele, durante pelo menos uma hora. Para evitar perdas de calor, o Tomás foi tapado com um pano aquecido, mantendo a face visível. Foi assegurado que o nariz e a boca não estão obstruídos pela mama, mantendo a cabeça lateralizada.
 - Observar os nove estádios do contacto pele com pele.
- Administrar vitamina K (1mg IM, no terço médio do músculo vasto lateral externo do membro inferior esquerdo).
- Incentivar a amamentação na primeira hora de vida.
- Colocar pulseiras de identificação do Tomás.

Dados de avaliação:

Índice de Apgar -

1.º minuto: 9

5.º minuto: 10

10.º minuto: 10

Dados antropométricos do Tomás:

Peso 2748g

Comprimento 48cm

Perímetro cefálico 34cm

O Tomás apresentou sinais de boa adaptação à vida extrauterina, nomeadamente choro eficaz, coloração rosada e tónus muscular adequado, permanecendo em contacto pele com pele com a mãe, prática recomendada

pela OMS e pela DGS, por favorecer a estabilidade térmica, a regulação cardiorrespiratória e o início precoce da amamentação (WHO, 2018b).

Além dos benefícios fisiológicos, o contacto pele com pele imediato contribuiu para o fortalecimento do vínculo afetivo entre a Rita e o Tomás. Observou-se que, durante este período, o Tomás manteve contacto visual prolongado com a mãe, segurando levemente a sua mão, enquanto a Rita relatou sentir-se mais confiante e tranquila ao perceber que o Tomás estava calmo e seguro. Esta prática favorece sentimentos de proximidade, segurança e confiança, facilitando o estabelecimento de uma relação afetiva sólida, fundamental para a adaptação à parentalidade e para o sucesso da amamentação.

2.2.2.2. Análise do caso clínico da Rita e reflexão sobre o desenvolvimento de competências

Através do acompanhamento do TP da Rita, foi possível desenvolver um conjunto abrangente de competências inerentes ao exercício do EE-ESMO, conforme preconizado pelo Regulamento n.º 391/2019 da OE, no que diz respeito à promoção da saúde da mulher durante o TP e otimização da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.

Desde o momento da admissão da Rita na sala de partos, foi garantido um ambiente seguro, acolhedor e tranquilo, respeitando o seu plano de parto e assegurando a sua privacidade, dignidade e autonomia ao longo de todo o processo. Todas as intervenções foram implementadas, criando condições para que a Rita se sentisse confiante e emocionalmente segura, promovendo o envolvimento do Tiago e assegurando que ambos estivessem informados sobre a evolução do TP. Neste contexto, concebi e implementei intervenções com o

objetivo de melhorar a capacidade da Rita para lidar com a dor do TP e a sua autoeficácia, sempre de acordo com os seus desejos e necessidades.

O Tiago teve um contributo significativo ao longo de todo o TP, demonstrando envolvimento, sensibilidade e um apoio contínuo à Rita. A sua presença revelou-se fundamental para o conforto e segurança emocional da Rita, reforçando o vínculo do casal e a confiança no processo do TP. Enquanto EE-ESMO, incentivei e orientei a participação ativa do Tiago, valorizando a sua presença e promovendo uma vivência conjunta e partilhada do TP. Após o nascimento do Tomás, o Tiago teve a oportunidade de cortar o cordão umbilical, referindo que *“este foi um momento único, indescritível.”*

Ao longo do TP, mantive vigilância contínua da dinâmica uterina, da frequência cardíaca fetal e da evolução clínica da Rita, identificando os diferentes períodos do TP e avaliando a resposta materna e fetal às intervenções. A dilatação cervical, a descida da apresentação fetal e a progressão do TP foram avaliadas apenas quando se justificou clinicamente. Deste modo, foi possível detetar precocemente eventuais alterações que pudessem indicar desvios à normalidade, embora a evolução se tenha mantido dentro dos parâmetros fisiológicos, dispensando referência médica. A tomada de decisão clínica foi suportada por avaliação contínua e fundamentada, permitindo a implementação de intervenções oportunas que otimizaram a evolução do TP e promoveram o bem-estar materno-fetal.

No momento do parto, assisti ao parto eutócico de apresentação cefálica, assegurando a aplicação das medidas de proteção do períneo e controlo da progressão da cabeça fetal. Após o parto, promovi o contacto pele com pele imediato entre a Rita e o Tomás, reforçando a importância deste momento para a vinculação precoce e para o início da amamentação. A participação do Tiago foi mais uma vez incentivada, fortalecendo o vínculo familiar.

A primeira mamada foi realizada ainda na sala de partos, respeitando o ritmo e a disponibilidade da mãe e do Tomás, e fornecendo incentivo e esclarecimento, sempre que necessário. Esta experiência permitiu-me

desenvolver competências de promoção da ligação mãe/pai - filho e da amamentação.

Com a implementação do plano de cuidados delineado, foi possível promover o envolvimento e a confiança da Rita durante todo o seu TP, pois esta foi incentivada a utilizar estratégias não farmacológicas para lidar com a dor, tendo sido implementadas intervenções no sentido de melhorar a sua capacidade para utilizar as mesmas e a sua autoeficácia. O resultado destas intervenções foi evidente no período pós-parto, refletindo-se no bem-estar físico e emocional da Rita. Após o nascimento, esta partilhou sentir-se profundamente realizada com a experiência vivida, referindo que se sentiu ativa, capaz e respeitada ao longo de todo o processo. Para além disso, o parto decorreu de forma espontânea e sem qualquer intercorrência, o que reforçou a sua perceção de ter tido uma experiência positiva e empoderadora.

A experiência da Rita durante o TP pode ser analisada à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis, que descreve como os indivíduos enfrentam e se adaptam a mudanças significativas, como o início do TP e a transição para a parentalidade. A transição para a parentalidade é complexa, caracterizada por alterações físicas, emocionais e sociais, que podem ser facilitadas ou dificultadas por condições pessoais, sociais ou da comunidade. A implementação de um plano de cuidados individualizado constituiu uma condição facilitadora essencial, criando um ambiente seguro, acolhedor e tranquilo, promovendo confiança.

O recurso à comunicação terapêutica e o fornecimento de informação detalhada sobre procedimentos e riscos, constituiu uma intervenção que favoreceu a compreensão e a preparação da Rita, reduzindo ansiedade e promovendo uma transição saudável. A participação ativa da Rita e do Tiago, incentivada e apoiada em todos os momentos, contribuiu para o desenvolvimento de indicadores de processo, como a sensação de competência, controlo, bem-estar emocional e segurança. A aplicação de estratégias de apoio emocional e o respeito pelas preferências manifestadas no plano de parto constituíram condições que promoveram a transição,

permitindo à Rita sentir-se respeitada, apoiada e envolvida na tomada de decisões. Assim, o conjunto destas intervenções evidenciou que a transição para a parentalidade pode ser facilitada quando se proporcionam cuidados centrados na mulher.

Do ponto de vista ético, a minha intervenção enquanto futura EE-ESMO baseou-se nos princípios fundamentais da bioética, tais como os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. O respeito pelo plano de parto da Rita, pela sua privacidade e dignidade, assim como a promoção de decisões informadas, evidencia a aplicação prática destes princípios. De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros, a prática desenvolvida valorizou a dignidade, os direitos e a autonomia da Rita, assegurando cuidados seguros e centrados na mulher e na família.

Para além disso, os cuidados foram baseados nos princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2005), nomeadamente no princípio da autonomia e responsabilidade individual (Artigo 5), tendo sido valorizado o plano de parto da Rita, o respeito pelas suas escolhas e a promoção de decisões informadas.

Este enfoque ético, aliado à Teoria das Transições, permitiu criar um contexto em que a parturiente se sentiu valorizada, competente e emocionalmente segura, favorecendo uma experiência de parto positiva, promotora de uma ligação mãe/pai-filho sólida.

2.2.3. Indução do trabalho de parto: o ritmo do nascimento na harmonia entre a analgesia epidural e a mobilidade materna

A Mariana, 31 anos, primigesta, 41 semanas, recorreu ao serviço de urgência de obstetrícia para ITP, conforme tinha marcado com o seu médico obstetra. Ficou internada no serviço de UMF, tendo sido colocado *Propess* pelas 9h e retirado pelas 19h pelo médico. Pelas 19h30 passou para o BP por se encontrar em TP, com queixas álgicas intensas. O grupo de sangue da Mariana é A, fator *Rhesus* positivo e o resultado do rastreio para SGB é negativo, refere não ter antecedentes clínicos relevantes nem alergias medicamentosas conhecidas.

A sua gravidez foi vigiada desde as oito semanas pela equipa de saúde familiar, tendo integrado o programa de preparação para o parto e adaptação à parentalidade no seu centro de saúde.

Na admissão no BP, a Mariana, acompanhada pelo marido, o André, referiu que deseja um parto eutócico, com analgesia epidural e utilização de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor, nomeadamente hidroterapia, técnicas de respiração e liberdade de movimentos.

A ITP tem como objetivo preparar o colo do útero e iniciar artificialmente contrações uterinas que irão culminar no parto. Este é um procedimento que gera muita controvérsia e discussão, pois não são consensuais as suas vantagens quando realizado por rotina (Ramalho & Moucho, 2024). No hospital onde realizei estágio, é protocolo a recomendação, por parte do obstetra, de ITP às 39 semanas de gravidez para todas as grávidas sem complicações. Esta prática é fundamentada no ensaio clínico *A Randomized Trial of Induction Versus Expectant Management (ARRIVE)*, um estudo randomizado, realizado nos Estados Unidos, que avaliou mulheres nulíparas de baixo risco com gravidez única, comparando a indução eletiva às 39 semanas com a conduta expectante, e concluiu que a ITP não

aumentou a morbilidade neonatal e esteve associada a redução das taxas de cesariana (18,6% vs 22,2%), menor incidência de hipertensão na gravidez ou pré-eclâmpsia e melhoria da experiência materna (Grobman et al., 2018). Com base nestes resultados, a *Society for Maternal-Fetal Medicine* (SMFM, 2018) considera razoável oferecer a indução eletiva às 39 semanas a nulíparas de baixo risco, desde que cumpridos os critérios do estudo e asseguradas condições de segurança.

A WHO (2022a) não recomenda a ITP rotineira antes das 41 semanas numa gravidez de baixo risco, sublinhando a importância de uma determinação precisa da idade gestacional, preferencialmente através de ecografia realizada antes das 24 semanas. Apesar de citar o ensaio clínico ARRIVE, que evidenciou o benefício da ITP às 39 semanas, a WHO (2022a) reitera que o início espontâneo do TP reduz o risco de intervenções desnecessárias e pode contribuir para uma experiência de parto mais positiva. Assim, considera a possibilidade de uma ITP antes das 41 semanas apenas em serviços com capacidade para garantir cuidados de enfermagem especializados, monitorização fetal frequente, acesso imediato a cesariana e analgesia adequada, mediante decisão partilhada com a grávida.

Em Portugal, a DGS (2015), na Orientação n.º 002/2015, define que a ITP ou a maturação cervical devem ser realizadas apenas quando os riscos de prosseguir a gravidez superam os riscos do procedimento. São consideradas indicações consensuais a patologia médica ou obstétrica grave, o oligoâmnios em gravidez de termo, a restrição de crescimento intrauterino com alterações hemodinâmicas, a morte fetal e a gravidez não complicada que atinge as 41 semanas completas. A DGS é clara ao desaconselhar a indução antes das 39 semanas, exceto quando exista benefício clínico evidente para a mãe ou para o feto.

Comparando as posições, verifica-se que tanto a OMS como a DGS defendem uma abordagem mais prudente, privilegiando o início espontâneo do TP e restringindo a indução eletiva precoce. A SMFM, pelo contrário, admite a indução às 39 semanas como opção segura e benéfica, desde que

realizada em contexto controlado e com critérios rigorosos de elegibilidade. A aplicação direta das conclusões do estudo ARRIVE (Grobman et al., 2018) requer uma avaliação cuidadosa da capacidade dos serviços para garantir a segurança materno-fetal, bem como a formação e disponibilidade de recursos humanos.

Em suma, cada decisão deve ser individualizada, considerando o historial clínico, a preferência e os valores da grávida, e utilizando a ITP apenas quando os benefícios superem os riscos, em concordância com a orientação da DGS (2015). Adicionalmente, qualquer alteração desta prática deve ser acompanhada de investigação local ou desenvolvimento de projetos-piloto, avaliando a aplicabilidade e segurança da ITP às 39 semanas nos serviços portugueses, garantindo que a evidência científica se traduza em resultados positivos para mães e recém-nascidos, sem comprometer a experiência do parto ou os desfechos neonatais.

A Mariana foi internada para ITP com *Propess*, um dispositivo de libertação prolongada de dinoprostona 10mg, que é colocado no fundo da parede vaginal posterior, podendo ser mantido até 24h. A utilização deste método exige a realização de CTG durante 30 minutos antes da sua aplicação e duas horas após a mesma, uma vez que existe risco de hipertonia uterina ou taquissistolia. Se o índice de *Bishop* for favorável, deve ser iniciada perfusão de ocitocina 30 minutos após a remoção do dispositivo e 1h após a realização de amniotomia, se for o caso. A ocitocina EV deve ser administrada em perfusão numa concentração de 10 UI de ocitocina em 1000mL de soro glicosado a 5%, a um ritmo de 15mL/h, que corresponde a 2,5 mUI/minuto, podendo o débito ser aumentado de 20/20 minutos, a um ritmo de 15mL/h, de acordo com a dinâmica uterina e o bem-estar fetal, sendo imediatamente suspensa a perfusão caso se verifique hiperestimulação uterina (Ramalho & Moucho, 2024).

No início do turno, a Mariana tinha acabado de colocar cateter epidural, encontrando-se em decúbito dorsal, com monitorização CTG. A analgesia por via epidural é a mais utilizada no serviço onde realizei estágio e

consiste na punção do espaço epidural a nível lombar (L3-L4 ou L4-L5), colocando um cateter no espaço epidural que permite a administração contínua ou intermitente de analgésicos (Pasin & Schnath, 2007). Através deste cateter é administrada uma mistura analgésica composta habitualmente por Ropivacaína (anestésico local) e Sufentanil (opióide).

Este tipo de analgesia tem alguns riscos associados como a possibilidade de lesão neurológica, de parestesias ou lesão nervosa. Assim, são considerados sinais de alarme as cefaleias, uma vez que podem estar relacionadas com a punção da dura-máter e o extravasamento de líquido. Na realização desta técnica, o enfermeiro apoia o anestesista na preparação do material, monitorização dos sinais vitais e posicionamento da grávida, mas também tem um contributo fundamental no apoio à grávida, ajudando-a a manter-se tranquila e na posição adequada, facilitando a realização do procedimento (Nené et al., 2016).

Como todos os fármacos, estes também têm alguns efeitos adversos associados, como: náuseas e vômitos, prurido, retenção urinária, hipotensão arterial e diminuição da função motora e sensitiva dos membros inferiores, sendo importante avaliar o bloqueio motor através da escala de *Bromage*, essencialmente antes de incentivar o levante ou alteração da posição da parturiente (Pasin & Schnath, 2007).

Na revisão sistemática da literatura realizada por Verastegui-Martín et al. (2023), os autores verificaram que o bloqueio motor é mínimo com doses baixas de analgesia epidural, permitindo a adoção de uma variedade de posições durante o TP. No entanto, no decurso do estágio, constatei que a utilização deste método de analgesia tende a comprometer a mobilidade de algumas parturientes, pois apresentam diminuição da sensibilidade nos membros inferiores. Esta condição suscita alguma reserva por parte dos EE-ESMO relativamente à mobilização segura destas mulheres, conduzindo frequentemente à sua permanência prolongada no leito, o que pode constituir um fator dificultador à adequada progressão do TP.

A revisão sistemática da literatura realizada por Ferrão e Zangão (2016) concluiu que a deambulação e a adoção de posições verticais oferecem diversos benefícios, incluindo a melhoria da progressão do TP, a redução da dor e o aumento da satisfação materna, bem como uma maior eficácia das contrações uterinas e melhor circulação materno-fetal, quando comparadas com a posição de litotomia. Verastegui-Martín et al. (2023) reforçam a ideia de que os profissionais de saúde que acompanham parturientes com analgesia epidural devem proporcionar-lhes a oportunidade de se movimentar livremente e experienciar o TP de forma integral, incentivando a mobilidade e permitindo a exploração de diferentes posições ao longo de todo o processo.

No início do turno, comecei por me apresentar à Mariana e ao André e avaliar como se estavam a sentir (Quadro 15).

Quadro 15. Trabalho de parto [Mariana]

Domínio: Parto
Dados: 20h30 À minha chegada, a Mariana refere que as últimas contrações já foram mais “leves”, sendo que acha que não sentiu algumas delas. Refere estar confortável e ansiosa para conhecer o seu Miguel. A Mariana colocou cateter epidural e iniciou analgesia por essa via, pelas 19h30.
Diagnóstico: Trabalho de parto
Objetivos: Determinar evolução da dor Determinar evolução do TP e bem-estar fetal Promover parto eutócico
Critérios de resultado: Que o TP da Mariana decorra sem complicações
Intervenções: - Gerir ambiente físico para promover relaxamento: reduzir o ruído e a luminosidade da sala, tendo em conta as preferências da Mariana. - Avaliar evolução do TP: - Avaliar características da contração uterina. - Avaliar bem-estar fetal. - Avaliar perda de líquido amniótico. - Avaliar perda sanguínea vaginal. - Facilitar TP: - Gerir ingestão de líquidos: disponibilizar água, chá e gelatina (alimentos de rápida digestão), promovendo a hidratação durante o TP. - Avaliar evolução da dor.

- Referenciar compromisso no TP ao médico (SOS).
- Referenciar compromisso do estado fetal ao médico (SOS).
Dados de avaliação: 20h45 Sem perda sanguínea ou de líquido amniótico Monitorização com CTG: - 3 contrações uterinas a cada 10 minutos; - Linha de base: 150bpm, variabilidade entre 5-25bpm, com acelerações; - Movimentos fetais presentes e perçecionados pela grávida.

É frequente as membranas romperem durante o primeiro estadio do TP, no entanto nem sempre acontece. Por vezes, essencialmente em casos de ITP, é realizada a amniotomia, para promover a evolução do TP e a descida da apresentação fetal (Ramalho & Moucho, 2024). A amniotomia corresponde à rutura artificial das membranas, sendo um procedimento que pode ser utilizado com a finalidade de induzir ou acelerar o processo de TP. O seu mecanismo de ação baseia-se no aumento da contratilidade uterina, através da redução do volume de líquido amniótico que favorece uma maior pressão do polo cefálico sobre o colo do útero, e da elevação dos níveis circulantes de prostaglandina E2 e de ocitocina, potenciando o desencadear ou intensificação do TP quando o colo do útero já se encontra favorável (Machado et al., 2022).

A WHO (2018b) refere que a amniotomia não deve ser realizada por rotina com o objetivo de reduzir a duração do primeiro estadio do TP. Este é um tema controverso na literatura, pois alguns autores defendem que a realização de amniotomia por rotina acarreta riscos, no entanto esta era realizada com frequência no serviço onde realizei estágio, maioritariamente nos casos em que não ocorria rutura espontânea durante a fase latente do primeiro estadio do TP.

O estudo randomizado conduzido por Bostancı et al. (2017) avaliou a eficácia e segurança da amniotomia precoce após a utilização de dinoprostona vaginal (*Propess*) para ITP em mulheres nulíparas de termo com *score* de *Bishop* inferior a cinco. Duas centenas de participantes foram divididas em

dois grupos: o grupo experimental realizou amniotomia precoce quando a dilatação cervical atingiu três centímetros, enquanto o grupo de controlo aguardou pela rutura espontânea das membranas. Os resultados mostraram que a amniotomia precoce reduziu significativamente a duração do TP (13,7 vs. 22,7 horas) e aumentou a taxa de parto vaginal em 24 horas (91,9% vs. 43,2%), sem diferenças significativas na necessidade de ocitocina, nas complicações maternas ou nos desfechos neonatais, demonstrando ser uma estratégia segura e eficaz para otimizar o parto induzido com dinoprostona.

Para a realização deste procedimento devem sempre ser verificadas as seguintes condições de segurança: progressão do TP, dilatação igual ou superior a 3cm, cabeça fetal fixa na pelve e a realizar pressão sobre o colo uterino e o facto de a parturiente não apresentar infeção ativa de herpes genital ou vírus da imunodeficiência humana (Nené et al., 2016; Ramalho & Moucho, 2024). Apesar da existência de métodos menos invasivos, o toque vaginal mantém-se como prática de referência na avaliação da progressão do TP, permitindo analisar variáveis essenciais do colo do útero, da bacia materna e da estática fetal (Nené et al., 2016). A DGS (2024) recomenda que, na fase latente, o exame seja feito apenas perante queixas maternas, devendo a ausência de evolução cervical em oito horas ser comunicada ao médico. Na fase ativa, sugere-se a repetição em intervalos de cerca de quatro horas, enquanto no segundo estadio a frequência varia: de duas em duas horas na fase latente e, na fase ativa, a cada 30 minutos ou quando clinicamente indicado.

Assim, foi realizado toque vaginal para avaliar a progressão do TP da Mariana e posteriormente realizada amniotomia (Quadro 16).

Quadro 16. Evolução do TP - 21h [Mariana]

Domínio: Parto
Dados: 21h Posição do colo do útero intermédia, consistência mole, 80% de extinção e 5cm de dilatação, membranas amnióticas íntegras, sem perda sanguínea vaginal. O feto encontra-se no 2.º plano de <i>Hodge</i> em apresentação cefálica, variedade <i>occipito</i> esquerda anterior. Monitorização com CTG:

- 3 contrações uterinas a cada 10 minutos - Linha de base: 150bpm, variabilidade entre 5-25bpm, com acelerações - Movimentos fetais presentes e perçecionados pela grávida
Diagnóstico: Trabalho de parto
Objetivos: Determinar evolução do TP e bem-estar fetal Facilitar TP Promover parto eutócico
Critérios de resultado: Que o TP da Mariana decorra sem complicações
Intervenções: - Executar amniotomia: - Realizar toque vaginal, fixando os bordos do colo do útero com os dois dedos. - Avaliar a apresentação fetal e a altura da mesma. - Avaliar a dilatação, extinção e consistência do colo do útero. - Se a observação for tranquilizadora, inserir o amniótomo justaposto aos dedos e, durante uma contração, romper a bolsa de líquido amniótico. - Verificar se a apresentação fetal se encontra insinuada (para prevenir prolapso do cordão). - Avaliar as características do líquido amniótico (cor e quantidade) e a frequência cardíaca fetal (FCF) após o procedimento - manter monitorização CTG.
Dados de avaliação Foi realizada amniotomia às 21h05, com saída imediata de líquido amniótico claro, com cheiro <i>suis generis</i> , em quantidade abundante. A FCF manteve-se entre os 140-160bpm, com CTG tranquilizador.

A Mariana encontra-se na transição entre a fase latente e a fase ativa do TP, e tal como descrito na literatura para uma nulípara, a extinção do colo do útero precedeu a dilatação do mesmo (Nené et al., 2016).

O conhecimento prévio da parturiente sobre a fisiologia do TP e a importância da liberdade de movimentos e da adoção de posições verticais fará com que a mesma adote determinados posicionamentos durante o TP e tenha uma atitude mais expectante, uma vez que apresenta conhecimento sobre as suas vantagens. Para além do conhecimento, a capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP, relacionada com as habilidades para utilizar a sua posição corporal, os ossos e os músculos pélvicos como elementos facilitadores do TP, deve ser avaliada pelo EE-ESMO. De realçar que devem sempre ser tidas em conta as preferências e desejos da parturiente no que se

refere às estratégias a utilizar, expressos verbalmente ou no seu plano de parto escrito (Cardoso et al., 2023a).

A WHO (2018b) recomenda que as parturientes sejam incentivadas a adotar uma posição vertical e a manter a sua mobilidade durante o TP. Tal como Lawrence et al. (2013) concluíram na sua revisão da literatura, a adoção de posições verticais e a deambulação estão associadas à redução da duração do primeiro estadio do TP, da utilização de analgesia epidural e de parto por cesariana. Segundo estes autores, há ainda evidência de menor probabilidade de os recém-nascidos precisarem de ser internados na UCIN. Por estes motivos, as parturientes devem ser informadas das vantagens da verticalidade e incentivadas e apoiadas na adoção de posições que as deixem confortáveis, sem qualquer restrição de movimentos, devem evitar passar longos períodos no leito, exceto nos casos em que seja clinicamente recomendado. Neste sentido, a Mariana foi incentivada a adotar estratégias facilitadoras do TP, tendo em conta as suas preferências e conforto (Quadro 17).

Quadro 17. Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP [Mariana]

Domínio: Parto
Dados: Quando sugeri à Mariana a realização de alguns exercícios de pé ou com a bola de parto nesta fase do TP, a Mariana respondeu <i>“Sim! Falaram-me muito sobre as vantagens da utilização da bola e de não ficar muito tempo na cama durante o TP, também li sobre isso e gostaria de experimentar, se possível com o seu apoio pois só utilizei a bola uma ou duas vezes nas sessões de preparação para o parto”</i> .
Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP
Objetivos: Melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP
Crítérios de resultado: Que a Mariana adote posições corporais facilitadoras da progressão do TP
Intervenções: - Instruir posição corporal facilitadora do TP: - Instruir sobre a realização de movimentos com a bacia livre de pé, sentada na bola ou apoiada de gatas. - Treinar exercícios promotores da mobilidade da bacia: - Utilizar a bola de parto, usando o movimento, a gravidade e a postura ereta, promovendo a mobilidade da pelve e a descida fetal. - Incentivar a Mariana a manter-se sentada com pernas abertas sobre a bola, rodar os quadris no sentido horário e depois anti-horário ou desenhar o

infinito com a bola.

- Envolver o André no TP:

- Incentivar e orientar o André a apoiar a Mariana na bola de parto e realizar massagem, de acordo com o conforto e preferências da mesma.
- Explicar à Mariana que poderá realizar exercícios apoiando-se no André, por exemplo, colocar-se de pé em frente ao mesmo e apoiar os braços nos seus ombros, realizando movimentos rotativos com a bacia.

- Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP.

Dados de avaliação:

A Mariana realizou exercícios de mobilidade da bacia tanto de pé como na bola de parto, apoiando-se no André. A Mariana colocou música a seu gosto na sala de partos.

A utilização de estratégias facilitadoras do progresso do TP é de elevada importância, pelos motivos acima descritos, no entanto, deve também ser garantido o conforto da Mariana para que esta se mantenha o mais relaxada possível. O uso de estratégias como a mobilidade, as posições verticais, a massagem, a hidroterapia, a aplicação de calor local, a bola de parto e as técnicas de respiração e relaxamento têm demonstrado eficácia na redução da percepção dolorosa, na diminuição da ansiedade e na melhoria da satisfação materna (Smith et al., 2018). Para além de potenciarem a libertação de endorfinas e favorecerem o progresso do TP, estas intervenções reforçam o protagonismo da parturiente, proporcionando-lhe maior sensação de controlo e participação ativa nas suas escolhas (WHO, 2018b).

Neste sentido, a Mariana foi assistida na utilização de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de TP, de acordo com as suas preferências (Quadro 18).

Quadro 18. Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de TP usando estratégias não farmacológicas [Mariana]

Domínio: Parto
Dados: Após realização de exercícios na bola de parto, a Mariana refere que começa a sentir alguma dor da contração: <i>“Estou a começar a sentir-me um pouco desconfortável porque a dor da contração está a voltar. Acha que seria possível ir um pouco ao chuveiro?”</i>
Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de TP usando estratégias não farmacológicas

Objetivos: Diminuir dor Promover autocontrolo: dor Melhorar capacidade para lidar com a dor de TP usando estratégias não farmacológicas
Crítérios de resultado: Que a Mariana se sinta confortável Que a Mariana consiga gerir a dor de TP eficazmente usando estratégias não farmacológicas
Intervenções: - Assistir no uso de hidroterapia: - No chuveiro, orientar a Mariana a permanecer em pé ou sentada, com auxílio de um banco ou bola de parto. - Incentivar o André a pegar no chuveiro, dirigindo o jato de água para onde for mais confortável para a Mariana. - Sugerir à Mariana a utilização da coluna de jatos de água nas costas ou no abdómen, por exemplo. - Assistir no uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de TP: - Incentivar a utilizar técnicas de respiração. - Treinar o uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de TP. - Gerir ambiente físico para promover relaxamento: - Adaptar a iluminação do espaço, o odor e o ruído, tendo em conta as preferências da Mariana. - Avaliar evolução da dor. - Avaliar evolução do autocontrolo da dor. - Avaliar evolução da capacidade para lidar com a dor de TP usando estratégias não farmacológicas.
Dados de avaliação: 22h Após realização de hidroterapia e técnicas de respiração em conjunto com o André, a Mariana refere sentir-se mais relaxada. No entanto, solicita um bólus de analgesia epidural que foi administrado. 22h30 A Mariana refere estar sem dor. Sinais vitais e bloqueio sensitivo 30 minutos após administração de analgesia: - Tensão arterial: 118/64mmHg; Frequência cardíaca: 71 bpm; Saturação periférica de oxigénio: 98%; Ausência de bloqueio motor e sensitivo (0 na escala de <i>Bromage</i>).

Cerca de 30 minutos após administração de analgesia por via epidural, a Mariana refere sentir-se mais confortável e manifesta vontade de sair

novamente da cama para realizar alguns exercícios facilitadores da evolução do TP (Quadro 19).

Quadro 19. Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP [Mariana]

Domínio: Parto
Dados: A Mariana refere sentir-se mais confortável e manifesta vontade de sair novamente da cama, pedindo-me que lhe sugira alguns exercícios para realizar neste momento.
Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP
Objetivos: Melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP
Crítérios de resultado: Que a Mariana adote posições corporais facilitadoras da progressão do TP
Intervenções: - Assistir na saída do leito para a deambulação pelo quarto, promovendo a verticalidade e mobilidade. - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do TP: - Incentivar e orientar a adoção de posicionamentos promotores da progressão fetal na escavação pélvica (movimentos de natação sacra e ilíaca com rotação interna ou pronação): - enquanto se encontra no leito, incentivar a Mariana a evitar a posição supina ou com apoio lombar, dando preferência a posições em decúbito lateral, recorrendo a aplicação de calor, por exemplo com compressas embebidas em água quente, e massagem para promover o relaxamento dos músculos; - fora do leito, recomendar movimentos com a bacia livre, por exemplo de pé, sentada na bola ou apoiada de gatas e a mobilização dos ossos da bacia, realizando assimetria dos membros inferiores, alternando a rotação externa com a rotação interna e a flexão com a extensão das pernas, para promover a movimentação das espinhas isquiáticas. - Treinar exercícios promotores da mobilidade da bacia. - Envolver o André no TP: - Explicar à Mariana que pode apoiar-se no André e realizar os mesmos movimentos que fazia na bola, tal como as rotações, o movimento para a frente e para trás e o símbolo do infinito; pode também abraçá-lo e realizar rotação interna e externa dos membros inferiores, de forma alternada, de modo a aumentar a amplitude dos ossos da bacia. - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP.
Dados de avaliação: Com o apoio do André, a Mariana começou por realizar movimentos da bacia, colocando-se com os joelhos no chão apoiada na bola de parto. Intercalou com movimentos de assimetrias dos membros inferiores. Por último, voltou para o leito e deitou-se em decúbito lateral, mantendo a

assimetria dos membros inferiores. Nesta altura, o André realizou massagem e exercícios de respiração com a Mariana, promovendo o seu relaxamento.

A mobilidade da bacia durante o TP facilita a progressão da apresentação fetal ao longo da bacia. Nesta fase do TP, a realização de movimentos de natação sacra permite um aumento do diâmetro da pelve de saída, uma vez que o osso sacro bascula para a frente e o cóccix retrocede, afastando-se da púbis. Este movimento, juntamente com o de natação ilíaca em que a espinha ilíaca ântero-posterior bascula para trás e o ísquion para a frente, são vantajosos no período expulsivo, uma vez que aumentam o diâmetro da pelve de saída e permitem assim a progressão fetal (Nené et al., 2016).

Pelas 00h, a Mariana refere novamente que está a sentir as contrações ficarem mais intensas e solicita a administração de um *bólus* de analgesia epidural, iniciando autonomamente a realização de técnicas de respiração que refere ter aprendido na preparação para o parto. Nesta fase, a Mariana encontra-se mais focada em si, menos comunicativa e recorre ao apoio do André, que lhe transmite palavras de reforço positivo e a ajuda a sentir-se mais tranquila.

Tendo em conta as alterações no comportamento e postura da Mariana e o facto de já terem passado mais de quatro horas desde a realização do último toque vaginal, este foi realizado novamente assim que a Mariana se encontrava mais confortável, com o objetivo de avaliar a progressão do TP (Quadro 20).

Quadro 20. Evolução do TP - 00h45 [Mariana]

Domínio: Parto
Dados: 00h45 Posição do colo do útero centrada, consistência mole, 100% de extinção e 8cm de dilatação, líquido amniótico de cor clara e cheiro <i>suis generis</i>, sem perda sanguínea vaginal. O feto encontra-se no 3.º plano de <i>Hodge</i> em apresentação cefálica, variedade <i>occipito</i> púbica. Monitorização com CTG: - 4 contrações uterinas a cada 10 minutos;

- Linha de base: 150bpm, variabilidade entre 5-25bpm, com acelerações; - Movimentos fetais presentes e perçecionados pela grávida.
Diagnóstico: Trabalho de parto
Objetivos: Determinar evolução do TP e bem-estar fetal Facilitar TP/nascimento Promover parto eutócico
Crítérios de resultado: Que o TP da Mariana decorra sem complicações
Intervenções: - Avaliar evolução do TP: - Avaliar caraterísticas da contração uterina - Avaliar bem-estar fetal - Avaliar perda de líquido amniótico - Avaliar perda sanguínea vaginal - Referenciar compromisso no TP ao médico (SOS). - Referenciar compromisso do estado do feto ao médico (SOS).
Dados de avaliação: O CTG mantém-se tranquilizador.

Após avaliação da progressão do TP, estando reunidas todas as condições de bem-estar materno-fetal, a Mariana solicita o apoio da EE-ESMO para mudar de posição (Quadro 21).

Quadro 21. Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP [Mariana]

Domínio: Parto
Dados: 00h45 A Mariana manifesta vontade em adotar outra posição que facilite a progressão do TP, solicitando a minha colaboração.
Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
Objetivos: Melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP
Crítérios de resultado: Que a Mariana adote posições corporais facilitadoras da progressão do TP
Intervenções: - Instruir posição corporal facilitadora do TP: - Explicar que poderá adotar a posição de decúbito dorsal, lateral, de gatas, de cócoras ou sentada, sendo recomendada a flexão de uma ou ambas as pernas, em conjunto com a rotação interna. - Em decúbito lateral, colocar os membros inferiores em assimetria, com a perna superior em flexão e rotação interna e a perna inferior em pequena flexão, agarrando a perna de cima pela parte externa, colocando-a em rotação interna;

- Na bola de parto, pode colocar-se de gatas, dirigindo o tronco para trás, com flexão das pernas superior a 90°, associado com a rotação interna das pernas. - Envolver o André no TP: - Incentivar o André a apoiar a Mariana nas diferentes posições. - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP.
Dados de avaliação: A Mariana apoiou-se na bola de parto de gatas, dirigindo o tronco para trás com as pernas fletidas e em rotação interna. O André manteve-se ao seu lado, transmitindo tranquilidade.

Pela 1h, a Mariana manifestou vontade em iniciar esforços expulsivos, referindo “*vontade de puxar*” no momento das contrações. Neste momento foi realizado toque vaginal, para assegurar que estavam reunidas as condições necessárias para iniciar esforços expulsivos, a Mariana apresentava dilatação completa (Quadro 22).

Quadro 22. Período expulsivo [Mariana]

Domínio: Parto
Dados: A Mariana manifesta vontade em iniciar esforços expulsivos. Posição do colo do útero centrada, consistência mole, 100% de extinção e 10cm de dilatação, líquido amniótico de cor clara e cheiro <i>suis generis</i>, sem perda sanguínea vaginal. O feto encontra-se no 3.º plano de <i>Hodge</i> em apresentação cefálica, variedade <i>occipito púbica</i>. Monitorização com CTG: - 4 contrações uterinas a cada 10 minutos; - Linha de base: 150bpm, variabilidade entre 5-25bpm, com acelerações; - Movimentos fetais presentes e perçecionados pela grávida.
Diagnóstico: Trabalho de parto
Objetivos: Determinar evolução do TP, bem-estar fetal e pós-parto Facilitar TP/nascimento Promover parto eutócico Prevenir complicação durante o período expulsivo/nascimento
Critérios de resultado: Que a Mariana mantenha o períneo íntegro Que o período expulsivo decorra dentro da normalidade
Intervenções: - Avaliar evolução do TP: - Avaliar características da contração uterina. - Avaliar bem-estar fetal. - Avaliar perda de líquido amniótico.

- Avaliar perda sanguínea vaginal.
- Facilitar TP/nascimento:
 - Incentivar e orientar a adoção de posicionamentos durante o período expulsivo, de acordo com o conforto da Mariana.
 - Assistir a colocar a Mariana em posição de semi-sentada, eliminando qualquer apoio do sacro.
 - Incentivar a Mariana a manter as costas afastadas da cama.
 - Respeitar os esforços expulsivos espontâneos, elogiando e tranquilizando a Mariana.
 - Durante os esforços expulsivos, promover a participação e apoio do André, incentivando-o a sentar-se ao lado ou por detrás da Mariana para a apoiar durante o intervalo da contração.
 - Incentivar o repouso entre contrações.
 - Incentivar esforços expulsivos - quando a Mariana percebe reflexo de *Ferguson*.
- Implementar medidas de proteção do períneo:
 - Após obter consentimento da Mariana, realizar massagem perineal com vaselina, durante cerca de 30 segundos, no intervalo das contrações.
 - Aplicar óleo de amêndoas doces no períneo antes do coroamento.
 - Aplicar calor no períneo: aquecer compressas em água quente e colocar sobre o períneo, promovendo o relaxamento e distensão dos tecidos.
 - Realizar proteção perineal - colocar a mão dominante no períneo com o polegar e indicador em ambos os lados da fúrcula e realizar um movimento de aproximação entre ambos; pressionar o períneo com a restante mão para ajudar na saída da cabeça; usar a mão não dominante para controlar a velocidade de saída da cabeça e para facilitar a sua extensão.
 - Controlar a descida da apresentação, quando esta começa a distender a vulva.
- Assistir no parto:
 - Após saída da cabeça fetal, solicitar à Mariana para parar de realizar esforços expulsivos e verificar a presença de circulares do cordão.
 - Controlar a saída da cabeça do feto, auxiliando a rotação externa e permitindo a rotação dos ombros no menor diâmetro biacromial.
 - Realizar manobra de desencravamento dos ombros: depois da restituição, colocar uma mão no parietal inferior e outra no parietal superior, colocando os dedos em forma de “garra” à volta do pescoço. De seguida, efetuar um movimento suave pressionando a cabeça contra o reto de forma a libertar o ombro anterior. Mantendo as mãos nas mesmas posições, efetuar um movimento suave ascendente de modo que o ombro posterior se exteriorize sobre o períneo.
 - Após a exteriorização dos ombros, voltar a proteger o períneo com a mão direita e com a esquerda proceder à restante exteriorização fetal.
 - Solicitar à equipa que verifique a hora de nascimento.
 - Realizar a revisão do canal de parto, verificando se existem estruturas afetadas: clítoris, meato urinário, pequenos lábios, carúnculas, paredes anterior, laterais e posterior da vagina.
 - Se aplicável, realizar inspeção retal.
- Assistir na expulsão da placenta:

- Informar a Mariana sobre o procedimento e obter consentimento. - Avaliar estado geral da Mariana, nomeadamente perda sanguínea e dor. - Palpar o fundo uterino e observar sinais objetivos de descolamento de placenta: contração uterina, alteração da forma do útero de discóide para ovóide, saída subida de sangue à vulva, descida ou aumento aparente do cordão à medida que a placenta desce, aumento de volume vaginal. - Efetuar manobra de <i>Kustner</i>: colocar o bordo externo da mão acima da sínfise púbica, fazer pressão na vertical, em direção à coluna vertebral, fazendo a correção da anteversão do útero, se o cordão retrai, ainda não se deu o descolamento. Se não retrai, é sinal de que se deu o descolamento. - Efetuar manobra de <i>Brandt-Andrews</i>: realizar tração cuidadosa do cordão com uma mão, enquanto a outra fica sobre o útero, acima da sínfise púbica, aplicando uma ligeira pressão para empurrar a placenta para baixo. - Solicitar à Mariana para realizar esforços expulsivos. - Apoiar a placenta durante a sua exteriorização, usando o seu próprio peso, de forma a facilitar a saída das membranas completas. - Administrar fármacos uterotónicos: ocitocina (segundo protocolo, perfusão de 10UI de ocitocina em 1000ml de soro). - Verificar o globo de segurança de <i>Pinard</i> e as perdas de sangue. - Observar rigorosamente a placenta e membranas: perceber se houve membranas fragmentadas ou secção de cotilédones. - Observar o períneo e canal de parto para identificar possíveis lacerações. - Referenciar compromisso no TP ao médico (SOS).
Dados de avaliação: A Mariana teve um parto eutócico, com laceração perineal grau I. A dequitação espontânea verificou-se pelas 02h06, a placenta e cordão umbilical não apresentavam alterações observáveis. 2h30: Apresenta perda sanguínea vaginal moderada e globo de segurança de <i>Pinard</i> formado.

O pós-parto imediato corresponde às primeiras horas após a dequitação, período no qual a vigilância deve ser rigorosa para garantir a segurança da puérpera e do recém-nascido (Nené et al., 2016). Nesta fase, os cuidados de enfermagem centram-se na monitorização dos sinais vitais maternos e na avaliação da contratilidade uterina e da perda hemática, de modo a detetar precocemente sinais de hemorragia pós-parto, assim como na observação da integridade perineal. É igualmente fundamental assegurar o conforto físico, promover o contacto pele com pele precoce e apoiar a primeira mamada, favorecendo o vínculo mãe-filho e o início da amamentação (WHO, 2022b). A atenção ao estado emocional da puérpera, associada a uma comunicação tranquilizadora, contribui para reduzir a ansiedade e reforçar a

confiança e conforto. Assim, a intervenção do EE-ESMO é determinante para garantir uma recuperação segura e uma experiência positiva neste período tão sensível da transição para a parentalidade, implementando intervenções de enfermagem nesse sentido (Quadro 23).

Quadro 23. Pós-parto [Mariana]

Domínio: Parto
Dados: A Mariana teve um parto eutócico, com laceração perineal grau I.
Diagnóstico: Pós-Parto
Objetivos: Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações pós-parto Determinar evolução da recuperação pós-parto
CrITÉRIOS de resultado: Que o período pós-parto da Mariana decorra sem complicações
Intervenções: - Avaliar evolução uterina pós-parto (altura uterina, consistência e posição do útero). - Avaliar perda sanguínea. - Avaliar sinais vitais. - Referenciar complicação pós-parto ao médico (SOS).
Dados de avaliação: 02h10: Apresenta o útero contraído a nível peri-umbilical, com perda sanguínea moderada. Tensão arterial: 129/72 mmHg; Frequência cardíaca: 80 bpm; Temperatura: 36,9°C 02h40: Apresenta o útero contraído a nível infra-umbilical, com perda sanguínea escassa. Tensão arterial: 132/68 mmHg; Frequência cardíaca: 77 bpm

As lacerações perineais, tanto espontâneas como associadas à episiotomia, são classificáveis em quatro graus, tendo em conta as estruturas afetadas. As lacerações de primeiro grau, como é o caso da Mariana, envolvem a fúrcula, a pele perineal e mucosa vaginal; as lacerações de segundo grau envolvem as estruturas anteriores, como a fáscia e músculos do diafragma urogenital; as de terceiro grau envolvem as estruturas anteriores e mucosa retal e, por último, as de quarto grau envolvem o esfíncter retal (Nené et al., 2016).

Pontán (2023) realizou uma revisão *scoping* com o objetivo de mapear a evidência disponível sobre a forma como o diagnóstico das lacerações perineais e a técnica de sutura podem influenciar a saúde sexual e reprodutiva da mulher no pós-parto e ao longo da vida. O autor constatou que no parto vaginal, até 85% das mulheres ficou com alguma laceração perineal, com impacto físico, psicológico e social, sendo que as lacerações de primeiro grau causam apenas desconforto ligeiro, mas as de segundo grau podem originar dor prolongada, afetar a imagem corporal, a amamentação, a vida familiar e a atividade sexual.

Os resultados desta revisão destacam várias etapas fundamentais dos cuidados perineais: preparação, identificação da lesão, escolha do material, técnica de sutura e documentação. Os profissionais de saúde devem investir no conhecimento baseado na evidência sobre a anatomia e fisiologia perineal, para que sejam capazes de realizar uma avaliação adequada das lesões. Para além disso, é recomendada a administração de anestesia eficaz e a realização de exame retal antes e após a sutura (Pontán, 2023).

No que diz respeito ao material e técnica, recomenda-se a utilização de suturas absorvíveis, sendo a sutura por camadas (vagina, músculos perineais e pele) a abordagem mais indicada para as lacerações de segundo grau. A sutura contínua é preferida face à simples, pois associa-se a menor dor, menor necessidade de analgesia e melhores resultados na saúde sexual e reprodutiva no pós-parto. Finalmente, a informação à mulher sobre o procedimento e a documentação rigorosa constituem etapas fundamentais dos cuidados perineais (Pontán, 2023).

Assim, foi realizada avaliação da lesão perineal da Mariana e a sua respetiva correção (Quadro 24).

Quadro 24. Laceração perineal [Mariana]

Domínio: Pele e mucosas
Dados: A Mariana apresenta uma laceração perineal Grau I com cerca de 2 cm de comprimento e 1 cm de largura. A pele periférica à lesão apresenta coloração normal.

Diagnóstico: Laceração perineal	
Objetivos:	Promover cicatrização da laceração Reparar a integridade dos tecidos afetados através de sutura da ferida Controlar a perda de sangue
Crítérios de resultado:	Que a cicatrização da laceração decorra sem complicações
Intervenções:	- Suturar laceração: - Inspeccionar o períneo e canal de parto, identificando a presença de lesões perineais e avaliando a extensão e complexidade das mesmas - afastar os lábios vaginais, de forma a visualizar as paredes da vagina, o ápex do traumatismo e as carúnculas. - Proceder à analgesia local com aplicação de lidocaína 10% <i>spray</i> e aguardar entre um a três minutos para início da ação analgésica. - Observar e laquear vasos sangrantes - efetuar ponto cruzado para laquear o vaso ou efetuar compressão com compressa esterilizada até hemóstase. - Realizar a sutura do traumatismo perineal, de forma a restabelecer e manter a continuidade dos tecidos lesionados, controlar a hemorragia e facilitar o processo de cicatrização por primeira intenção. - Proceder à inspeção do canal de parto, garantindo que foi restaurada a integridade dos tecidos afetados, com alinhamento anatómico correto e assegurada uma correta hemóstase. - Realizar cuidados perineais. - Aplicar crioterapia.
Dados de avaliação:	Foi realizada uma sutura contínua com fio absorvível. A Mariana apresenta perda sanguínea escassa, sem queixas álgicas.

No período pós-parto, a vigilância deve incluir a observação regular da ferida quanto a sinais de infeção, hematoma ou deiscência, bem como a avaliação da intensidade da dor, determinante para o bem-estar materno (WHO, 2022b). A implementação de intervenções não farmacológicas, como a aplicação de frio local nas primeiras 24 horas, contribuem para a redução do edema e da dor, enquanto medidas como a higiene perineal, a manutenção da zona limpa e seca e a utilização de técnicas de alívio da pressão (por exemplo, posicionamento lateral) favorecem a cicatrização (Kettle & Tohill, 2008). A transmissão de informação clara sobre os cuidados a ter na promoção da cicatrização e o suporte emocional potenciam a adesão aos cuidados e reduzem a ansiedade materna. Neste sentido, a Mariana foi esclarecida sobre os cuidados a ter para a promoção da cicatrização da laceração (Quadro 25).

Quadro 25. Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da laceração [Mariana]

Domínio: Pele e mucosas
Dados: A Mariana apresenta uma laceração perineal Grau I. A Mariana questionou quais os cuidados específicos que deveria ter para promover a cicatrização da mesma.
Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da laceração
Objetivos: Melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da laceração
Crítérios de resultado: Que a Mariana apresente conhecimento sobre como promover a cicatrização da laceração, nomeadamente quais os cuidados a ter e sinais de complicações.
Intervenções: - Ensinar sobre cuidados à laceração: - Ensinar que deve manter a área o mais limpa possível, devendo para isso utilizar água para lavar e depois secar cuidadosamente, mantendo a zona seca. - Explicar que não é recomendado o uso de papel higiénico para limpar o períneo. - Recomendar a troca dos pensos higiénicos regularmente. - Explicar que poderá aplicar gelo para alívio da dor e redução de edema. - Explicar que os pontos deverão cair num período de cerca de sete a dez dias (Kettle & Tohill, 2008). - Ensinar sobre sinais de complicação da laceração: - São sinais de complicação a alteração da coloração da pele, a presença de sinais inflamatórios como rubor ou edema e a presença de exsudado purulento, dor persistente ou odor fétido (Kettle & Tohill, 2008). - Incentivar a recorrer ao centro de saúde caso identifique alguma complicação. - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da cicatrização da laceração.
Dados de avaliação: A Mariana compreende a informação transmitida relativamente aos cuidados a ter e sinais de alarme.

Enquanto foram prestados os cuidados necessários no período pós-parto imediato, a Mariana manteve-se em contacto pele com pele com o Miguel, tal como recomendado pela WHO (2018b). Este contacto pele com pele imediato entre mãe e recém-nascido é uma intervenção simples, segura e altamente eficaz na promoção do sucesso da primeira mamada, aumentando significativamente a probabilidade do início bem-sucedido da amamentação e prolongando a sua duração (Karimi et al., 2019).

A primeira mamada constitui um momento crucial na adaptação da díade mãe-filho e, simultaneamente, uma etapa frequentemente marcada por dúvidas e inseguranças. As mães, especialmente as primíparas, demonstram alguma incerteza quanto à realização da pega, à quantidade de leite disponível, à frequência das mamadas e à interpretação dos sinais de fome do recém-nascido (Gianni et al., 2019). Neste contexto, a presença ativa do EE-ESMO é determinante para tranquilizar, observar e orientar a mãe, promovendo uma experiência mais segura e positiva neste primeiro contacto.

Assim, após terem sido terminados os cuidados perineais, a Mariana foi assistida a colocar o Miguel na mama, de acordo com a sua vontade (Quadro 26).

Quadro 26. Potencial para melhorar capacidade para amamentar [Mariana]

Domínio: Adaptação à parentalidade
Dados: A Mariana refere “ <i>Não me sinto muito confortável para já para dar de mamar sentada, pode me ajudar a encontrar uma posição melhor?</i> ”
Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para amamentar
Objetivos: Melhorar conhecimento sobre posições para amamentar Melhorar capacidade para amamentar
Crítérios de resultado: Que a Mariana adote uma posição confortável para amamentar Que a Mariana posicione o Miguel para mamar
Intervenções: - Explicar a relação da posição da mãe com o sucesso de amamentação: “ <i>A postura adotada pela Mariana e pelo Miguel em cada mamada é essencial para assegurar uma pega adequada, uma extração eficiente do leite e a prevenção de complicações como lombalgias, fissuras mamilares ou ingurgitamento. A Mariana deve optar pela posição que lhe proporcione maior conforto no momento. Neste período do pós-parto imediato a posição mais confortável habitualmente é deitada de lado pois reduz a pressão no períneo. Para isso deve ficar de lado com o Miguel à sua frente, com a barriga dele de frente para a sua. O que lhe parece de experimentar?</i> ”. - Demonstrar posição para amamentar: “ <i>Depois de a Mariana se colocar de lado, o Miguel deve ficar deitado, de frente para si, abdómen-com-abdómen, com a cabeça ao nível da mama. O braço da Mariana que fica do lado da cama poderá ficar fletido para cima, formando um ângulo reto ao nível do cotovelo enquanto a mão do braço oposto poderá aproximar a cabeça do Miguel, se for necessário.</i> ”. - Treinar posição para amamentar. - Avaliar evolução da capacidade para amamentar.

Dados de avaliação:

A Mariana adotou uma posição confortável para si, deitando-se de lado com o Miguel em frente a si, abdómen-com-abdómen.

O Miguel realiza uma pega adequada com os lábios bem curvados para fora, o lábio inferior cobre mais aréola e o queixo está encostado à mama, as bochechas estão cheias e arredondadas. No final, o Miguel largou espontaneamente a mama e adormeceu.

A Mariana termina a mamada, reconhecendo sinais de saciedade.

Durante a mamada, o André apoia a Mariana e o Miguel, ajudando-os a permanecer numa posição confortável e facilitadora da amamentação.

2.2.3.1. Adaptação à vida extrauterina: avaliação e promoção do bem-estar do Miguel

Após o parto, foram prestados ao Miguel os cuidados essenciais para garantir a sua adaptação à vida extrauterina. Inicialmente, como já foi descrito, promoveu-se o contacto pele com pele com a mãe, favorecendo a vinculação e a regulação térmica, e iniciou-se a primeira mamada, fundamental para a adaptação fisiológica e imunológica do recém-nascido. Posteriormente, realizaram-se os procedimentos complementares de rotina, como a administração IM de 1 mg de vitamina K nas primeiras horas de vida, destinada à profilaxia da doença hemorrágica associada à deficiência de vitamina K. Não foi realizada a profilaxia da oftalmia neonatal por meio de antibiótico tópico uma vez que os pais não apresentam antecedentes ou fatores de risco para infeções sexualmente transmissíveis. Estes cuidados, elencados no quadro abaixo, permitem assegurar uma transição segura do recém-nascido para o ambiente extrauterino (Quadro 27).

Quadro 27. Nascimento do Miguel

Domínio: Parto
Dados: O Miguel nasceu às 01h54, por parto eutócico.

Diagnóstico: Nascimento	
Objetivos:	Promover adaptação à vida extrauterina
CrITÉRIOS de resultado	Que o Miguel se adapte à vida extrauterina
Intervenções:	- Gerir ambiente: - Assegurar uma temperatura ambiente entre os 25-28°C, manter níveis de ruído e luminosidade mínimos. - Realizar estimulação tátil do Miguel: - No dorso, enquanto se realiza a secagem, com movimentos suaves. - Avaliar Índice de Apgar: - Avaliar respiração, frequência cardíaca, irritabilidade reflexa, tónus muscular e cor. - Executar clameamento do cordão umbilical após o primeiro minuto de vida: - Clampar o cordão umbilical três a quatro centímetros acima do anel umbilical com clamp definitivo (extremidade próxima do recém-nascido). Com a pinça de Kocher, clampar dois centímetros acima do clamp definitivo em relação à extremidade proximal da placenta. - Incentivar o André a cortar cordão, de acordo com a sua vontade, explicando-lhe como deve proceder. - Monitorizar dados antropométricos: peso, comprimento, perímetro cefálico. - Executar técnica de pele com pele: - Após secar e estimular o Miguel, colocá-lo em contacto pele com pele com a Mariana sobre o tórax (entre as mamas) ou abdómen, até ao corte do cordão umbilical. - Após os cuidados imediatos ao Miguel e avaliação pela pediatria, colocá-lo novamente em contacto pele com pele, durante pelo menos uma hora. Para evitar perdas de calor, o Miguel foi tapado com um pano aquecido, mantendo a face visível. Foi assegurado que o nariz e a boca não estão obstruídos pela mama, mantendo a cabeça lateralizada. - Observar os nove estádios do contacto pele com pele. - Administrar vitamina K (1mg IM, no terço médio do músculo vasto lateral externo do membro inferior esquerdo). - Incentivar a amamentação na primeira hora de vida. - Colocar pulseiras de identificação do Miguel.
Dados de avaliação:	Índice de Apgar 1.º minuto: 8 5.º minuto: 10 10.º minuto: 10 Dados antropométricos do Miguel: Peso 3595g

Comprimento 52cm Perímetro cefálico 36cm

2.2.3.2. Análise do caso clínico da Mariana e reflexão sobre o desenvolvimento de competências

O acompanhamento do TP da Mariana permitiu aprofundar competências inerentes ao exercício do EE-ESMO, conforme o Regulamento n.º 391/2019 da OE, salientando a promoção da saúde da mulher, a otimização da adaptação do recém-nascido e a aplicação de intervenções baseadas em evidência científica.

No que diz respeito à proposta de indução eletiva do TP às 39 semanas, a utilização da evidência do estudo ARRIVE (Grobman et al., 2018) para justificar a realização deste procedimento em todas as mulheres levanta questões éticas e deontológicas importantes. Do ponto de vista ético, recomendar de forma universal a indução às 39 semanas pode criar pressão implícita sobre a mulher para aceitar um procedimento que, embora seguro em determinadas condições, não é isento de riscos nem de impacto na experiência de parto. A decisão informada deve considerar não apenas os benefícios, mas também os possíveis efeitos adversos e a aplicabilidade limitada do estudo a contextos diferentes. Neste seguimento, pode ser colocado em causa o princípio da beneficência que exige intervenções que promovam o máximo benefício materno-fetal, e o da não maleficência que obriga a evitar danos desnecessários.

O artigo *“The ethics of induction of labor at 39 weeks in low-risk nulliparas in research and clinical practice”* (Azria et al., 2024) discute as implicações éticas da indução eletiva do TP em nulíparas de baixo risco. As principais questões éticas identificadas relacionam-se com o respeito pela autonomia da mulher e a necessidade de consentimento informado claro e

completo, que incluía riscos, benefícios e alternativas ao procedimento. Os autores alertam para o risco de medicalização excessiva e para a possibilidade de a indução se tornar uma prática de rotina, em detrimento do reconhecimento do TP como um processo fisiológico. Para além disso, são discutidos outros princípios como a justiça e a equidade, sublinhando-se que o acesso a esta intervenção deve ser garantido de forma justa e que as mulheres devem ser envolvidas na tomada de decisão. A decisão deve equilibrar beneficência e não maleficência, respeitar as preferências individuais e considerar não apenas desfechos clínicos, mas também a experiência subjetiva e o bem-estar da grávida e da sua família.

No plano deontológico, o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015) reforça, por um lado, o dever do enfermeiro de defender a liberdade e dignidade da pessoa humana (Artigo 78º) e, por outro, o dever de se abster de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida, não impondo os seus próprios critérios e valores (Artigo 81º). A imposição ou recomendação generalizada da ITP pode violar estes princípios, condicionando a liberdade de decisão da grávida e desconsiderando as suas preferências ou valores.

Esta reflexão está também fundamentada pelos princípios consagrados na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2005), que enfatiza a importância do respeito pela autonomia e pela dignidade humana, assegurando que cada pessoa tem o direito de tomar decisões livres e informadas sobre o seu corpo e cuidados de saúde. A recomendação generalizada da indução eletiva às 39 semanas, sem uma abordagem individualizada, pode contrariar esses princípios, ao limitar a capacidade da mulher para participar ativamente na decisão clínica.

Além disso, os princípios da beneficência, não maleficência e justiça reforçam a necessidade de garantir que as intervenções obstétricas sejam realizadas com base em evidência robusta, avaliando cuidadosamente o equilíbrio entre riscos e benefícios e assegurando equidade no acesso aos cuidados. Assim, o respeito pelos valores, preferências e circunstâncias de

cada mulher deve permanecer central na prática clínica, garantindo uma assistência verdadeiramente ética e alinhada com os direitos humanos.

O caso da Mariana evidencia a importância de uma abordagem centrada nas necessidades individuais da mulher, em que a autonomia, a informação e a participação ativa da parturiente constituem pilares fundamentais da prática ética e clínica, em consonância com a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2005) e com os princípios éticos da enfermagem.

No que diz respeito à gestão da dor, a Mariana optou por integrar a analgesia epidural com estratégias não farmacológicas, incluindo técnicas de relaxamento como a hidroterapia e massagem realizada pelo André e técnicas de respiração. O recurso a diferentes posições, como a posição de cócoras, quatro apoios e a deambulação, contribuiu para a otimização da progressão do TP, promovendo conforto e participação ativa da Mariana.

No período expulsivo do TP, foram implementadas medidas de proteção perineal, no entanto, a Mariana apresentou uma laceração de primeiro grau, que foi avaliada e corrigida seguindo técnicas baseadas em evidência. Posteriormente, uma vez que a Mariana demonstrou interesse e disponibilidade, foram explicados detalhadamente os cuidados a ter para a promoção da cicatrização da laceração e os respetivos sinais de alerta, garantindo que a Mariana se sentisse informada, segura e capacitada para o seu autocuidado. Após o nascimento, foi promovido o contacto pele com pele imediato com o Miguel, promovendo a estabilização fisiológica do recém-nascido e o início da amamentação, com envolvimento ativo do André.

O André mostrou-se bastante envolvido durante todo o TP, transmitindo uma sensação de segurança e tranquilidade à Mariana. Este teve um contributo importante, assegurando a manutenção de um ambiente sereno, através do ajuste da música e da luminosidade de acordo com as preferências da Mariana, e orientando a execução de técnicas de relaxamento, como a respiração e a massagem, que são reconhecidas por diminuir a percepção da

dor e favorecer a liberação de ocitocina. Para além disso, o André ofereceu suporte emocional contínuo, elemento essencial para a vivência positiva do TP. No período pós-parto imediato, manteve a sua presença ativa e participativa durante a amamentação, facilitando o contacto pele com pele, encorajando a Mariana a adotar uma posição confortável para amamentar e reforçando a confiança da díade mãe-filho. Esta participação demonstra a relevância do envolvimento da pessoa significativa no TP e pós-parto imediato, diminuindo o *stress* materno e promovendo a gestão de emoções e o sucesso no início da amamentação (Karimi et al., 2019).

A experiência da Mariana pode ser interpretada à luz da Teoria das Transições de Meleis, considerando o parto como o evento crítico que marca a transição para a parentalidade. O suporte contínuo da equipa de EE-ESMO, a informação clara e a participação ativa da Mariana facilitaram a adaptação à sua nova situação, promovendo experiências de parto positivas, fortalecendo a autoeficácia e promovendo a ligação mãe/pai-filho. A integração da analgesia, a mobilidade e a utilização de estratégias não farmacológicas, juntamente com os cuidados prestados após o parto contribuíram para uma transição saudável.

2.3. Cuidar a mulher no período pós-parto

O período pós-parto, caracterizado por intensas transformações físicas, emocionais e sociais, exige uma abordagem cuidada, sensível e especializada. Neste contexto, a presença do EE-ESMO revela-se fundamental, ao assegurar cuidados contínuos, identificar precocemente possíveis complicações e promover o autocuidado, o bem-estar da puérpera e uma transição mais segura, serena e positiva para a parentalidade (Sendas & Freitas, 2024).

2.3.1. Caracterização do contexto de estágio - Puerpério

A unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório final”, prevê a realização de um estágio de 100h num serviço de puerpério, para o desenvolvimento de competências específicas de EE-ESMO, mais especificamente no que diz respeito ao domínio “*Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal*” (Regulamento n.º 391/2019). Este estágio decorreu entre o dia 16 de junho de 2025 e o dia 7 de julho de 2025, num hospital da zona norte do país.

No que diz respeito ao período pós-parto, compete ao EE-ESMO prestar cuidados à mulher no contexto familiar e comunitário durante o período pós-natal, com o objetivo de favorecer a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando a sua transição e adaptação à parentalidade. Neste sentido, este é responsável pela conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções que favoreçam a recuperação física e emocional da mulher, bem como a promoção, proteção e apoio do aleitamento materno (OE, 2019c).

O serviço de puerpério onde decorreu o estágio localiza-se nas proximidades das principais valências da área de obstetrícia, nomeadamente a urgência de ginecologia e obstetrícia, o BP e a UMF, o que permite uma articulação eficiente entre os diferentes setores e facilita a continuidade dos cuidados prestados à mulher e ao recém-nascido.

A organização física e estrutural do serviço revela-se fundamental para a qualidade dos cuidados prestados, promovendo a proximidade e a interação precoce entre a mãe e o recém-nascido, fatores essenciais para o estabelecimento do vínculo afetivo e para o sucesso da parentalidade. A existência de espaços específicos para a realização de cuidados e para a promoção de conhecimento e capacidades dos pais contribui para a autonomia dos mesmos e para o fortalecimento do contributo do EE-ESMO no acompanhamento individualizado da puérpera e do recém-nascido.

Este serviço dispõe de um total de vinte e uma camas, distribuídas por enfermarias com duas ou quatro camas e um quarto individual. Cada unidade de internamento está equipada com uma cama para a puérpera, um berço para o recém-nascido e um cadeirão destinado à pessoa significativa que a puérpera escolhe para a acompanhar durante o período de internamento. Os quartos contam ainda com uma banheira e uma zona de muda-fraldas, o que possibilita a realização dos cuidados de higiene ao recém-nascido no próprio quarto, promovendo a proximidade mãe-filho e a autonomia dos pais.

O serviço é ainda composto por uma sala de berçário, onde são prestados alguns cuidados ao recém-nascido como o banho, a vacinação, a realização do rastreio neonatal, ou a avaliação antropométrica quando necessário. Esta é uma sala ampla que permite a permanência dos pais durante a realização dos cuidados referidos, promovendo o seu conforto, envolvimento e participação nos mesmos. Para além disso, existe um gabinete médico que é destinado à avaliação puerperal pela equipa médica.

Durante a permanência no internamento, a puérpera e o recém-nascido podem ter acompanhamento permanente por uma pessoa significativa. No decorrer do estágio, constatei que a presença desta pessoa neste período desafiante constitui um fator protetor essencial para o bem-estar físico e emocional da puérpera. Este apoio contribui para a redução da ansiedade, favorece a criação do vínculo com o recém-nascido e fortalece a adaptação ao novo papel parental, permitindo à família prever possíveis dificuldades aquando da chegada a casa, ajudando a adaptar algumas rotinas.

Além disso, são autorizadas visitas dentro do horário definido, incluindo visitas dos filhos mais velhos, quando aplicável. A presença destes elementos da família facilita o processo de transição, envolvendo e beneficiando todos os membros da família. O estudo realizado por Pereira et al. (2022) conclui exatamente que o envolvimento da pessoa significativa nos cuidados ao recém-nascido é fundamental para favorecer o desenvolvimento saudável da criança e o bem-estar global da família. Os autores destacam ainda que a participação do pai nas primeiras semanas de vida do bebé contribui positivamente para o

fortalecimento do vínculo entre pais e filho, promovendo uma relação mais segura e afetuosa.

Neste serviço existem intervenções realizadas de forma protocolada, sendo que estas podem ter algumas adaptações conforme o tipo de parto. No que diz respeito às puérperas que tiveram partos vaginais, é realizada em todos os turnos a avaliação da involução uterina, dos lóquios, mamas, ferida perineal, membros inferiores e eliminação urinária. O primeiro levante após o parto pode ou não ter sido feito na sala de partos, pelo que no internamento este momento é sempre acompanhado pelo EE-ESMO.

No caso de puérperas que tiveram um parto por cesariana, acresce a vigilância da ferida cirúrgica abdominal ou do penso da mesma e o registo da diurese, dada a presença de sonda vesical nas primeiras horas. A involução uterina, os lóquios e o estado das mamas são igualmente observados em cada turno. O primeiro levante ocorre geralmente 12 horas após a cirurgia, sempre supervisionado por um enfermeiro e o início da alimentação depende do estado geral da puérpera e da sua vontade.

No que diz respeito à avaliação de sinais vitais, independentemente do tipo de parto, a temperatura auricular é avaliada em todos os turnos e a pressão arterial é avaliada uma vez por dia no turno da manhã, exceto nas mulheres com patologia hipertensiva, às quais a tensão arterial é avaliada em todos os turnos, com vigilância adicional de sintomas como cefaleias, epigastralgias, alterações visuais e edema, ou mulheres com outras complicações como hemorragia pós-parto ou hipotensão persistente.

Relativamente ao recém-nascido, quando este é admitido no serviço após uma cesariana, proveniente do bloco operatório central do hospital, a avaliação antropométrica é feita pelo enfermeiro do serviço de puerpério na presença do pai e é administrada a vitamina K IM após consentimento do mesmo. Posteriormente, o recém-nascido é colocado em contacto pele com pele com o pai, estimulando a regulação térmica e prevenindo a hipoglicemia, promovendo a amamentação assim que a mãe chegar ao internamento. Após o regresso da mãe ao serviço, inicia-se o contacto com pele com pele com a

mãe e a amamentação, se for essa a vontade da mesma. O contacto pele com pele do recém-nascido com o pai, especialmente após uma cesariana, desempenha um papel crucial na promoção do vínculo familiar e no sucesso da amamentação. Este contacto precoce ajuda a estabilizar a temperatura corporal do recém-nascido, reduz o *stress* e facilita a regulação cardíaca e respiratória, criando um ambiente favorável para o início da amamentação (Shorey, 2016).

No que diz respeito aos recursos humanos, a equipa de enfermagem do serviço de puerpério é constituída maioritariamente por EE-ESMO, no entanto conta ainda com enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. O turno da manhã é assegurado por quatro enfermeiros e o turno da tarde e noite por três enfermeiros. Durante a semana, além dos enfermeiros referidos anteriormente, está ainda presente uma EE-ESMO que tem como função principal acompanhar as puérperas ao gabinete médico para a realização da avaliação médica puerperal e, quando é o caso, entregar os documentos relativos à alta clínica e esclarecer as dúvidas da puérpera. Este modelo de trabalho pode comprometer a continuidade dos cuidados, uma vez que a avaliação e alta da puérpera são feitas na presença de uma EE-ESMO que não acompanhou a puérpera durante o restante do turno.

Considerando que o serviço de internamento tem 21 camas, é importante analisar se o número de enfermeiras por turno está adequado aos rácios recomendados pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Parecer n.º 43/2019). Segundo este documento, o ideal é que haja uma enfermeira para cada três puérperas em puerpério patológico e uma para cada seis em puerpério normal. Caso todas as puérperas internadas estejam em condições clínicas normais, são necessárias cerca de quatro enfermeiras por turno, o que só acontece no turno da manhã. Nos turnos da tarde e da noite, com apenas três enfermeiros, o rácio fica abaixo do recomendado, mesmo neste cenário mais favorável. Isto significa que, quando se verifica o internamento de mais do que três

puérperas em puerpério patológico, como é o caso de uma puérpera em que tenha sido diagnosticada pré-eclâmpsia, hemorragia pós-parto, infeção puerperal, entre outras, os rácios deixam de ser respeitados, mesmo no turno da manhã.

Assim, observa-se uma discrepância evidente entre os rácios sugeridos e o efetivo número de enfermeiros disponíveis, sobretudo nos turnos da tarde e da noite. Esta situação é agravada pelo facto de alguns enfermeiros não serem EE-ESMO, contrariando as recomendações do parecer, que indica que os cuidados no puerpério devem ser garantidos exclusivamente por enfermeiros especializados nesta área, uma vez que estes profissionais detêm competências específicas e diferenciadas que visam a promoção da saúde sexual e reprodutiva, a assistência pré-natal, a assistência ao TP e o acompanhamento no período pós-parto, tanto à puérpera como ao recém-nascido. A complexidade e a diversidade das necessidades no puerpério exigem uma equipa especializada maior, que permita oferecer cuidados individualizados, identificar precocemente possíveis complicações e responder de forma eficaz a cada situação. A intervenção de vários profissionais com formação específica assegura uma assistência de maior qualidade e segurança, contribuindo para melhores resultados clínicos e maior satisfação das famílias.

No serviço de puerpério, destaca-se a visita diária da equipa da dor do hospital, composta por profissionais especializados que avaliam e monitorizam sistematicamente o controlo da dor nas puérperas. Esta intervenção revela-se essencial para garantir o conforto físico, minimizar o sofrimento e promover uma recuperação mais tranquila e eficaz após o parto. A literatura refere que a dor no período pós-parto pode interferir significativamente com a amamentação, o descanso, o vínculo mãe-filho e o bem-estar emocional da mulher, pelo que, a atuação da equipa da dor, em articulação com os EE-ESMO, contribui para cuidados ajustados às necessidades individuais de cada puérpera, promovendo um período pós-parto mais tranquilo (Figueiredo et al., 2018).

O conjunto de todas as alterações físicas e psíquicas que ocorrem no pós-parto denominam-se puerpério. Este inicia-se imediatamente após a dequitação e prolonga-se até que o organismo materno retome o seu estado pré-gravídico, é um período marcado por diversas alterações hormonais, anatómicas e emocionais essenciais. O acompanhamento neste período deve ser sensível às necessidades da mulher e centrado na vigilância clínica, apoio emocional e educação para a parentalidade (Nené et al., 2016).

O puerpério pode ser dividido em três fases distintas: o puerpério imediato, que corresponde às primeiras 24 horas após o parto; o puerpério precoce, que se prolonga até ao sétimo dia pós-parto; e o puerpério tardio, que pode estender-se até seis semanas ou mais, dependendo da recuperação individual (Graça, 2017). Cada uma destas fases exige uma abordagem diferenciada por parte da equipa de enfermagem, com foco na vigilância da involução uterina, dos lóquios, estado emocional e início da amamentação, promovendo uma transição saudável para a parentalidade (Nené et al., 2016).

Para a elaboração do presente relatório de estágio, optei por apresentar o caso da Bárbara, que se encontra no período de puerpério precoce e cuja experiência descrevo de seguida. Este caso revelou-se particularmente significativo para a minha aprendizagem e desenvolvimento de competências enquanto futura EE-ESMO, por se tratar de uma vivência distinta da habitual, uma vez que após o parto, o recém-nascido permaneceu acompanhado exclusivamente pelo pai durante os dois primeiros dias de vida, dada a necessidade de internamento materno numa unidade de cuidados intensivos, tendo o reencontro com a mãe ocorrido apenas posteriormente. Esta separação precoce implicou uma adaptação dos cuidados de enfermagem, centrados na promoção da ligação mãe-filho, na promoção de um reencontro saudável e no reforço do papel parental num contexto de adversidade.

2.3.2. Reconstruir o encontro: A vivência do puerpério após separação mãe-filho

A Bárbara, 29 anos, primigesta, encontra-se no terceiro dia após um parto por cesariana por uma suspeita de TEP. Após o parto, foi transferida para o Serviço de Medicina Intensiva para vigilância, onde permaneceu até ao segundo dia pós-parto. A Bárbara tem como antecedentes pessoais uma abdominoplastia em 2022 complicada com embolia pulmonar e uma cirurgia para exérese de teratoma às 15 semanas de gravidez. O seu grupo sanguíneo é A, fator *Rhesus* positivo.

O José nasceu às 39 semanas, com 2890g e índice de APGAR de 9/10/10 ao 1.º, 5.º e 10.º minutos de vida, respetivamente. O recém-nascido esteve em contacto pele com pele com a mãe imediatamente após o nascimento, tendo sido posteriormente separado da mãe. Durante os seus primeiros dois dias de vida, o José permaneceu no internamento de puerpério acompanhado pelo seu pai, António, que ficou responsável pelos cuidados ao mesmo, com orientação e supervisão da equipa de enfermagem.

O contacto com a Bárbara ocorre no turno da tarde. Quando avaliada a sua experiência de parto e pós-parto a mesma refere *“Este bebé para mim foi um milagre. Foi uma gravidez muito atribulada e senti muitas vezes que podíamos nunca ter chegado aqui, para mim ter o José comigo já foi uma conquista. Mas só agora nos estamos a conhecer, na verdade só ontem ao fim do dia é que vim para aqui e só agora estamos a começar este percurso. O António fez tudo aquilo que eu também gostava de ter feito, mudar as primeiras fraldas, dar o primeiro banho, estar ao lado dele nos primeiros dias de vida... mas o meu corpo não permitiu, sinto que perdi tudo isso e agora tenho de recuperar rapidamente para recompensar o meu filho. Espero que agora o meu corpo me deixe estar presente para tudo o que o meu filho precisar.”*. Perante a afirmação da Bárbara, na qual se reflete o seu sentimento de culpa, foi possível identificar o diagnóstico de Potencial para melhorar significado atribuído à gravidez com complicações.

De facto, a separação da mãe e do recém-nascido logo após o parto pode ter impacto significativo no vínculo afetivo, no bem-estar emocional da mãe e no desenvolvimento do recém-nascido. Estudos indicam que a separação precoce está associada a uma diminuição da sensação de competência materna, maior ansiedade e menor frequência de comportamentos como o toque e a interação responsiva. O ensaio clínico randomizado conduzido por Bystrova et al. (2009) demonstrou que as mães que tiveram contacto pele com pele imediato com os seus filhos e permaneceram com eles no mesmo quarto após o parto apresentaram interações mais positivas e sensíveis com os seus filhos até um ano após o parto, em comparação com mães que foram separadas dos seus recém-nascidos.

No quadro seguinte, apresenta-se a conceção de cuidados relativa ao significado atribuído à gravidez com complicações da Bárbara (Quadro 28).

Quadro 28. Potencial para melhorar significado atribuído à gravidez com complicações [Bárbara]

Domínio: Gravidez com complicações
Dados: <i>A Bárbara refere “O António fez tudo aquilo que eu também gostava de ter feito, mudar as primeiras fraldas, dar o primeiro banho, estar ao lado dele nos primeiros dias de vida... mas o meu corpo não permitiu, sinto que perdi tudo isso e agora tenho de recuperar rapidamente para recompensar o meu filho. Espero que agora o meu corpo me deixe estar presente para tudo o que o meu filho precisar.”</i>
Diagnóstico: Potencial para melhorar significado atribuído à gravidez com complicações
Objetivos: Promover a reformulação do significado atribuído à gravidez com complicações
Critérios de resultado: Que a Bárbara reformule o significado dificultador
Intervenções: - Assistir a Bárbara a analisar o significado dificultador: - Explicar o que é um significado: <i>“O modo como pensa neste momento é uma representação interna que constrói baseada nas suas emoções, valores e na forma como percebe aquilo que vivenciou. O significado que atribui ao facto de ter estado internada durante os primeiros dois dias após o parto, que lhe suscita sentimentos de culpa, é algo que pode vir a mudar nos próximos dias.”</i>

- Colocar questões de reflexão: “O que a leva a sentir-se assim? O que acha que poderia ter feito para evitar as complicações que teve na gravidez? Que repercussões pensa que isso pode ter tido no José?”.

- Reforçar o envolvimento do António: “O António esteve sempre com o José, nunca o deixou sozinho. Tudo o que o José precisou nestes primeiros dias foi feito pelo pai. E agora a Bárbara terá todo o tempo para fazer o mesmo.”.

- Elogiar a Bárbara: “O facto de estar aqui agora mostra que o seu corpo lidou com todas as complicações e neste momento pode usufruir na totalidade de todo o tempo com o José.”.

- Incentivar a expressão de sentimentos: “O que está a sentir neste momento é válido, pois foi algo que saiu fora do seu controlo. É importante que partilhe connosco o que sente, se se sentir confortável para isso.”.

- Avaliar evolução do significado atribuído à gravidez com complicações.

Dados de avaliação:

A Bárbara refere “Quando penso no que poderia ter feito para evitar esta situação...realmente não existe nada, fiz tudo o que estava ao meu alcance para chegar ao fim da gravidez e ter o José comigo, com saúde, essa é a maior conquista.”; “Nem acredito que o António foi capaz de lidar com tudo isto sozinho, sem nunca ter cuidado de um bebé, é um motivo de felicidade para mim, consegui superar as minhas expectativas”; “Realmente o melhor que posso fazer agora é aproveitar os dias que vêm, o resto já não posso mudar”.

A implementação das intervenções acima descritas despoletou na Bárbara uma necessidade de reflexão sobre a experiência vivida e o significado atribuído à mesma. Através da expressão dos seus sentimentos, a Bárbara iniciou um processo de reformulação do significado atribuído à gravidez com complicações, que irá permitir a vivência de uma transição mais saudável.

O tromboembolismo venoso (TEV), que inclui a trombose venosa profunda (TVP) e o TEP, representa uma das principais causas de morbimortalidade materna nos países desenvolvidos, sendo responsável por 1,1 mortes maternas em cada 100 000 gravidezes. O risco tromboembólico na gravidez aumenta com a idade gestacional e atinge o máximo na primeira semana após o parto (Ramalho & Moucho, 2024). As alterações fisiológicas normais da gravidez provocam uma hipercoagulabilidade fisiológica durante a gravidez, evidenciada por níveis elevados de fatores pró-trombóticos,

incluindo os fatores VII, VIII, X, fibrinogénio e fator de *von Willebrand*, bem como por uma redução da função da proteína S. Estas alterações, que podem ser agravadas por fatores de risco adquiridos e hereditários da própria mulher, combinadas com a estase venosa e, frequentemente, imobilidade, conduzem a um aumento do risco de TEV durante a gravidez e no pós-parto (Cueto-Robledo et al., 2023).

O diagnóstico de TEP durante a gravidez é difícil, uma vez que a sintomatologia pode ser pouco específica. Cerca de 50% das mulheres grávidas apresentam sinais e sintomas fisiológicos que podem ser compatíveis com o diagnóstico, como dispneia ou edema dos membros inferiores, mais frequentes à medida que a gravidez evolui. O risco é mais elevado durante o terceiro trimestre e nas seis a doze semanas após o parto (Lima et al., 2022).

Como estratégias para prevenção do TEV, é recomendada a promoção da mobilização precoce e a manutenção de uma hidratação adequada, devendo ser utilizadas meias de compressão, exceto em casos de doença arterial periférica, neuropatia diabética ou infeções nos membros inferiores. No que diz respeito à profilaxia farmacológica, a administração de heparina de baixo peso molecular é recomendada, salvo em situações de insuficiência renal ou hepática significativa, hemorragia ativa ou risco elevado de hemorragia, hipertensão arterial não controlada, ou intolerância à heparina. Antes de determinar a necessidade e duração da trombopprofilaxia, deve ser realizada uma estratificação individual do risco trombótico (Lima et al., 2022).

No período pós-parto, é fundamental proceder a uma nova avaliação do risco de tromboembolismo, de forma a ajustar, se necessário, as medidas de prevenção trombótica. Para mulheres com risco elevado, a profilaxia deve prolongar-se por seis semanas após o parto, já nas situações de risco moderado, é recomendada uma duração de dez dias. No caso da Bárbara, esta tinha prescrição médica de enoxaparina sódica 60mg via subcutânea duas vezes por dia.

No sentido de vigiar os sinais e sintomas de TEV, o EE-ESMO deve estar atento aos mesmos e alertar as puérperas para a sua vigilância, garantindo que estas têm conhecimento dos principais sinais de alarme, que incluem dor nos membros inferiores, aumento da temperatura e alteração da cor dos membros inferiores, sensibilidade e edema depressível dos membros inferiores, e no caso de TEP, dor torácica pleurítica, dispneia, taquicardia, tosse e síncope (Maughan et al., 2022).

Neste sentido, um dos meus objetivos enquanto futura EE-ESMO, foi não só manter a vigilância destes sinais e sintomas como assegurar que a Bárbara tinha conhecimento dos mesmos, para que fosse capaz de os identificar mesmo após a alta do internamento (Quadro 29).

Quadro 29. Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações no pós-parto [Bárbara]

Domínio: Pós-parto
Dados: Foi avaliado o conhecimento da Bárbara sobre os sinais de alarme e estratégias de prevenção do TEV: <i>“O termo tromboembolismo já não é algo novo para si, no entanto há alguns sinais que deve vigiar, tendo em conta que tem um risco acrescido, e existem também medidas que deve adotar para prevenção. Tem ideia de quais são?” ao que respondeu “o que me fez vir ao hospital na gravidez foi aquela sensação constante que eu tinha de falta de ar, não era preciso eu fazer esforço, mas ficava sempre com falta de ar, sei que tenho que estar atenta caso isso volte a acontecer ou sinta alguma dor no peito.”</i>
Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações no pós-parto
Objetivos: Melhorar conhecimento sobre complicações no pós-parto
Crítérios de resultado: Que a Bárbara seja capaz de identificar sinais e sintomas de TEV Que a Bárbara adote medidas de prevenção de TEV
Intervenções: - Ensinar sobre sinais e sintomas de TEV: <i>“O TEV inclui a TVP e o TEP, duas situações que podem colocar em risco a vida da Bárbara e que por isso devem ser identificadas o mais precocemente possível. Os principais sinais de TVP são dor nos membros inferiores, aumento da temperatura, alteração da cor dos membros inferiores e aumento da sensibilidade e edema depressível dos membros inferiores. No caso de TEP pode surgir dor torácica pleurítica, sensação de falta de ar, taquicardia, tosse ou desmaio.”.</i> - Ensinar sobre medidas de prevenção de TEV: <i>“Além da medicação que lhe vão prescrever no dia da alta, existem algumas medidas importantes que deve continuar a adotar em casa que são a mobilização frequente dos membros</i>

inferiores e a ingestão frequente de água.”.

- Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações no pós-parto.

Dados de avaliação:

A Bárbara refere “*não é a primeira vez que ouço falar sobre isso realmente, mas ainda bem que me lembrou, tenho mesmo que estar atenta a esses sinais e claro que me vou tentar manter ativa, já bastou este susto*”.

Para além dos sinais de TEV, particularmente importante neste caso específico, existem outras vigilâncias importantes no terceiro dia de puerpério. De acordo com a WHO (2018b), nas primeiras 24 horas após o parto, as puérperas devem ser submetidas a uma avaliação da perda sanguínea vaginal, tônus uterino, altura do fundo uterino, temperatura e frequência cardíaca de forma rotineira. Após as primeiras 24 horas, deve manter-se a monitorização do estado geral da puérpera, incluindo a avaliação da eliminação urinária, eliminação intestinal, cicatrização de eventuais lesões perineais, cefaleias, cansaço, dores lombares, dor e higiene perineal, dor mamária, sensibilidade uterina e características dos lóquios. No caso da Bárbara, tendo em conta que se encontra num pós-parto de uma cesariana, é ainda importante manter a vigilância do penso da ferida cirúrgica abdominal.

A Bárbara apresenta o útero contraído e numa posição infra-umbilical, apresenta lóquios hemáticos, com cheiro *suis generis*, refere habitualmente trocar o penso a cada quatro horas, sendo que nunca chega a estar saturado e refere já estar com menor perda sanguínea relativamente aos dias anteriores. A Bárbara refere uma dor abdominal ocasional relacionada com o movimento, mas que alivia com a medicação prescrita (paracetamol 1g PO 8/8h), nega qualquer alteração na eliminação urinária e refere já ter tido uma dejeção de fezes moles no dia anterior.

Para além da avaliação física, o acompanhamento da adaptação à parentalidade é igualmente importante, sendo que este diz respeito ao processo de transição pelo qual a mulher e/ou o homem e o casal passam ao assumir os papéis de mãe, pai e cuidadores do recém-nascido. Esta experiência implica uma reorganização a nível pessoal, emocional, relacional

e social, acompanhada por mudanças profundas na identidade, nas responsabilidades e nas rotinas diárias. A parentalidade não começa apenas com o nascimento de um bebé, mas inicia-se durante a gravidez e continua ao longo do ciclo de vida familiar, sendo vivenciada de forma mais intensa nas primeiras semanas após o parto (Cardoso, 2011).

Por ser um processo complexo, a adaptação à parentalidade pode ser entendida à luz da Teoria das Transições, desenvolvida por Meleis (2010), que considera a transição um elemento central no cuidado. Segundo esta conceção teórica, a transição para a parentalidade é classificada como desenvolvimental, pois faz parte do ciclo de vida da mulher, do homem e da família e envolve fases de instabilidade, redefinição dos papéis e da identidade, requerendo suporte profissional para facilitar a adaptação (Meleis, 2010).

Durante o meu contacto com a Bárbara, esta sempre manifestou a sua vontade em amamentar o José, referindo que *“as vantagens são tantas que é impossível dizer que não, é o melhor que eu posso dar ao meu filho e vou fazê-lo a não ser que haja algum motivo de força maior”*. De acordo com a WHO (2018a), todos os recém-nascidos devem ser amamentados exclusivamente desde o nascimento até completarem seis meses, sendo que durante esse período, as mães devem receber todo o apoio e orientação no sentido de manterem a amamentação exclusiva. Neste sentido, e considerando que é competência do EE-ESMO implementar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (OE, 2019c), comecei por observar a Bárbara enquanto esta amamentava o José.

A Bárbara começou por estimular o José, mudando-lhe a fralda e deixando-o apenas com roupa interior para causar algum desconforto e assim se manter desperto. De seguida, a Bárbara colocou o José na mama, demonstrando alguma dificuldade e dúvidas no posicionamento das mãos para segurar o mesmo, colocando a sua mão a pressionar a cabeça do José contra a mama, impedindo que este conseguisse movimentar-se livremente. Para além disso, a Bárbara encontrava-se sentada numa cadeira com os pés esticados

para conseguir tocar no chão, demonstrando sinais de desconforto. Tendo em conta os dados recolhidos, foram implementadas intervenções de enfermagem no sentido de melhorar o conhecimento e a capacidade da Bárbara sobre posições para amamentar (Quadro 30).

Quadro 30. Potencial para melhorar capacidade para amamentar [Bárbara]

Domínio: Adaptação à parentalidade
Dados: A Bárbara demonstra dúvidas e dificuldade em posicionar o José para amamentar, não se posiciona de forma confortável para amamentar.
Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para amamentar
Objetivos: Melhorar conhecimento sobre posições para amamentar Melhorar capacidade para amamentar
Critérios de resultado: Que a Bárbara seja capaz de adotar uma posição confortável para amamentar Que a Bárbara seja capaz de identificar diferentes posições possíveis para amamentar Que a Bárbara seja capaz de posicionar o José para mamar
Intervenções: - Explicar a relação da posição da mãe com o sucesso de amamentação: <i>“A posição da Bárbara e do José a cada mamada é um fator de sucesso para a promoção da boa pega, extração eficaz de leite e reduzir complicações como lombalgias, fissuras ou ingurgitamento mamário. Deve escolher a posição que seja mais confortável para si, tendo em conta que irá ficar nessa posição durante algum tempo e irá amamentar várias vezes ao dia, pelo que garantir o seu conforto é bastante importante para prevenir o cansaço excessivo. Para além disso, é importante a alternância de posição a cada mamada para promover a estimulação e o esvaziamento de diferentes locais da mama.”</i> (Cardoso et al., 2024). - Demonstrar diferentes posições a adotar para amamentar: <i>“Conforme o que for melhor para si, pode escolher ficar sentada, deitada ou semi-sentada. No caso de ficar sentada como está agora, é importante ter apoio dos pés, podendo, por exemplo, colocar um pequeno banco ou uma caixa de sapatos para conseguir apoiar os seus pés, mantendo um ângulo de 90 graus nos joelhos e as costas apoiadas na parte de trás da cadeira ou sofá. Na posição de sentada como está, pode utilizar a posição tradicional, deixando a cabeça e o pescoço do José apoiados ao longo do seu antebraço, numa posição abdómen-com-abdómen, ou pode, por exemplo, utilizar a posição de bola de rãguebi, em que o José fica apoiado ao longo do antebraço do lado da mama em que está a mamar, com as pernas e pés perpendiculares ao tronco da mãe, do lado em que irá mamar, com a cabeça junto da mama e os pés voltados para as costas da mãe. Esta posição promove uma drenagem mais efetiva dos quadrantes externos da mama, o que não se verifica na posição tradicional.”</i> (Cardoso et al., 2024). - Treinar diferentes posições para amamentar. - Incentivar o António a observar as diferentes posições, ajudando a Bárbara a colocar-se confortável.

- Avaliar evolução da capacidade para amamentar.

Dados de avaliação:

A Bárbara adotou uma posição confortável para si, sentando-se numa cadeira onde ficou com a costas encostadas e os seus pés apoiados no chão. Conforme foi demonstrado, colocou o José a mamar na posição tradicional, com o antebraço a apoiar a cabeça e pescoço do José e posteriormente em posição bola de rãuebi.

Enquanto amamentava o José, a Bárbara referiu “*não sei se é por agora o José estar a mamar, porque antes eu só estava a tirar o leite com a bomba, mas tenho sentido as minhas mamas mais duras e tensas, diferente do que estavam ontem por exemplo, será que isto pode já ser a subida do leite?*” (Quadro 31).

Quadro 31. Potencial para melhorar conhecimento sobre lactação [Bárbara]

Domínio: Adaptação à parentalidade
Dados: A Bárbara refere sentir as mamas mais duras e tensas e questiona se se deve à subida do leite. A Bárbara questiona “<i>a subida do leite vai causar alteração no leite?</i>”
Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre lactação
Objetivos: Melhorar conhecimento sobre lactação
Critérios de resultado: Que a Bárbara seja capaz de reconhecer os sinais da subida do leite Que a Bárbara seja capaz de relacionar as características do leite materno com a necessidade de oferecer uma ou duas mamas
Intervenções: - Ensinar sobre lactação: - Explicar sinais de subida do leite: “<i>A subida do leite habitualmente ocorre entre o terceiro e o quinto dia após o parto e caracteriza-se por um aumento dos fluxos sanguíneo e linfático para a glândula mamária devido às necessidades metabólicas das células produtoras de leite, provocando uma sensação de tensão na mama. Durante este processo verifica-se alteração das características do leite, transformando-se o colostro em leite de transição. Alguns sinais de que a subida de leite está a ocorrer são: sentir a mama túrgida, congestionada, quente e, por vezes, dolorosa, que se pode resolver espontaneamente em algumas horas. Esta é uma situação benigna que não deve confundir ou tratar como um ingurgitamento mamário, que é um processo inflamatório resultante da retenção de leite</i>” (Cardoso et al., 2024). - Explicar as características do leite materno em função da sua evolução ao longo do tempo: “<i>O leite materno evolui ao longo do tempo, após a subida do leite deixa de ser colostro, passando para leite de transição e mais tarde leite maduro. Isto significa que os leites são diferentes, em termos de composição e quantidade: o leite de transição é produzido em maior</i>

quantidade e apresenta uma coloração acinzentada, contém todos os macronutrientes (proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerais e água) nas quantidades de que o José necessita. As suas características sofrem alterações ao longo da mamada: no início da mamada, é mais aguado sendo rico em proteínas, lactose, vitaminas, minerais e água e no final da mamada, contém mais gordura. Assim, ao longo da mesma mamada a concentração de imunoglobulinas e vitaminas lipossolúveis tornam-se progressivamente menores, enquanto aumenta o conteúdo de vitaminas hidrossolúveis, com consequente acréscimo do aporte calórico. Aproximadamente 15-20 dias após o parto, surge o leite maduro. Nesta fase, aumenta a quantidade de leite produzido nas 24 horas. Este leite possui maior teor lipídico e de lactose, apresentando menor quantidade de proteínas e contém a maior parte dos minerais e vitaminas lipossolúveis. Tal como acontece com o leite de transição, este também altera as suas características ao longo da mamada.” (Cardoso et al., 2024).

- Explicar os critérios para decidir sobre oferecer uma ou duas mamas: “Nos primeiros dias, enquanto existe colostro, é pertinente oferecer as duas mamas, para estimular a produção de leite pelo esvaziamento da mama, já que este leite mantém composição ao longo de toda a mamada. Após a subida do leite, como o leite de transição sofre alterações na sua composição ao longo da mesma mamada, como já falamos, importa dar tempo para que o leite rico em gordura atinja o mamilo, sendo essencial assegurar a drenagem completa de uma mama até ao fim e só depois oferecer a outra. Na mamada seguinte, é recomendado iniciar a mamada pela mama em que o José mamou menos tempo, ou seja, pela última mama em que ele mamou.” (Cardoso et al., 2024).

- Avaliar evolução do conhecimento sobre lactação.

Dados de avaliação:

A Bárbara demonstra compreender o que lhe foi explicado e refere que nas próximas mamadas irá oferecer uma mama e no caso de o José não ficar saciado oferecer a outra, começando as mamadas pela última mama que ofereceu.

Cerca de duas horas após o José ter terminado a mamada, a Bárbara chamou-me e referiu “O José acordou agora a chorar desta forma e eu já vi a fralda e está seca, acho que está novamente com fome, estou a pensar colocá-lo a mamar mas quero que me ajude porque eu estou a ficar nervosa, tenho medo que isto me aconteça em casa e eu não seja capaz de o acalmar, não vou ter a vossa ajuda para me dizer o que fazer, e se eu fizer tudo e mesmo assim ele continuar a chorar?” (Quadro 32).

Quadro 32. Potencial para melhorar autoeficácia para lidar com o choro do recém-nascido [Bárbara]

Domínio: Adaptação à parentalidade
Dados: A Bárbara refere <i>“estou a ficar nervosa, tenho medo de que isto me aconteça em casa e eu não seja capaz de o acalmar, não vou ter a vossa ajuda para me dizer o que fazer, e se eu fizer tudo e mesmo assim ele continuar a chorar?”</i>
Diagnóstico: Potencial para melhorar autoeficácia para lidar com o choro do recém-nascido
Objetivos: Melhorar autoeficácia para lidar com o choro do José
Crítérios de resultado: Que a Bárbara se sinta capaz de lidar com o choro do José
Intervenções: - Explicar que o choro é uma das formas de o José manifestar as suas necessidades e que no primeiro mês de vida estas poderão ser desconforto, fome e dor (sendo a dor por cólica a mais frequente num recém-nascido). - Incentivar a interpretar outros elementos que podem facilitar a identificação das necessidades do José, tais como a linguagem corporal (movimentos do corpo), a expressão facial e outros dados, como por exemplo as condições ambientais (calor, frio, agitação, etc.), hora e duração da última mamada e tempo que decorreu desde a última mamada. - Elogiar o desempenho da Bárbara: <i>“É o primeiro dia completo que está com o José desde que ele nasceu e a Bárbara tem sido sempre capaz de responder aquilo que ele vai mostrando que precisa. Este é um processo de aprendizagem que vai ser mais fácil a cada dia que passa, pois a Bárbara e o António vão começando a conhecer cada vez melhor o vosso filho e identificar os sinais que ele dá conforme as suas necessidades.”</i>
Dados de avaliação: A Bárbara refere <i>“Tem razão, com o tempo acredito que vou começar a sentir-me mais tranquila, mas realmente está a ser muita coisa para gerir nestes primeiros dias e há sempre aquele receio de não ser capaz...tenho que confiar mais em mim. E o António também me vai ajudar a manter a tranquilidade.”</i>

A confiança que a mãe e o pai têm na sua capacidade para lidar com o choro do recém-nascido é essencial para oferecer respostas adequadas às necessidades do seu filho. A falta de autoeficácia para interpretar o choro e identificar a melhor forma de acalmar o filho pode comprometer a competência, real ou percebida, no cuidado ao mesmo. Ainda que os pais disponham dos conhecimentos e habilidades necessários, o seu desempenho pode variar consoante a perceção da sua autoeficácia, que influencia as escolhas, o esforço e a persistência perante situações desafiantes (Cock et

al., 2015). Neste sentido, o EE-ESMO tem a responsabilidade de apoiar e fortalecer esta competência parental.

Cock et al. (2015) realizaram um estudo experimental com o objetivo de analisar o impacto do choro do bebê no estado emocional dos pais, na ansiedade momentânea e na autoeficácia parental. Para isso, contaram com a participação de 116 estudantes da Universidade de Tilburg que ficaram durante dez minutos com uma boneca que chorava de forma realista, apresentando três condições: ausência de choro, cinco minutos de choro ou dez minutos de choro. Os autores verificaram que face ao choro, os participantes experimentaram mais emoções negativas, ansiedade e menos confiança na sua capacidade de assumirem o papel de mãe/pai no futuro.

2.3.2.1. Análise do caso clínico da Bárbara e reflexão sobre o desenvolvimento de competências

O puerpério é um período crítico, não apenas pelas alterações fisiológicas, mas também pela instabilidade emocional associada à mudança de papéis interpessoais e familiares (Gomes e Santos, 2017). Para além da puérpera, o recém-nascido e a pessoa significativa que os acompanha, frequentemente o pai e/ou companheiro, são também considerados clientes dos cuidados do EE-ESMO (OE, 2021). Tornar-se mãe ou pai é um processo social e cognitivo aprendido, e não inato, implicando por isso reorganização individual e conjugal (Cardoso et al., 2015).

Segundo Cardoso et al. (2015), os pais necessitam de conhecimentos e competências para uma transição saudável, pelo que compete ao EE-ESMO promover essas capacidades, reforçando a confiança, satisfação e competência no papel parental. Durante a realização deste estágio foi

possível validar que a preparação prévia, tal como descrito na teoria de Meleis (2010), favorece a adaptação a este novo papel, promovendo a transição saudável. Observa-se que, embora os casais que são pais pela primeira vez cheguem ao internamento com algum conhecimento adquirido na preparação para a parentalidade, manifestam insegurança nos cuidados ao recém-nascido, enquanto casais com experiência prévia demonstram uma prática consolidada, mas com um conhecimento mais baseado na prática, que não é necessariamente o mais atual e sustentado por evidência científica.

Neste sentido, a aplicação da Teoria das Transições permite compreender que a adaptação ao papel parental é influenciada por condições pessoais (experiências prévias, motivação, crenças), da comunidade (apoio da família e dos profissionais de saúde) e sociais (normas e expectativas culturais). Assim, a intervenção do EE-ESMO deve contemplar não só o ensino de competências, mas também o apoio emocional, a validação das experiências e a promoção da autoeficácia, criando um ambiente facilitador da transição. A utilização de uma comunicação eficaz com recurso a estratégias individualizadas potencia uma transição saudável, na qual os conhecimentos e capacidades são consolidados, reduzindo a ansiedade e promovendo o empoderamento e autoeficácia dos pais.

No puerpério, o empoderamento assume particular relevância, uma vez que a mulher enfrenta múltiplas transições físicas, emocionais e sociais. Para além de favorecer a autoeficácia para cuidar do recém-nascido, o empoderamento contribui para a adaptação à nova identidade materna, para o fortalecimento do vínculo mãe-filho e para a redução de sentimentos de insegurança ou dependência. Nesta fase, estratégias como a comunicação terapêutica, o apoio emocional, a valorização das competências maternas e a participação ativa da mulher nos cuidados ao seu filho constituem elementos fundamentais para que a puérpera se sinta segura, capaz e respeitada no exercício do seu papel (Nieuwenhuijze & Leahy-Warren, 2019).

Durante este período, desenvolvi competências no âmbito da promoção da saúde da mulher e do recém-nascido, intervindo no sentido de diagnosticar

precocemente e prevenir complicações para a saúde de ambos. Neste sentido, implementei intervenções de enfermagem baseadas na evidência e ajustadas às necessidades individuais de cada puérpera, recém-nascido e respetivas famílias, promovendo o autocuidado, autocontrolo e mestria, conforme o enunciado n.º 4 dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO) (OE, 2021).

A integração consistente da evidência científica na prática torna-se um desafio, mas ao mesmo tempo um fator distintivo na excelência dos cuidados prestados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Para além disso, tendo em conta a curta duração prevista para o internamento das puérperas e respetivos recém-nascidos, torna-se ainda mais importante identificar as necessidades específicas de cada díade e intervir eficazmente, garantindo um acompanhamento individualizado que promova a segurança, o bem-estar e a autonomia tanto da mãe como do seu filho. Esta abordagem contribui para a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, favorecendo a adaptação à nova realidade familiar e prevenindo possíveis complicações no puerpério e nos primeiros dias de vida do recém-nascido.

No contexto do puerpério, é importante destacar as competências desenvolvidas no âmbito do apoio prestado na amamentação. A WHO (2017) enfatiza a importância de apoiar as mães durante todo o período de internamento, destacando a necessidade de práticas clínicas que favoreçam o contacto pele com pele precoce, o alojamento conjunto mãe-bebé e a promoção ativa do aleitamento materno, com o objetivo de aumentar as taxas de amamentação. A aplicação destas orientações verificou-se no local onde realizei estágio, no qual todos os profissionais de saúde se empenhavam na promoção do aleitamento materno sempre que fosse este o desejo da mãe, intervindo na promoção de conhecimento das puérperas, na desconstrução de significados atribuídos à amamentação ou na promoção da autoeficácia e ainda incentivando o envolvimento e suporte da pessoa significativa neste processo.

O caso apresentado assumiu particular relevância para o meu desenvolvimento de competências enquanto futura EE-ESMO, na medida em que exemplifica uma situação de separação entre o recém-nascido e a mãe, decorrente da condição de saúde materna, neste caso pelo risco acrescido de TEV no período pós-parto. Esta situação pode desencadear na puérpera sentimentos de culpa e perceção de incompetência no desempenho do papel parental, tal como evidenciado no caso descrito.

Compete, assim, ao EE-ESMO analisar com a puérpera o significado atribuído a esta experiência, promovendo a reflexão e a desconstrução de crenças potencialmente limitadoras, de forma a favorecer uma transição saudável e positiva para a maternidade. Tendo em conta esta condição clínica específica da Bárbara, foi importante assegurar que esta seria capaz de identificar os sinais e sintomas de TEV e as medidas que deve adotar para prevenir esta complicação no pós-parto.

No que diz respeito à amamentação, dado que a Bárbara estava a amamentar pela primeira vez e que esteve separada do seu filho durante os primeiros dois dias de vida do mesmo, esta apresentava ainda algumas questões e dificuldades que foram consolidadas através das intervenções implementadas enquanto observava a mamada, sugerindo à Bárbara outras posições para amamentar e a adoção de pequenas alterações que melhoraram substancialmente o seu conforto. Por fim, no contacto com esta puérpera, foi ainda possível identificar potencial para melhorar a autoeficácia para lidar com o choro do recém-nascido, tendo sido implementadas intervenções promotoras da autoeficácia, que tornaram a Bárbara mais confiante nas suas habilidades e na capacidade de responder de forma adequada às necessidades do recém-nascido, diminuindo os níveis de *stress* e ansiedade.

Importa ainda destacar que, ao longo de todo o plano de cuidados, o António foi incluído de forma contínua e intencional, reconhecendo-se o seu papel central na transição para a parentalidade. O envolvimento ativo do António traduziu-se não só no apoio emocional prestado à Bárbara, mas também na participação nos cuidados ao José, reforçando a sua confiança e

competência no papel parental. Esta inclusão permitiu transformar a experiência de separação inicial entre mãe e filho numa oportunidade para o pai assumir maior protagonismo nos cuidados, fortalecendo a dinâmica familiar e promovendo uma transição mais harmoniosa para a parentalidade.

Durante o decorrer deste estágio, a minha intervenção baseou-se nos princípios fundamentais da bioética, tais como os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Assegurei o respeito pela autonomia da puérpera, fornecendo informação clara e promovendo decisões informadas e conscientes relativas aos cuidados maternos e neonatais. Atuei com beneficência, privilegiando o bem-estar físico e emocional da mãe e do recém-nascido, adotando práticas seguras e baseadas na evidência. Para além disso, prestei cuidados equitativos, independentemente das características individuais ou sociais das puérperas, assegurando sempre a confidencialidade e a privacidade das informações partilhadas, respeitando os preceitos do código deontológico. Por fim, demonstrei integridade e responsabilidade profissional, refletindo criticamente sobre a prática e assegurando a qualidade dos cuidados, em conformidade com os PQCEESMO (2021).

3. A INFLUÊNCIA DA INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO NA GESTÃO DE EXPECTATIVAS DA MULHER

De acordo com o programa formativo do MESMO (Aviso n.º 3916/2021), a componente teórico-técnica deve incluir uma vertente prática e clínica e culminar num relatório final com componente investigativa. Com o objetivo de desenvolver competências em investigação, foi selecionada uma problemática observada no contexto clínico e realizada uma revisão narrativa da literatura. De acordo com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), a investigação é uma competência comum a todos os enfermeiros especialistas, permitindo a recolha, interpretação e aplicação crítica de evidência científica para fundamentar intervenções de enfermagem e melhorar a prática clínica. Assim, esta revisão narrativa contribui tanto para a resolução da problemática observada como para o desenvolvimento das competências de investigação do enfermeiro especialista.

Durante a minha experiência no contexto do BP, deparei-me com um número significativo de grávidas que se encontravam num processo de ITP e constatei que estas apresentavam expectativas distintas relativamente ao desenvolvimento do TP e parto, influenciadas por experiências anteriores, relatos de pessoas significativas ou informações obtidas nas redes sociais, nem sempre ajustadas à realidade de uma ITP. Algumas esperavam um TP breve e pouco doloroso, outras desejavam evitar ao máximo o acumular de intervenções médicas, como por exemplo a realização de analgesia epidural, episiotomia ou perfusão EV de ocitocina. No entanto, o processo de ITP revelou-se muitas vezes prolongado, imprevisível e medicalizado, afastando-se das suas expectativas e gerando sentimentos de frustração, ansiedade e desilusão. Esta discrepância evidenciou a dificuldade que muitas grávidas tinham em adaptar as suas expectativas iniciais às mudanças impostas pela indução, influenciando a forma como gerem essas expectativas.

Embora a WHO (2022a) recomende a ITP apenas a partir das 41 semanas em gravidezes sem complicações associadas, desaconselhando a sua prática rotineira antes desse período, a utilização deste procedimento tem vindo a aumentar nos últimos anos. Nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), estima-se que cerca de um em cada quatro partos de termo ocorram após indução.

Ainda que os desfechos clínicos da indução sejam amplamente estudados, o impacto da ITP, particularmente na forma como as mulheres gerem as suas expectativas relativamente ao parto, permanece pouco explorado. A gestão de expectativas pode ser entendida como o processo dinâmico pelo qual a mulher ajusta cognitivamente e emocionalmente as suas representações do parto, com base na informação disponível, nas experiências anteriores e no apoio recebido ao longo da gravidez e do TP (Davies et al., 2024).

As expectativas que as mulheres constroem durante a gravidez desempenham um papel determinante na forma como vivenciam o seu parto. Estas expectativas são moldadas por múltiplos fatores: crenças pessoais, histórias familiares, informação pré-natal, experiências anteriores, interações com profissionais de saúde e valores socioculturais (Beaton & Gupton, 1990). Quando há congruência entre o que é antecipado e o que efetivamente ocorre, a experiência tende a ser positiva. No entanto, quando existe uma discrepância significativa entre a expectativa e a realidade, aumentam os sentimentos de decepção, perda de controlo e insatisfação com o parto (Goodman et al., 2004).

A ITP, sobretudo quando inesperada ou pouco compreendida, pode representar uma rutura face ao parto idealizado. A revisão sistemática de Kingdon et al. (2021) evidenciou que intervenções não planeadas, como a indução, estão associadas a uma maior probabilidade de experiência negativa, especialmente quando a mulher não é devidamente informada, não participa nas decisões ou não se sente emocionalmente apoiada. Estes efeitos adversos

são mais pronunciados quando as expectativas não foram previamente geridas de forma adequada.

Neste sentido, o suporte contínuo prestado pelos profissionais de saúde, particularmente pelos EE-ESMO, constitui um fator protetor essencial. A revisão *Cochrane* de Hodnett et al. (2012) demonstrou que a presença de apoio constante dos profissionais de saúde durante o TP está associada a maior satisfação materna, menor necessidade de intervenções médicas e melhor adaptação emocional. Este apoio facilita o ajustamento das expectativas e promove uma experiência de parto mais positiva, mesmo em cenários de indução.

Apesar do crescente recurso à ITP, subsiste uma lacuna na literatura no que respeita ao efeito desta intervenção na gestão de expectativas da mulher. A compreensão deste fenómeno é crucial para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, garantindo uma abordagem centrada na mulher, respeitadora das suas escolhas e promotora de bem-estar emocional.

Neste contexto, esta revisão tem como objetivo analisar criticamente a literatura científica disponível sobre o efeito da ITP na gestão de expectativas da mulher. Pretende-se compreender de que modo esta intervenção influencia o equilíbrio entre as expectativas previamente construídas e a experiência vivida, identificar fatores facilitadores e barreiras à adaptação da mulher e discutir estratégias e recomendações que possam mitigar o impacto negativo da discrepância entre as expectativas e a realidade.

3.1. Metodologia

Optou-se pela realização de uma revisão narrativa da literatura, por se tratar de uma metodologia que permite uma abordagem flexível e uma análise abrangente de diferentes perspetivas. Esta tipologia de estudo não exige critérios de inclusão e exclusão rígidos, possibilitando a identificação de temas emergentes e lacunas na literatura existente (Mendes-da-Silva, 2019). A questão de investigação definida foi: **“Qual o efeito da indução do trabalho de parto na gestão de expectativas da mulher?”**

A estratégia de pesquisa baseou-se no acrónimo PCC (População, Conceito e Contexto):

- População: mulheres submetidas a ITP, exceto em casos de abortamento;
- Conceito: gestão de expectativas em relação ao TP e parto;
- Contexto: unidades hospitalares de saúde materna, onde a indução é realizada com monitorização e apoio profissional.

Nesta revisão foram incluídas investigações primárias com abordagens quantitativas, qualitativas ou de métodos mistos e revisões da literatura, sem limitação temporal ou de idioma. Excluíram-se artigos de opinião. Foram pesquisadas as bases de dados *MEDLINE* (via PubMed), *CINAHL* (via EBSCOhost), *Scopus* e *Cochrane Library*, em julho de 2025, utilizando descritores controlados e termos livres combinados com operadores booleanos. Um exemplo da expressão utilizada para pesquisa na *MEDLINE* (via PubMed) foi: *("Labor, Induced"[MeSH] OR "induced labor"[Title/Abstract] OR "labor induction"[Title/Abstract]) AND (expectations[Title/Abstract] OR "birth experience"[Title/Abstract])*.

As referências foram geridas com o apoio do software Rayyan (*Rayyan - Qatar Computing Research Institute, Data Analytics, Doha, Qatar*), que

facilitou a organização dos dados, a deteção de duplicados e o registo das decisões relativas à inclusão ou exclusão dos artigos no presente estudo.

O processo de seleção dos estudos foi realizado em duas fases. Na primeira, procedeu-se à análise dos títulos e resumos dos artigos encontrados, com o objetivo de eliminar aqueles que não cumpriam os critérios de inclusão. Na fase seguinte, efetuou-se a leitura completa dos artigos previamente selecionados, a fim de confirmar a sua pertinência e adequação ao objeto de estudo.

A seleção foi feita manualmente por um único revisor e os dados extraídos incluíram: identificação do estudo (autor, ano de publicação, país), tipo de estudo, características da população analisada, o contexto em que o estudo foi desenvolvido, o objetivo do estudo, os principais resultados, os fatores facilitadores ou barreira para a gestão de expectativas e, por último, as estratégias ou recomendações propostas.

3.2. Resultados

Foram inicialmente identificados **279 artigos** nas bases de dados selecionadas. Após remoção de duplicados ficaram 128 e após a análise dos títulos e resumos, foram incluídos **12 artigos** para leitura integral. Destes, **11 estudos** cumpriram os critérios de inclusão e foram analisados nesta revisão.

Os estudos selecionados foram publicados entre **2004 e 2025**, provenientes de diferentes contextos geográficos, incluindo Europa, América do Norte e Austrália. A maioria dos estudos tinha desenho qualitativo, complementados por alguns estudos quantitativos e de métodos mistos. Os resultados são apresentados no quadro em apêndice I.

3.3. Discussão

Desde o início da gravidez, as expectativas das mulheres relativamente ao TP tendem a centrar-se numa experiência fisiológica, natural e vivida com controlo sobre o processo. No entanto, a ITP surge frequentemente como um evento inesperado, que não corresponde ao cenário previamente idealizado.

Após leitura e análise dos artigos selecionados, a discussão foi organizada em cinco dimensões centrais identificadas na literatura: expectativas em relação à ITP, informação prévia e alinhamento de expectativas, perceção de controlo e tomada de decisão, estratégias propostas e o contributo do EE-ESMO. Cada uma destas dimensões será explorada à luz dos objetivos, métodos e resultados dos estudos incluídos, permitindo confrontar concordâncias e divergências entre eles.

3.3.1. Expectativas em relação à indução do trabalho de parto

Alguns estudos indicam que muitas mulheres idealizavam um parto espontâneo e menos intervencionado, pelo que a necessidade de indução representou uma rutura significativa dessas expectativas iniciais. Davies et al. (2017), ao analisarem as expectativas de 46 mulheres num hospital em Inglaterra, identificaram que a maioria antecipava um parto natural e fisiológico, com algum grau de controlo, sobretudo no que respeita à gestão da dor. Contudo, as suas expectativas sobre a intensidade dolorosa, as intervenções necessárias e a duração do processo mostraram-se pouco compatíveis com a experiência vivida.

Resultados semelhantes foram obtidos por Shetty et al. (2004), que verificaram que 40% das mulheres sentiram que a indução foi mais demorada do que esperavam, 38% consideraram-na mais desconfortável, 26,8% relataram ter sido submetidas a mais exames vaginais do que antecipavam e 17,5% afirmaram esperar maior liberdade de movimentos durante o processo. Em contraste, Landry et al. (2024), ao explorarem a experiência de 40 grávidas submetidas à indução com sonda de *Folley* no Canadá, constataram que algumas participantes consideraram o processo menos doloroso do que antecipavam. Assim, embora muitas mulheres experienciem um desfasamento entre o parto que idealizaram e a realidade da ITP, esta perceção varia, sugerindo que o método de indução e a preparação prévia podem influenciar a experiência vivida.

3.3.2. Informação prévia e alinhamento de expectativas

A literatura demonstra que a informação disponibilizada antes da ITP é frequentemente insuficiente ou pouco clara, o que conduz a expectativas pouco realistas quanto à duração e ao desenrolar do processo. Antón-Pastor et al. (2019), ao avaliarem o grau de conhecimento prévio e as expectativas das grávidas, verificaram que a maioria reconhecia deter apenas um conhecimento moderado ou escasso acerca da indução. Embora 62,2% das participantes afirmassem saber o que é uma indução, constatou-se que os aspetos mais desconhecidos diziam respeito aos efeitos adversos dos fármacos (78,9%) e aos métodos disponíveis (48,9%). Estes resultados revelam lacunas significativas que influenciam as expectativas das mulheres e a sua preparação para o processo.

De forma consistente, Schwarz et al. (2016) confirmaram estas carências, salientando que a falta de informação clara compromete não só o conhecimento, mas também o envolvimento ativo das mulheres nas decisões sobre a sua gravidez. Também Jay et al. (2017), ao explorarem a experiência emocional durante a indução, identificaram que várias participantes não tinham sido informadas acerca da provável duração do processo, assumindo que uma única administração de fármaco desencadearia rapidamente o parto, uma perceção que acabou por gerar frustração e ansiedade. Em conjunto, estes estudos demonstram que a insuficiência de informação repercute-se tanto a nível cognitivo como emocional, reforçando a necessidade de estratégias que preparem a mulher de forma realista para as diferentes etapas da ITP.

3.3.3. Perceção de controlo e tomada de decisão

A perceção de controlo e apoio na tomada de decisão também contribuiu para o desalinhamento entre expectativas e realidade. A revisão *scoping* realizada por Coates et al. (2019) evidenciou que as decisões relativas à ITP são frequentemente determinadas pela perspetiva dos profissionais de saúde, em vez de resultarem de um processo de decisão partilhada que envolva ativamente a mulher nos cuidados que lhe dizem respeito. Mais recentemente, Davies et al. (2024) destacaram que algumas mulheres relataram não ter sido informadas sobre determinados aspetos da ITP, sob o argumento de que isso poderia aumentar a ansiedade, o que despoletou sentimentos de “estar às escuras”, de pouco envolvimento e até de “ter sido enganada”.

De igual modo, Antón-Pastor et al. (2019) e Schwarz et al. (2016) apontaram que a falta de informação clara antes do início da indução contribuiu para frustração e perda de controlo. Estes resultados, em consonância com os de Danilack et al. (2022), evidenciam que as mulheres valorizam não só explicações detalhadas, mas também apoio emocional, empatia e envolvimento nas decisões, aspetos fundamentais para promover confiança e favorecer uma adaptação mais positiva às circunstâncias.

3.3.4. Estratégias propostas

Os estudos analisados abordaram diversas estratégias concretas para alinhar as expectativas das mulheres com as suas vivências e promover a sua participação ativa em todo o processo de ITP.

A relevância da comunicação estruturada e individualizada no processo de ITP foi salientada por Vasilevski et al. (2025), que desenvolveram um projeto de melhoria num hospital na Austrália. Este incluiu a participação de uma EE-ESMO, responsável por rever as *guidelines* e assegurar que as recomendações estivessem alinhadas com as diretrizes em vigor, bem como por gerir os agendamentos da indução. Para além disso, esta profissional contactava telefonicamente todas as mulheres no momento da marcação da ITP, fornecendo informações sobre o tipo de indução, os procedimentos esperados e os potenciais riscos, esclarecendo dúvidas e recolhendo o consentimento informado. Esta intervenção promoveu uma preparação mais adequada, permitindo às mulheres gerir expectativas e compreender mais facilmente as possíveis complicações do processo.

Em linha com estes resultados, Elnasharty et al. (2025) destacaram que discussões detalhadas, acompanhadas de material escrito, como folhetos

informativos, são fundamentais para reduzir discrepâncias de informação. Acrescentaram ainda que os canais de comunicação abertos são também estratégias que possibilitam recolher *feedback* das mulheres e identificar lacunas nos cuidados, promovendo melhorias contínuas (Elnasharty et al., 2025).

Numa perspetiva complementar, Mejdahl et al. (2025) salientaram que a informação sobre tempos de espera e barreiras estruturais, associada ao uso de linguagem adequada e orientações imparciais por parte dos profissionais de saúde, é essencial para assegurar confiança e adesão ao processo. Os autores reforçam ainda que, sempre que clinicamente seguro, a flexibilidade na aplicação de diretrizes deve salvaguardar as preferências individuais, permitindo que os casais disponham de mais tempo para se ajustarem e se sintam mais confiantes na fase final do TP.

Por sua vez, Davies et al. (2024) sublinharam que fornecer informação adicional acerca das intervenções e complicações possíveis, bem como clarificar a justificação das decisões tomadas durante o parto, contribui para uma maior perceção de imparcialidade e participação das mulheres.

Em suma, os diversos estudos são consensuais ao evidenciar que estratégias centradas na comunicação terapêutica, individualizada e contínua, aliadas à informação detalhada e ao envolvimento ativo das mulheres, são determinantes para alinhar expectativas, reduzir incertezas e promover uma experiência de ITP mais segura e satisfatória.

3.3.5. O contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Os EE-ESMO desempenham uma função determinante na gestão e equilíbrio entre as expectativas da mulher e a realidade vivida, contribuindo para uma experiência mais positiva e informada. Ao garantir que é utilizada uma comunicação terapêutica, com apoio emocional e promoção da tomada de decisão partilhada, contribuem para maior satisfação e redução de sentimentos de perda de controlo durante a ITP (Davies et al., 2024; Danilack et al., 2022).

Os estudos de Vasilevski et al. (2025), Elnasharty et al. (2025) e Mejdahl et al. (2025) destacam a importância da intervenção do EE-ESMO ao longo de diferentes fases da ITP, desde a tomada de decisão para iniciar a indução até ao momento do parto. O EE-ESMO torna-se essencial não só para o esclarecimento de questões e disponibilização de informação sobre procedimentos e riscos, mas também para o fornecimento de apoio emocional e o incentivo à tomada de decisão partilhada.

3.4. Síntese da revisão narrativa da literatura

A literatura é unânime em reconhecer que o desalinhamento entre expectativas e realidade pode desencadear sentimentos de frustração e insatisfação. Neste sentido, compete ao EE-ESMO reconhecer os fatores que condicionam a gestão das expectativas, como a informação prévia disponibilizada, a qualidade da comunicação utilizada, a perceção de controlo e o apoio na tomada de decisão da grávida. Os estudos destacam, assim, a necessidade de uma abordagem individualizada por parte dos profissionais de

saúde, que considere o contexto, as expectativas e as particularidades de cada mulher.

Com base nestes resultados, torna-se essencial implementar estratégias de comunicação mais eficazes, empáticas e centradas nas necessidades específicas da mulher. A promoção da escuta ativa e da tomada de decisão partilhada tanto na gravidez como no TP revela-se fundamental para reduzir a discrepância entre expectativas e realidade, contribuindo para uma experiência de parto mais positiva, mesmo em contextos de maior intervenção clínica.

Importa, contudo, reconhecer as limitações inerentes a uma revisão narrativa, nomeadamente a ausência de dupla revisão independente por dois ou mais investigadores, o que pode introduzir viés na seleção e interpretação dos estudos. Estas limitações reforçam a necessidade de investigações futuras mais robustas e sistematizadas, que permitam aprofundar a compreensão do impacto da indução do trabalho de parto na gestão das expectativas da mulher.

4. REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O estágio desenvolvido proporcionou a oportunidade de integrar a informação teórica e teórico-prática interiorizada ao longo das aulas do primeiro ano do MESMO na prática clínica vivenciada nos diferentes contextos. A aplicação do conhecimento em situações reais permitiu a elaboração e implementação de planos de cuidados baseados em evidência e dirigidos às necessidades específicas de cada mulher e respetiva família, fundamentados na teoria das transições de Afaf Meleis. Por sua vez, a relação com a mulher, a família e a equipa multidisciplinar favoreceu o desenvolvimento de competências de comunicação, permitindo-me adotar uma comunicação mais clara e empática, essencial para uma prática segura e que potencia a satisfação dos clientes.

No plano do desenvolvimento pessoal e profissional, este percurso teve um impacto significativo, contribuindo para fortalecer a minha autonomia, confiança e capacidade de tomada de decisão fundamentada em evidência, promovendo uma postura crítica e reflexiva perante os desafios clínicos. A adaptação a diferentes serviços num hospital diferente foi um desafio superado, que foi facilitado pelo suporte de todos os profissionais de saúde que sempre se mostraram disponíveis para contribuir para o meu desenvolvimento. A oportunidade de orientação por diferentes EE-ESMO, permitiu-me ter uma visão de vários métodos de trabalho, tendo em conta as características pessoais de cada um, facultando-me a possibilidade de absorver o melhor de cada prática. A minha experiência evidenciou a importância da resiliência, da adaptabilidade e da gestão emocional, competências essenciais para lidar com situações que podem ser inesperadas e exigentes, tanto numa gravidez de risco, como no TP ou no pós-parto imediato.

A reflexão ético-deontológica constituiu outro eixo central do estágio, pois foram surgindo desafios relacionados com decisões sobre intervenções, prioridades de cuidados e respeito pela autonomia da mulher, que exigiram ponderação crítica e baseada nos princípios éticos e normativos da profissão. A conjugação de conhecimento científico com a ética profissional permitiu tomar decisões consistentes e fundamentadas, priorizando sempre o bem-estar da mulher, do recém-nascido e da família, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Esta dimensão ética, já salientada, integra-se no quadro mais amplo dos padrões de conhecimento em enfermagem descritos por Carper (1978). Durante o estágio desenvolvi também o padrão empírico, ao recorrer sistematicamente à evidência científica para sustentar intervenções e planos de cuidados; o pessoal, ao valorizar a autenticidade e a empatia nas relações com mulheres, famílias e equipa; e o estético, ao adaptar os cuidados de forma sensível e criativa às necessidades singulares de cada situação. Por sua vez, o padrão emancipatório (Chinn & Kramer, 2022) estimulou-me a refletir criticamente sobre práticas instituídas, a questionar rotinas e a propor melhorias, contribuindo para cuidados mais equitativos e centrados na mulher.

A orientação e sugestões críticas dos tutores revelaram-se fundamentais para o meu crescimento profissional, tendo proporcionado *insights* valiosos sobre a prática clínica, ajudando-me a identificar pontos fortes e áreas de melhoria, a refletir sobre decisões clínicas tomadas e a desenvolver estratégias mais eficazes de intervenção enquanto futura EE-ESMO. Este acompanhamento contribuiu significativamente para a consolidação das competências adquiridas, reforçando a confiança e a motivação para prosseguir na formação contínua e no desenvolvimento de uma prática especializada.

Em síntese, o estágio constituiu um espaço privilegiado de aprendizagem, reflexão e desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e éticas, permitindo articular teoria e prática de forma

consistente. A experiência vivida, não só potenciou o meu crescimento profissional como futura EE-ESMO, como também fomentou a evolução pessoal, consolidando o compromisso com a qualidade dos cuidados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

5. CONCLUSÃO

O estágio desenvolvido no âmbito do MESMO constituiu uma oportunidade singular de consolidação de conhecimentos e de desenvolvimento de competências especializadas, essenciais para uma prática clínica autónoma, crítica e responsável.

A análise de casos clínicos, a elaboração de planos de cuidados e a reflexão crítica sustentada na teoria das transições potenciaram a integração entre conhecimento científico e prática clínica. O estágio possibilitou ainda a concretização das competências comuns definidas pelo Regulamento n.º 140/2019 e o desenvolvimento da competência investigativa, materializada na revisão narrativa da literatura sobre a influência da indução do trabalho de parto na gestão de expectativas da mulher.

Cada experiência constituiu uma oportunidade de reflexão sobre a prática, permitindo-me crescer não só a nível profissional, mas também a nível pessoal, valorizando a escuta, a empatia e o trabalho em equipa dirigido às necessidades específicas de cada família. Concluo este percurso consciente de que o desenvolvimento de competências especializadas é um processo contínuo, que exige atualização permanente e compromisso com a qualidade dos cuidados.

Reconheço que este estágio contribuiu de forma decisiva para a construção da minha identidade profissional como EE-ESMO, fortalecendo a capacidade crítica, a responsabilidade ética e a orientação para cuidados de excelência centrados na mulher. Pretendo, assim, seguir uma filosofia de cuidados que assenta na promoção da autonomia, na valorização da experiência da maternidade como um processo único e transformador e na defesa de um modelo de cuidados que respeite as escolhas e expectativas das mulheres em todas as fases do ciclo reprodutivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Optimizing postpartum care (Committee Opinion No. 736). *Obstetrics & Gynecology*, 131(5), e140-e150. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002633>
- Antón-Pastor, I., Baile-Maxía, S., Gil-Sánchez, M. A., Mora-López, L., Quijada-Cazorla, A., & Palacios-Marqués, A. (2019). Expectativas, percepción y satisfacción materna en el parto inducido frente al parto espontáneo. *Revista Investigación & Cuidados*, 0(37), 6-16.
- Areia, A. L., Almeida, M. F., Braga A. J. C., Pereira, N. B., Macedo, C. V., & Nogueira-Silva, C. (2018). *Normas de orientação clínica. Corticoterapia para maturação pulmonar fetal*. Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal.
- Azria, E., Haaser, T., Schmitz, T., Froeliger, A., Bouchghoul, H., Madar, H., Pineles, B. L., & Sentilhes, L. (2024). The ethics of induction of labor at 39 weeks in low-risk nulliparas in research and clinical practice. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 775-782. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.07.037>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Beaton, J., & Gupton, A. (1990). Childbirth expectations: A qualitative analysis. *Midwifery*, 6(3), 133-139. [https://doi.org/10.1016/s0266-6138\(05\)80170-6](https://doi.org/10.1016/s0266-6138(05)80170-6)
- Benassi, E. (2010). *Partorire cantando: Il parto attivo e facile con il training psicofonetico per il parto*. Bonomi Editore.
- 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*.
- Bostancı, E., Eser, A., Yayla Abide, Ç., Kılıççı, C., & Küçükbaş, M. (2018). Early amniotomy after dinoprostone insert used for the induction of labor: A randomized clinical trial. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(3), 352-356. <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1285893>
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A. S., Ransjö-Arvidson, A. B., Mukhamedrakhimov, R., Uvnäs-Moberg, K., & Widström, A. M. (2009). Early contact versus separation: Effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*, 36(2), 97-109. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00307>

- Cambaz, Z., & Kirca, A. S. (2025). The effect of hydrotherapy application on pain during birth and postpartum fatigue and comfort. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. <https://doi.org/10.1111/jep.13797>
- Cardoso, A. (2011). Parentalidade: A construção de um novo papel na vida da mulher e do homem. In A. Cardoso & S. Henriques (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica: Práticas de cuidados centradas na mulher, criança e família*. Lusociência.
- Cardoso A., Aires C., Machado S., Silva C., & Grilo A.R. (2023a). Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
- Cardoso, A., Capela, P., Carvalho, U., Albergaria, E., & Figueiredo, A. (2023b). Guia Orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (de baixo risco). Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
- Cardoso, A., Paiva e Silva, A., & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Referência - Revista de Enfermagem*, 4(4), 11-20. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14012>
- Cardoso, A., Soares, A., Sousa, B., Oliveira, M., Chaves, S., & Carvalho, J. (2024). Guia Orientador de boas práticas: Adaptação à parentalidade. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
- Carlsson, I.-M., Ziegert, K., & Nissen, E. (2015). The relationship between childbirth self-efficacy and aspects of well-being, birth interventions and birth outcomes. *Midwifery*, 31(7), 721-727. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.05.005>
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-24. <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004>
- Coates, D., Goodfellow, A., & Sinclair, L. (2019). Induction of labour: Experiences of care and decision-making of women and clinicians. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 33 (1), e1-e14.
- Chinn, P., Kramer, M., & Sitzman, K. (2022). *Knowledge development in nursing: Theory and process*. Elsevier.
- Cock, E., Thomas, G., & Loughnan, S. (2015). Baby please stop crying: An experimental approach to infant crying, affect, and expected parenting self-efficacy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(4), 414-425. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1054199>

- Couto, C., & Carneiro, M. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enfermería Global*, 47, 552-563.
- Cueto-Robledo, G., Cervantes-Naranjo, F.-D., Gonzalez-Hermosillo, L.-M., Roldan-Valadez, E., Graniel-Palafox, L.-E., Castro-Escalante, K.-Y., & Orozco-Zúñiga, B. (2023). Pulmonary embolism during pregnancy: An updated review with case series description. *Current Problems in Cardiology*, 48(7), 101807. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2023.101807>
- Danilack, V. A., Siegel-Reamer, L., Lum, L., Kesselring, C., Brousseau, E. C., & Guthrie, K. M. (2022). From "disappointing" to "fantastic": Women's experiences with labor induction in a U.S. tertiary hospital. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 50 (4), 959-967. DOI: 10.1111/birt.12750.
- Davies, A., Larkin, M, Willis, L., Mampitiya, N., Lynch, M., Toolan, M., Fraser, A., Rawling, K., Plachcinski, R., Barnfield, S., Smith, M., Burden, C., & Merriel, A. (2024). A qualitative exploration of women's expectations of birth and knowledge of birth interventions following antenatal education. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24 (1). DOI: 10.1186/s12884-024-07066-x.
- Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. (2018). Labor induction versus expectant management in low-risk nulliparous women. *The New England Journal of Medicine*, 379(6), 513-523. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1800566>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Orientação nº 002/2015: Indução do trabalho de parto. DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2024). Orientação n.º 002/2023 de 10/05/2023 atualizada a 26/03/2024 - Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. Diário da República.
- Elnasharty, M., Al-Dabbagh R., Makramallah, I., & Ismail A. (2025). Improving the quality of induction of labour in maternity services. *BMJ open quality*, 14 (2). DOI: 10.1136/bmjoq-2024-002757
- Familiari, A., Neri, C., Passananti, E., Di Marco, G., Felici, F., Ranieri, E., Flacco, M. E., & Lanzone, A. (2023). Maternal position during the second stage of labor and maternal-neonatal outcomes in nulliparous women: a retrospective cohort study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 228(1), 107.
- Ferrão, A., & Zangão, M. (2016). Deambulação e posições verticais no primeiro estágio do trabalho de parto: Revisão sistemática da literatura. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, (17), 41-46.
- Figueiredo, J. V., Fialho, A. V. M., Mendonça, G. M. M., Rodrigues, D. P., & Silva, L. F. (2018). Dor no puerpério imediato: contribuição do cuidado de enfermagem. *Revista*

Brasileira de Enfermagem, 71(3), 1343-1350. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0345>

- Figueiredo, M., Silva, M., & Costa, A. (2020). Cuidados de enfermagem à mulher grávida em situação de risco. *Revista Portuguesa de Enfermagem Obstétrica e Neonatal*, 14(1), 35-42.
- Gaiva, M. A. M., Rodrigues, E. C., Toso, B. R. G. O., & Mandetta M, A. (2021). Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e à família. Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras.
- Galipeau, R., Baillot, A., Trottier, A., & Lemire, L. (2018). Effectiveness of interventions on breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk supply: A systematic review and meta-analysis. *Maternal & Child Nutrition*, 13(3).
- Garrett, A. R. D., & Santos, M. A. F. (2021). A influência do plano de parto na satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto: uma scoping review. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, 21 (1), 71-84.
- Gianni, M. L., Bettinelli, M. E., Manfra, P., Sorrentino, G., Bezze, E., Plevani, L., Cavallaro, G., Raffaelli, G., Crippa, B. L., Colombo, L., Roggero, P., & Mosca, F. (2019). Breastfeeding difficulties and risk for early breastfeeding cessation. *Nutrients*, 11(10), 2266. <https://doi.org/10.3390/nu11102266>
- Gomes, G., & Santos, A. (2017). Assistência de Enfermagem no Puerpério. *Revista Enfermagem contemporânea*, 6(2), 211-220. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i2.1407>
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x>
- Graça, L. M. (2017). Medicina Materno Fetal. Lidel. ISBN: 978-989-752-288-8.
- Grobman, W. A., Rice, M. M., Reddy, U. M., Tita, A. T. N., Silver, R. M., Mallett, G., Hill, K., Thom, E. A., El-Sayed, Y. Y., Perez-Delboy, A., Rouse, D.J., Saade, G. R., Boggess K.A., Chauhan, S.P., Iams, J.D., Chien, E.K., Casey, B.M., Gibbs, R.S., Srinivas, S.K., Swamy, G.k., Simhan, H.N., & Macones G.A. (2018). Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. *The New England Journal of Medicine*, 379(6), 513-523. DOI: 10.1056/NEJMoa1800566.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., & Weston, J. (2012). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub4>

- Huang, Y., Zhong, Y., Chen, Q., Zhou, J., Fu, B., Deng, Y., Tu, X., & Wu, Y. (2024). A comparison of childbirth self-efficacy, fear of childbirth, and labor pain intensity between primiparas and multiparas during the latent phase of labor: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24, 400.
- Jay, A., Thomas, H., & Brooks, F. (2017). In labor or in limbo? The experiences of women undergoing induction of labor in hospital: Findings of a qualitative study. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 45 (1), 64-70. DOI:10.1111/birt.12310.
- Karimi, F. Z., Sadeghi, R., Maleki-Saghooni, N., & Khadivzadeh, T. (2019). The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 58(1) 1-9.
- Kettle, C., & Tohill, S. (2008). Perineal care. *BMJ Clinical Evidence*.
- Kingdon, C., Downe, S., & Betran, A. P. (2021). When birth is not as expected: A systematic review of women's experiences of unplanned medical interventions in labour. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 267. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03898-z>
- Landry, I., Galipeau, R., Gervaise, A. Bohémier, V., Croteau, D., & Lebel, V. (2024). Women's Experiences of Mechanical Balloon Catheter Induction With Self-Traction. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 53 (5), 562-57. DOI: 10.1016/j.jogn.2024.06.002
- Lawrence A., Lewis L., Hofmeyr G., & Styles C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*,
- Lima, J., Domingues, A. P., Amaral, A. C., Borges, A., Nogueira da Silva, C., Serrano, F., Marques, I., Pinto, L., & Guimarães, M. (2022). *Prevenção do tromboembolismo venoso na gravidez, parto e pós-parto: Norma de orientação clínica*. Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (SPOMMF).
- Lima, M. K. S., Costa, A. M., Souza, A. M. S., Lopes, R. L., Lima, E. C. M. P, França L. L. C., & Ferreira K. W. L. (2024). Plano de parto como ferramenta de empoderamento e o papel essencial do enfermeiro na humanização do cuidado. *Revista Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, 17(13), 1-14.
- Machado, A. P., Castro, T., Tavares, S., Afonso, M., Ferreira, I., & Santo, S. (2022). *Norma de orientação clínica: Maturação cervical*. Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal.
- Maughan, B. C., Marin, M., Han, J., Gibbins, K. J., Brixey, A. G., Caughey, A. B., Kline, J. A., & Jarman, A. F. (2022). Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Postpartum

- Period: Risk Factors, Diagnostic Testing, and Treatment. *Obstet Gynecol Surv.*, 77(7), 433-444. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000001043>
- Mejdahl, C. T., Hvidman, L., Helmig, R. B., Boie, S., Larsen, A. H., Lundbo, M., Ziska, J., & Lou, S. (2025). Women's Experiences of Induction of Labor and Birth After Prolonged Medical Induction: A Qualitative Study From Denmark. *Birth*. DOI: 10.1111/birt.12912.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Rang and Situation Specific Theories in Nursing Reserch and Practice*. New York: Springer Publishing.
- Mendes-da-Silva, W. (2019). Contribuições e Limitações de Revisões Narrativas e Revisões Sistemáticas na Área de Negócios. *Revista de Administração Contemporânea*, 23 (2), 1-11.
- Miele, M. J. O., Pacagnella, R. C., Osis, M. J. D., Angelini, C. R., Souza, J. L., & Cecatti, J. G. (2018). "Babies born early?" - silences about prematurity and their consequences. *Reprod Health*, 15(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0594-4>
- Nené, M., Marques R., & Batista M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Editora Lidel.
- Nieuwenhuijze, M., & Leahy-Warren, P. (2019). Women's empowerment in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *Midwifery*, 78, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.015>
- Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdóttir, S. I., Spyridou, A., Crespo Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., Murphy, M., Jónsdóttir, S. S., Downe, S., & Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: A meta synthesis. *BMJ Open*, 8(10), e020347. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>
- Olza, I., Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdóttir, S. I., Nieuwenhuijze, M., & Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLOS ONE*, 15(7), e0230992. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico do Enfermeiro.
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro. Diário da República nº184/2019, Série II, 128-155.
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República nº26/2019, Série II, 4744-4750.

- Ordem dos Enfermeiros (2019c). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Regulamento nº 391/2019 de 3 de maio. Diário da República nº85/2019, Série II, 13560-13565.
- Ordem dos Enfermeiros (2021a). Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Aviso nº 3916/2021. Diário da República nº43/2021, Série II, 237-256.
- Ordem dos Enfermeiros (2021b). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO). Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
- Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2019d). Parecer nº 43/2019. Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica.
- Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2022). Tomada de posição n.º 01/2022 sobre o parto fisiológico saudável e normal - Centros de Parto Normal.
- Organização Mundial da Saúde. (2014). Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. ISBN 978 92 4 854850 5.
- Pasin, S., & Schnath, F. 2007. Cuidados de enfermagem na analgesia por cateter epidural. *Revista HCPA*, 27(2), 69-73.
- Pereira, D. B., Carvalho, I. L. N., Penha, J. C., Miranda, A. M. L., Jorge, H. M. F., Abreu, I. M., & Sarmento, A. V. (2022). Participação paterna no trabalho de parto e parto. *Revista Baiana de Enfermagem*, 36.
- Pontán, M. (2023). Perineal care - evidence-based suture technique in first- and second-degree perineal tears. *European Journal of Midwifery*, 7(1), A91. <https://doi.org/10.18332/ejm/162637>
- Ramalho C., & Moucho M. (2024). Protocolos de Medicina Materno-Fetal. Editora Lidel.
- Roberts, J. E., Goldstein, S. A., Gruener, J. S., Maggio, M., & Mendez-Bauer, C. (1987). A descriptive analysis of involuntary bearing-down efforts during the expulsive phase of labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 16(1), 48-55. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1987.tb01438.x>
- Salati, J. A., Leathersich, S. J., Williams, M. J., Cuthbert, A., & Tolosa, J. E. (2019). Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(10), CD001808. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001808.pub3>

- Schwarz, C., Gross, M. M., Heusser, P., & Berger, B. (2016). Women's perceptions of induction of labour outcomes: Results of an online-survey in Germany. *Midwifery*, 35, 3-10.
- Sendas, M. V., & Freitas, M. J. (2024). *The needs of women in the postpartum period: A scoping review*. *Midwifery*, 136, 104098. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104098>
- Shetty, A., Burt, R., Rice, P., & Templeton, A. (2004). Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour - a questionnaire-based study. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 123 (1), 56-61. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2005.03.004.
- Shorey, S., He, H.-G., & Mörelius, E. (2016). Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: An integrative review. *Midwifery*, 40, 207-217. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.007>
- Silva, M., Figueiredo, C., & Costa, A. (2021). A transição para a maternidade em contextos de risco: o papel do enfermeiro especialista. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), 45-54.
- Silva, M. R., & Santos, A. C. (2018). Parto pré-termo: contributos dos cuidados de enfermagem especializados. *Saúde & Desenvolvimento*, 9(15), 22-31.
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Armour, M., Dahlen, H. G., Suganuma, M., & Egawa, M. (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD009514. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009514.pub2>
- Sociedade Portuguesa Neonatologia (2016). A relação pais-filhos nos recém-nascidos prematuros.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2023). Cuidados Gerais ao Recém-Nascido Saudável.
- Society for Maternal-Fetal Medicine. (2018). SMFM statement: Elective induction of labor in low-risk nulliparous women at term: The ARRIVE trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(3), B2-B4. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.07.016>
- Sousa, A. P. P. (2021). Fatores de risco para parto pré-termo. Artigo de revisão narrativa. Faculdade de Medicina Universidade de Coimbra.
- Tereso, A., Lopes, F., Guterres, R., Bértolo, H., Carvalhal, L., & Curado, A. (2023). Efetividade do duche terapêutico no alívio da dor no primeiro estágio do trabalho de parto. *Revista científica Pensar Enfermagem*, 27 (1), 146-154.
- Tilden, E. L., Caughey, A. B., Lee, C. S., & Emeis, C. (2016). The effect of childbirth self-efficacy on perinatal outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(5), 592-603. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.06.003>

- Torres, M., Vinagre, C., Godinho, A., Casal E., & Pereira, A. (2018). Evidência sobre a posição da grávida no segundo estágio do trabalho de parto. *Acta Obstet Ginecol Port*, 12(4), 277-283.
- Tzeng, Y. L., Yang, Y. L., Kuo, P. C., Lin, Y. C., & Chen, S. L. (2017). Pain, anxiety, and fatigue during labor: A prospective, repeated measures study. *The Journal of Nursing Research*, 25(1), 59-67. <https://doi.org/10.1097/jnr.000000000000165>
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2005). Universal declaration on bioethics and human rights. UNESCO. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>
- Vasilevski, V., Pohatu, H., Holton, S., Wynter, K., & Sweet, L. (2025). Evaluating the impact of the induction of labour improvement initiative on clinical outcomes, women's care satisfaction, and clinician experiences. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 38 (4), 101935. DOI: 10.1016/j.wombi.2025.101935.
- Verastegui-Martín, M., Paz-Fresneda, A., Jiménez-Barbero, J. A., Jiménez-Ruiz, I., & Ballesteros Meseguer, C. (2023). Influence of laboring people's mobility and positional changes on birth outcomes in low-dose epidural analgesia labor: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 68(1), 84-98. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13446>
- World Health Organization. (2014). Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes.
- World Health Organization. (2017). Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: Guideline. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086>
- World Health Organization. (2018a). Implementation guidance: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services - the revised Baby-friendly Hospital Initiative.
- World Health Organization. (2018b). Recommendations on Intrapartum care for a positive childbirth experience.
- World Health Organization. (2022a). WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term.
- World Health Organization. (2022b). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience.

APÊNDICE I - Tabela de síntese dos artigos incluídos na revisão narrativa

Autor (ano)	País	Tipo de estudo	População/ Amostra	Contexto	Objetivo do estudo	Principais resultados sobre gestão de expectativas	Fatores facilitadores/ barreira	Estratégias/ recomendações propostas
Davies et al., (2024)	Reino Unido	Qualitativo	46 puérperas (>65% primíparas, >35% tiveram um parto por cesariana, >50% participaram na preparação para o parto do NHS, >59% tiveram preparação para o parto fora do NHS)	Um hospital do NHS no sudoeste de Inglaterra	Analisar as expectativas das mulheres em relação ao parto e a sua perceção das intervenções e complicações mais comuns após a educação pré-natal.	As participantes esperavam um parto natural e fisiológico, com algum controlo, sobretudo da dor. As suas expectativas quanto à intensidade dolorosa, às intervenções necessárias e à duração do TP revelaram-se pouco alinhadas com a experiência vivida.	As participantes consideram ter conhecimento adequado sobre as razões para a ITP, no entanto referem que alguns temas não foram discutidos na preparação para o parto para não aumentar a ansiedade das mulheres, o que despoletou um sentimento de “ <i>estar às escuras</i> ”.	Fornecer mais informação sobre intervenções e complicações possíveis e sobre a justificação de determinadas intervenções realizadas durante o TP.
Shetty et al., (2004)	Escócia	Quantitativo	450 grávidas propostas para ITP	Aberdeen Maternity Hospital	Avaliar o nível de compreensão das mulheres acerca da ITP, identificar as fontes de informação utilizadas e compreender as suas expectativas em relação a todo o processo.	26% das mulheres consideraram a experiência de ITP pior do que as suas expectativas.	As participantes referiram que a informação sobre ITP não foi suficiente e adequada, gostariam de ter sido examinadas menos vezes, de ter tido menos tempo de monitorização e ter tido um processo mais rápido.	Fornecer a informação necessária sobre a ITP, nomeadamente sobre a duração; envolver as mulheres na decisão de ITP.
Danilack et al., (2022)	Estados Unidos da América	Qualitativo	36 puérperas que realizaram ITP	Hospital no nordeste dos Estados Unidos	Avaliar as expectativas e experiências na ITP.	A ITP não correspondeu ao que as participantes tinham imaginado;	As participantes sentiram que não tinham voz na decisão de induzir o parto, nem nas decisões clínicas tomadas ao	Adotar uma comunicação mais eficaz com os profissionais de saúde, tanto sobre o

						as participantes sentiram-se pouco preparadas relativamente ao que esperar da ITP, apresentando dificuldades com as suas próprias expectativas e autojulgamentos.	longo do processo; Gostariam de saber mais sobre a ITP antes de esta começar; Destacaram a importância da comunicação com a equipa de saúde durante a ITP, incluindo explicações detalhadas sobre as intervenções ao longo do processo, razões para atrasos e clarificação das expectativas.	plano global como sobre os detalhes específicos do processo de indução; uma tomada de decisão partilhada; maior informação sobre a ITP.
Jay et al., (2017)	Inglaterra	Qualitativo	21 primíparas que realizaram ITP	Maternidade no sul de Inglaterra	Explorar a experiência de ITP em primíparas.	A duração prolongada do processo de ITP era frequente e constituía uma fonte de ansiedade, tal como a separação dos parceiros durante a noite. As mulheres nem sempre estavam esclarecidas sobre o seu plano de cuidados, o que aumentava a sua ansiedade.	Algumas mulheres não tinham sido informadas sobre a provável duração da ITP nem sobre a unidade onde ficariam no início do processo; algumas ficaram surpreendidas por não haver analgesia inalatória na enfermaria.	Garantir que as mulheres estão devidamente informadas e preparadas para ficar na unidade pré-natal; valorizar a experiência das mulheres e ponderar se estão a fornecer apoio, analgesia e meios de conforto adequados, que favoreçam a redução da ansiedade e a promoção do TP fisiológico
Landry et al., (2024)	Canadá	Qualitativo	40 puérperas que realizaram ITP mecânica utilizando sonda de <i>folley</i> com tração	Hospital em Quebec	Explorar as experiências das mulheres com a indução mecânica do TP utilizando uma sonda de <i>folley</i>	As participantes tinham determinadas expectativas, nomeadamente quanto à eficácia da técnica, ao	As participantes gostariam de ter sido informadas sobre o procedimento e a dor esperada.	Ter em consideração as diversas experiências e emoções das mulheres submetidas à ITP

					com tração.	tempo do processo e a dor. Algumas participantes acreditavam que o processo seria mais doloroso do que realmente foi.		com sonda de <i>folley</i> , utilizando uma abordagem centrada na mulher, escuta ativa e empatia para responder às necessidades e preocupações individuais das mulheres ao longo de todo o processo; fornecer informação e apoio abrangentes relativamente ao procedimento de indução.
Antón-Pastor et al., (2019)	Espanha	Quantitativo	710 puérperas após gravidez única de termo em apresentação cefálica, com feto vivo e sem contra-indicação para parto vaginal, cujo TP se iniciou de forma espontânea ou têm indicação médica justificada de terminar a gravidez, de acordo com o “Protocolo de Indução do Parto” do hospital.	Hospital General Universitario de Alicante	Comparar a satisfação materna no parto induzido versus o de início espontâneo.	A perceção da duração do parto e das complicações ocorridas em relação às esperadas foi significativamente maior nas mulheres com parto induzido; A maioria das grávidas reconhece ter um conhecimento moderado ou escasso do método de indução e acredita que o parto induzido pode ser mais longo e mais doloroso; Não foram observadas diferenças quanto ao cumprimento	A maioria das mulheres afirmam saber o que é uma indução (62,2%); no entanto, o mais desconhecido para as grávidas são os efeitos adversos do fármaco (78,9%), seguido dos métodos existentes (48,9%).	Proporcionar às mulheres mais informação sobre a ITP, os seus métodos e os principais efeitos adversos; promover o contacto pele com pele precoce e incentivar a utilização de diferentes métodos para aliviar a dor durante a dilatação.

						das expectativas em relação ao parto entre ambas as coortes.		
Coates et al., (2019)	Austrália	Revisão Scoping	---	Contextos hospitalares	Responder à questão de investigação: <i>“Quais são as opiniões, preferências e experiências das mulheres e dos profissionais de saúde em relação ITP e às práticas de tomada de decisão?”</i>	As expectativas e preferências das mulheres continuam por satisfazer.	As decisões relativas à ITP são frequentemente determinadas pela perspectiva dos profissionais de saúde acerca das suas indicações, em vez de resultarem de um processo de decisão partilhada que envolva ativamente a mulher nos cuidados que lhe dizem respeito.	Desenvolver ferramentas de apoio à decisão da mulher e investir na formação em comunicação dos profissionais de saúde; Reformular as sessões de preparação para o parto, incluindo informação clara e detalhada sobre a ITP; Promover o envolvimento ativo das mulheres nas decisões sobre os seus cuidados; Realizar mais investigação sobre os processos e experiências de tomada de decisão relacionados com a ITP.
Schwarz et al., (2016)	Alemanha	Quantitativo	698 grávidas	Os EE-ESMO que trabalham em cuidados hospitalares e comunitários foram convidados a divulgar o	Explorar as opiniões e experiências das mulheres relativamente à ITP.	As expectativas e necessidades das mulheres relativamente à ITP não estão, na sua maioria, a ser satisfeitas.	As mulheres têm, em grande parte, carências ao nível da informação e do apoio na participação em decisões sobre a sua gravidez.	Disponibilizar informação baseada em evidência e apoio à tomada de decisão para as mulheres grávidas, de modo a corrigir expectativas pouco realistas e aumentar a sua satisfação com

				<i>link às suas clientes</i>				a experiência.
Elnasharty et al., (2025)	Reino Unido	Métodos mistos	137 grávidas	Grávidas admitidas para ITP no <i>Prince Charles Hospital</i>	Analisar as experiências e expectativas das grávidas em relação à ITP.	A ITP é uma intervenção que exige consentimento informado e informação suficiente para alinhar as experiências e expectativas da mulher; A diferença entre as expectativas das mulheres e o que realmente experienciaram contribuiu para uma maior taxa de insatisfação das mulheres com a ITP.	Falta de informação adequada ou folhetos informativos, o que contribuiu para essa discrepância entre expectativas e realidade; A falta de discussão sobre as expectativas contribui para maior nível de insatisfação.	Discussões detalhadas e material escrito; Manter canais de comunicação abertos que permitam recolher <i>feedback</i> das mulheres e identificar lacunas no sistema, promovendo melhorias contínuas.
Vasilevski et al., (2025)	Austrália	Métodos mistos	100 grávidas antes da ITP, 48 puérperas após a ITP e 23 profissionais de saúde	Uma maternidade pública em Melbourne	Após implementação de um projeto de melhoria do processo de ITP, avaliar os resultados através da análise de desfechos clínicos, cumprimento das novas diretrizes de ITP, satisfação das mulheres com os cuidados prestados e	As participantes foram capazes de gerir melhor as expectativas, preparar-se para o procedimento e compreender que poderiam ocorrer atrasos; Algumas mulheres referiram esperar sentir mais dor devido à ITP.	A Enfermeira de ligação da ITP forneceu orientações detalhadas sobre o processo de indução.	Proporcionar às mulheres a possibilidade de escolha do local de indução é essencial para garantir que as suas necessidades e expectativas sejam satisfeitas.

					experiências dos profissionais de saúde.			
Mejdahl et al., (2025)	Dinamarca	Qualitativo	28 puérperas com uma experiência de ITP prolongada (>48h)	Dois hospitais na Dinamarca, não identificados	Analisar as experiências de mulheres grávidas dinamarquesas submetidas a ITP, que não se encontravam em trabalho de parto ativo 48 horas após o início da indução.	Muitas mulheres descreveram as suas experiências de ITP e parto como um conflito com as suas expectativas e desejos.	Desafios relacionais e de comunicação com os profissionais de saúde e questões organizacionais; As mulheres não relataram lacunas significativas de informação nem falta de envolvimento na tomada de decisão; A ITP e o contacto próximo com as EE-ESMO permitiram um equilíbrio contínuo entre informação e envolvimento.	Dar informação sobre tempos de espera e barreiras estruturais; uma linguagem sensível por parte dos profissionais de saúde, reconhecendo esta frustração; Orientações claras das EE-ESMO e obstetras sobre os benefícios e riscos das intervenções são essenciais, mas a flexibilidade na aplicação de diretrizes, quando segura, pode assegurar melhor as preferências individuais; Em casos não urgentes, os profissionais de saúde podem permitir que os casais disponham de tempo para se ajustarem, promovendo uma transição mais segura e confiante nas fases finais do TP.