



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

**Facilitar o início espontâneo do
trabalho de parto em mulheres
com gravidez a termo tardio**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO
PROFISSIONAL DE
DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS NA ÁREA DE SAÚDE
MATERNA E OBSTÉTRICA**

Maria Magdalena Borràs Mateu

Porto, 2025

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

FACILITAR O INÍCIO ESPONTÂNEO DO TRABALHO DE PARTO EM MULHERES COM GRAVIDEZ A TERMO TARDIO

Relatório de estágio orientado pela professora Alexandrina Cardoso.

Porto, 2025

*A todas as mulheres,
à Klara, à Esther, às meninas e adolescentes,
à minha mãe, às minhas avós, tias, primas, bisavós e antepassadas,
às amigas e companheiras de vida,
à Joana, o meu anjo português,
à Olga, a minha lua cheia portuguesa,
a todas as crianças,
a todos os que um dia fomos crianças,
ao meu pai e ao meu irmão, o meu primeiro bebé,
ao Kike e à sua mãe, a Ana,
às famílias de sangue e às famílias que escolhi,
às crianças e famílias que nascerão.*

*A totes les dones,
a na Klara, n'Esther, les nines i adolescents,
a la meva mare, les meves padrines, ties, cosines, repadrines i ancestres,
a les amigues i companyes de vida,
a na Joana, el meu àngel portuguès,
a n'Olga, la meva lluna plena portuguesa,
a totes les criatures,
a tots els qui un dia vam ser criatures,
a mon pare i al meu germà, el meu primer bebé,
a en Kike i a la seva mare, n'Ana,
a les famílies de sang i a les famílies que he triat,
a les criatures i famílies que naixeran.*

RESUMO

O presente relatório, elaborado no âmbito da unidade curricular *Estágio de natureza profissional com relatório final* do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, expõe o processo de aquisição e consolidação de competências especializadas ao longo da prática clínica em três módulos: internamento de grávidas/medicina materno-fetal, bloco de partos e puerpério. Estes módulos de estágio permitiram evidenciar a conceção de cuidados centrados em áreas sensíveis à intervenção da enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. A partir da análise crítica de quatro casos clínicos, foram identificados diagnósticos, planeadas intervenções e avaliados resultados, favorecendo um processo reflexivo de integração teoria-prática.

Como tema de aprofundamento, abordou-se a elevada frequência de induções em mulheres grávidas a termo tardio e a necessidade de identificar intervenções promotoras da ativação fisiológica do início do trabalho de parto. A revisão integrativa da literatura identificou vários métodos, entre outros: óleo de rícino, camomila, atividade física, acupuntura, acupressão, aromaterapia e reflexologia podal. Embora algumas destas intervenções tenham revelado efeitos positivos em parâmetros relacionados com o início espontâneo do trabalho de parto, as evidências são ainda limitadas, pelo que se destaca a necessidade de ensaios clínicos randomizados de maior qualidade.

Em conjunto, o relatório confirma o papel essencial da enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica enquanto profissional responsável pela promoção da saúde da mulher ao longo do seu percurso reprodutivo, realçando a importância de prestar cuidados sensíveis, personalizados e significativos para as pessoas.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; mulheres com gravidez a termo tardio; início espontâneo do trabalho de parto.

ABSTRACT (INGLÊS)

This report, prepared as part of the professional internship course with final report for the master's degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, outlines the process of acquiring and consolidating specialised skills throughout clinical practice in three modules: hospitalisation of pregnant women/maternal-fetal medicine, delivery room and postpartum care. These internship modules highlighted the concept of focused care on sensitive areas to the intervention of specialist nurses in maternal and obstetric health. Based on a critical analysis of four clinical cases, diagnoses were identified, interventions planned, and results evaluated, promoting a reflective process of theory-practice integration.

As a topic for further study, the high frequency of inductions in women with late-term pregnancies and the need to identify interventions that promote physiological activation of the onset of labor were addressed. The integrative literature review identified several methods, including castor oil, chamomile, physical activity, acupuncture, acupressure, aromatherapy, and foot reflexology. Although some of these interventions have shown positive effects on parameters related to the spontaneous labour onset, the evidence is still limited, highlighting the need for higher quality clinical trials.

Overall, the report confirms the essential role of the specialist nurse in maternal and obstetric health as an autonomous professional responsible for promoting women's health throughout their reproductive lives, highlighting the importance of providing sensitive, personalised and meaningful care to individuals.

Keywords: Maternal and Obstetric Health Nursing; women with late-term pregnancies; spontaneous labour onset.

RESUM (CATALÃO)

Aquest treball, elaborat en el marc de l'assignatura de *Estágio de natureza profissional com relatório final* del Màster de Comare, presenta el procés d'adquisició i consolidació de competències especialitzades al llarg de la pràctica clínica realitzada en tres mòduls: atenció hospitalària a dones embarassades/medicina materna-fetal, sala de parts i atenció postpart. Aquests mòduls de pràctiques van permetre el desenvolupament d'una atenció centrada en àrees sensibles a la intervenció de la comare. A partir de l'anàlisi crítica de quatre casos clínics, es van identificar diagnòstics, es van planificar intervencions i es van avaluar els resultats, fomentant un procés reflexiu d'integració de la teoria i la pràctica.

Com a tema d'aprofundiment es va abordar l'alta incidència d'induccions farmacològiques en dones embarassades a terme tardà i la necessitat d'identificar intervencions promotores de l'activació fisiològica de l'inici del treball de part. La revisió integrativa de la literatura va identificar diversos mètodes, com ara: oli de ricí, camamilla, activitat física, acupuntura, acupressió, aromateràpia i reflexologia podal. Tot i que algunes d'aquestes intervencions han demostrat efectes positius sobre els paràmetres relacionats amb l'inici espontani del part, l'evidència encara és limitada, cosa que destaca la necessitat d'assajos clínics de més qualitat.

En conjunt, el treball confirma el paper essencial de la comare com a professional autònoma responsable de promoure la salut de les dones al llarg dels seus processos de salut sexual i reproductiva, destacant la importància de proporcionar una atenció sensible, personalitzada i significativa per a elles.

Paraules clau: comare; dones embarassades a terme tardà; inici espontani del treball de part.

CHAVE DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

bpm - batimentos por minuto

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

ECR - Ensaio Clínico Randomizado

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

GoBP: PpP - Guia orientador de Boas Práticas: Preparação para o Parto

IPFMG - Intrapartum Fetal Monitoring Guideline

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

OMS - Organização Mundial da Saúde

PMRS - Pressão Manual Reversa Suave

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

RCTG - Registo Cardiotocográfico

Nota: o termo "família" é utilizado num sentido amplo e inclusivo. Assim, ao longo deste trabalho, o termo "família" referir-se-á à mulher, à criança e às respetivas pessoas significativas.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	7
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	10
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	16
3.1. FACILITAR O LUTO PERINATAL: PLANO DE ABORTAMENTO NA INTERRUPTÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ	17
3.2. FACILITAR O TRABALHO DE PARTO: INDUÇÃO MECÂNICA E CUIDADOS ESPECIALIZADOS AJUSTADOS À MULHER	38
3.3. ASSISTIR NO PARTO ESPONTÂNEO: É PRECISO SABER MUITO PARA FAZER POUCO	56
3.4. DEBRIEFING PÓS-PARTO APÓS UMA CESARIANA E CUIDADOS CENTRADOS NA INSTAURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO	76
3.5. SÍNTESE DA EVIDÊNCIA: FACILITAR O INÍCIO ESPONTANEO DO TRABALHO DE PARTO EM MULHERES COM GRAVIDEZ A TERMO TARDIO	89
3.6. REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	111
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
6. APÊNDICES	137
APÊNDICE I. Diagrama de fluxo.....	137
APÊNDICE II. Tabela artigos.....	138

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no *Estágio de natureza profissional com relatório final* do Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Trata-se de uma unidade curricular anual, com 45 ECTS, orientada sobretudo para o desenvolvimento de competências especializadas, a integração da teoria na prática, o julgamento clínico avançado e a aplicação de evidências nos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica especializados. A carga horária total estimada é de 1260 horas, incluindo horas de contacto, tempo de estudo, realização de trabalhos e redação do relatório. As 830 horas de formação presencial incluem 800 horas de prática clínica e 30 horas de orientação tutorial, organizadas em três módulos: internamento de grávidas/medicina materno-fetal (200 horas), bloco de partos (500 horas) e puerpério (100 horas).

Com base nas experiências clínicas adquiridas durante o estágio, é elaborado o presente relatório, que será defendido em provas públicas para a obtenção do grau de mestre. O objetivo é demonstrar a capacidade de aplicar de forma crítica, reflexiva e aprofundada os diversos padrões de conhecimentos e competências adquiridos durante as práticas, evidenciando não só o domínio dos conteúdos teóricos, mas também a capacidade de os integrar de forma crítica e inovadora.

O tema de aprofundamento definido no projeto, facilitar o início espontâneo do trabalho de parto em mulheres com gravidez a termo tardio, surge da observação de uma elevada frequência de induções, principalmente farmacológicas e mecânicas. A revisão da literatura propõe-se identificar intervenções promotoras da ativação fisiológica do início do trabalho de parto, como a acupressão, a reflexologia podal, a aromaterapia, a acupuntura, a estimulação mamária, entre outras, e avaliar as respetivas condições de uso e segurança em contextos comparáveis ao âmbito de prática das EE-ESMO (Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica) em Portugal.

Neste contexto, os principais objetivos deste relatório são: evidenciar a conceção de cuidados centrados nas áreas de atenção relacionadas com o processo de diagnósticos e intervenções que são sensíveis aos cuidados de EE-ESMO; e identificar quais são as intervenções promotoras da ativação fisiológica do início do trabalho de parto em mulheres com gravidez a termo tardio. O relatório também pretende descrever e analisar o desenvolvimento de competências especializadas alcançadas nos três contextos de prática; expor o processo reflexivo realizado com base no pensamento teórico da enfermagem e na evidência científica disponível para apoiar e/ou discutir as decisões e ações promotoras do desenvolvimento das competências, em estreita relação com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (*PQCEESMO*); e sintetizar de forma integrativa as evidências disponíveis sobre essas intervenções, com atenção à sua aplicabilidade e segurança, explicando as implicações para a prática e a investigação.

A importância dos contextos de estágio reside no facto de constituírem a base para o desenvolvimento das competências da EE-ESMO. A elaboração deste relatório permitiu aprofundar a análise da prática clínica experienciada, articulando-a com a evidência científica utilizada para a fundamentar e/ou examiná-la criticamente. Em cada módulo, o contexto de estágio foi descrito e analisado com base em casos clínicos que ilustram a identificação de diagnósticos relevantes, o planeamento e a implementação de intervenções, bem como a avaliação de resultados em relação a objetivos e indicadores previamente definidos. Tudo isto se baseia numa reflexão crítica, ancorada em evidências e no pensamento teórico, que documenta a integração da teoria na prática, o impacto no desenvolvimento profissional e os aspetos ético-deontológicos dos cuidados prestados.

O documento encontra-se organizado da seguinte forma: a presente introdução, que contextualiza o estágio e define os seus objetivos; um enquadramento conceptual com os conceitos centrais baseados nos *PQCEESMO*; uma secção central dedicada ao desenvolvimento de competências nos três módulos,

Facilitar o início espontâneo do trabalho de parto em mulheres com gravidez a termo tardio

apoiada na análise crítica de casos; uma síntese da evidência relativa às intervenções promotoras da ativação fisiológica do início do trabalho de parto; uma reflexão global sobre o processo de desenvolvimento de competências; e as considerações finais.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A seguir, é apresentado o enquadramento conceptual que sustenta e delimita o âmbito do presente trabalho. Com base nos *PQCEESMO* (Ordem dos Enfermeiros, 2021), são definidos de forma integrada os eixos que organizam o presente relatório: quem é a pessoa cliente dos cuidados; o que caracteriza os cuidados especializados em ESMO; qual é o perfil de competências e responsabilidades da EE-ESMO; e como estas premissas se concretizam nos cenários de assistência desenvolvidos neste relatório (gravidez com complicações, trabalho de parto e pós-parto). Este enquadramento articula-se, também, com a Teoria das Transições de Afaf Meleis, que orienta a compreensão das transições de saúde e serve de marco teórico para a conceção dos cuidados.

Cliente/s

Na enfermagem de saúde materna e obstétrica, o "cliente" é concebido, acima de tudo, como pessoa e cliente dos cuidados: um agente intencional com valores, crenças e desejos próprios, dotado de dignidade e direito à autodeterminação. Nesta abordagem relacional, a figura em destaque é a mulher, entendida de forma integral e em interação com as suas pessoas significativas e com o ambiente humano, físico, político, económico, cultural e organizacional que condiciona a sua saúde. Ao longo do continuum reprodutivo, esta mulher pode apresentar diferentes especificidades e necessidades: mulher grávida, mulher parturiente, mulher puérpera/mãe, mulher adolescente/jovem ou mulher adulta em processo de envelhecimento.

A centralidade da mulher não impede o reconhecimento da criança, das pessoas significativas, da família e da comunidade como elementos centrais nos cuidados, com base na relevância que a própria mulher lhes atribui, respeitando a diversidade cultural e/ou religiosa por ela definida. Assim, em cada etapa, são incorporados outros clientes e beneficiários. Por exemplo, no período pré-concepcional/planeamento familiar, o foco pode estender-se à pessoa

significativa da mulher, idealmente ao casal. Durante a gravidez, a principal cliente é a mulher grávida, podendo considerar-se o feto como beneficiário dos cuidados que ela recebe. Esta perspetiva é complementada pelo reconhecimento da pessoa significativa como cliente individual, bem como do casal grávido, que partilha um projeto de parentalidade. Na preparação para o parto, por exemplo, a unidade de cuidados inclui a mulher e a/s pessoa/s significativa/s por ela escolhida/s para a acompanhar. Durante o trabalho de parto, a mulher é a principal cliente, embora também sejam admitidos como clientes o feto e a/s pessoa/s significativa/s presente/s. No pós-parto, surgem como clientes a puérpera/mãe, o recém-nascido e a pessoa significativa. Ao longo do ciclo de vida, o âmbito da saúde sexual e ginecológica abrange tanto a menina/adolescente/mulher como o adolescente/homem (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Os cuidados especializados em ESMO constituem o quadro profissional que orienta o exercício da EE-ESMO, de modo a responder às necessidades de saúde ginecológica, sexual e reprodutiva da mulher e das pessoas significativas para esta, ao longo do continuum reprodutivo e do ciclo de vida. São cuidados concebidos e executados pelo profissional mais competente, integrando conhecimentos avançados, julgamento clínico e experiência, com vista a prestar cuidados significativos e alcançar resultados visíveis em termos de saúde.

Estes cuidados baseiam-se numa visão com três pilares: competência profissional, prática baseada em evidências e respeito pela cliente, reconhecendo-a como a principal responsável pela sua saúde, o que implica relações terapêuticas de parceria e decisões informadas. Na prática, isto traduz-se na prestação de cuidados profissionais que abrangem o planeamento familiar e o período pré-concepcional, a gravidez (seguimento da evolução e promoção da adaptação à gravidez), a assistência pré-natal orientada para a adaptação à parentalidade, a preparação para o parto, o trabalho de parto e o

nascimento, o pós-parto, a adaptação à parentalidade e a saúde sexual e ginecológica ao longo da vida (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

A EE-ESMO é a profissional qualificada de referência para responder às necessidades de saúde reprodutiva, ginecológica e sexual, promovendo transições saudáveis ao longo do continuum reprodutivo. Distingue-se pela sua formação avançada e experiência, que integra conhecimentos e competências especializadas para proporcionar cuidados de qualidade. A nível prático, a EE-ESMO demonstra elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão, assumindo a responsabilidade pelo diagnóstico diferencial e pela implementação de intervenções próprias da sua área de especialização. A EE-ESMO realiza intervenções de enfermagem baseadas em evidência e em conformidade com as características individuais de cada cliente, supervisionando as atividades delegadas e garantindo o rigor técnico-científico na sua execução. Sempre que identifica situações que estão para além da sua área, encaminha os clientes de acordo com o perfil de competências e o mandato social de cada profissão. Em suma, a EE-ESMO combina autonomia e responsabilidade pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e pelos que delega. Assim, no âmbito de equipas multiprofissionais, a EE-ESMO é um elemento-chave para a qualidade e a segurança do atendimento (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Teoria das Transições de Afaf Meleis

Segundo Meleis, a transição é um processo organizado e sequencial, que decorre por fases cujos inícios e fins não são simultâneos, implicando uma noção de movimento e envolvendo tanto uma rutura com a vida tal como era conhecida como as respostas da pessoa ao acontecimento/processo. Ao longo do tempo, este processo conduz à incorporação de mudanças no modo de viver e à consequente reorientação e redefinição do modo de ser de quem o experiencia. A enfermagem preocupa-se com o processo e as experiências dos seres humanos que passam por transições em que a saúde e o bem-estar são percecionados como o resultado. Assim, as transições são importantes para as enfermeiras

quando intervêm na saúde. O papel fundamental das enfermeiras será o de facilitar essas transições através das terapêuticas de enfermagem (Meleis et al., 2000; Schumacher & Meleis, 1994).

As transições podem ser divididas em três categorias de acordo com a sua natureza: de acordo com o seu tipo (desenvolvimental, situacional, saúde/doença ou organizacional), de acordo com o seu padrão (única, múltipla, sequencial, simultânea, relacionada ou não relacionada) e de acordo com as suas propriedades (espaço temporal da transição, eventos e pontos críticos, envolvimento, consciencialização e mudança ou diferença). Para além disso, Meleis descreve condições facilitadoras ou dificultadoras inerentes à vida da pessoa, agrupadas em: pessoais (significados, crenças culturais e atitudes, estatuto socioeconómico, preparação e conhecimentos), comunitárias (acesso aos cuidados de saúde, redes de apoio, ambiente) e da sociedade (condições políticas, apoio monetário, ideologia de género do país). Por fim, a autora propõe padrões de resposta que permitem avaliar a transição, distinguindo indicadores de processo (interagir, estar situado, desenvolver confiança e *coping*) e de resultado (mestria e identidade integrativa fluida) (Meleis et al., 2000; Schumacher & Meleis, 1994).

Visão dos cuidados especializados face a grávidas com complicações

No atendimento a grávidas com complicações, a assistência pré-natal concentra-se na promoção da saúde materno-fetal e na deteção e intervenção precoces sobre as complicações, integrando o julgamento clínico da EE-ESMO e o contexto específico de cada mulher. Em termos práticos, a EE-ESMO é responsável pela promoção da adaptação à gravidez com complicações, o seguimento clínico, pela deteção precoce de sinais de alarme e pelo encaminhamento oportuno para o profissional mais adequado, sempre que o estado de saúde o exija, atuando como elemento-chave na equipa multiprofissional. Esta perspetiva garante a continuidade dos cuidados e o planeamento da alta em coordenação com os recursos comunitários, de modo a favorecer que a mulher e suas pessoas significativas regressem a casa com

uma capacidade melhorada para gerir o regime terapêutico de forma autónoma (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

É importante salientar que é adotada uma compreensão ampla do termo “complicações”: tal como referido anteriormente, a mulher é considerada de forma integral e em interação com suas pessoas significativas e com o ambiente humano, físico, político, económico, cultural e organizacional que condiciona a sua saúde. Desta forma, as complicações são reconhecidas para além da dimensão biomédica, abrangendo também as vertentes psicossociais e estruturais, orientando para intervenções centradas na pessoa e sensíveis ao contexto.

Visão dos cuidados especializados face a mulher em trabalho de parto

No contexto do trabalho de parto, a EE-ESMO visa garantir uma assistência num ambiente seguro que otimize a saúde materna e fetal/neonatal e contribua para uma experiência de parto positiva, reconhecendo o papel da/s pessoa/s significativa/s que acompanham a mulher parturiente e favorecendo a sua experiência positiva de apoio no parto. O respeito pela autonomia é assegurado através da tomada de decisão informada e da criação de uma relação de parceria: a mulher define o seu plano de parto de acordo com os seus valores, crenças e desejos, e a EE-ESMO fornece informações baseadas em evidências e apoio contínuo para facilitar a tomada de decisão informada sobre aspetos como o início do trabalho de parto, estratégias para lidar com a dor, mobilidade, acompanhamento, ambiente físico, posição de parto, entre outros. Ao adotar os princípios da Organização Mundial da Saúde (OMS) para os cuidados perinatais, a assistência assume-se como culturalmente apropriada e segura, centrada na mulher e no seu plano de parto, baseada em evidências e recorrendo apenas às intervenções necessárias para prestar os cuidados essenciais (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Visão dos cuidados especializados face a mulher no pós-parto

No pós-parto, visa-se cuidar a mulher puérpera/mãe com o objetivo de acompanhá-la, integrando-a na família e na comunidade, de modo a promover

a sua saúde e a do recém-nascido e, se aplicável, a da pessoa significativa da mulher, facilitando simultaneamente a adaptação à parentalidade e a recuperação pós-parto, bem como preservar a continuidade da relação terapêutica e o projeto de saúde da mulher e família. A partir desta visão, a EE-ESMO organiza os cuidados de saúde em função das necessidades específicas de cada pessoa, tendo em conta o seu bem-estar e segurança. A conceção de cuidados garante ainda a preparação para o regresso a casa após internamento, antecipando necessidades e articulando recursos comunitários em cenários como complicações pós-parto, compromisso com a amamentação, falta de mestria nas competências parentais, compromisso da saúde mental pós-parto ou luto perinatal. O objetivo é potenciar a autoeficácia materna e parental, de modo a facilitar uma transição saudável (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

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

Este capítulo apresenta, de forma integrada e crítica, o desenvolvimento de competências especializadas em ESMO, estando estruturado em três secções. A primeira secção aborda a conceção de cuidados ESMO em cada um dos módulos do estágio, com base na análise de quatro casos clínicos: um centrado em cuidar a mulher com gravidez com complicações, dois centrados em cuidar a mulher em trabalho de parto e um último centrado em cuidar a mulher no período pós-parto. A narrativa de cada caso integra conjuntamente a descrição e a análise crítica do respetivo contexto de estágio, a conceção de cuidados baseada em evidências, o quadro teórico de Meleis, as principais diretrizes internacionais e os *PQCEESMO* (2021), bem como uma reflexão crítica que ilustra as competências comuns e especializadas desenvolvidas, em conformidade com o Regulamento n.º 391/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Deste modo, a análise concretiza-se com base nos dados recolhidos e na sua interpretação, na sua relação com os diagnósticos, nos objetivos e critérios de resultado definidos, nas intervenções associadas às atividades que os concretizam e nos resultados obtidos com base nos critérios de resultado definidos. Salienta-se que, com vista a salvaguardar a identidade das pessoas envolvidas nos casos clínicos, os nomes, as horas e as datas associados aos casos são fictícios.

A segunda secção incorpora uma síntese de evidências sobre intervenções promotoras da ativação fisiológica do início do trabalho de parto, elaborada através de uma revisão integrativa, que inclui: introdução, metodologia, principais resultados, síntese dos resultados, limitações, implicações para a prática, implicações para a investigação e conclusão.

A terceira secção aborda uma reflexão global sobre o processo de desenvolvimento de competências, com base na integração da teoria e da prática, o impacto no desenvolvimento pessoal e profissional, uma reflexão ético-deontológica sobre a prática clínica e uma avaliação da contribuição dos tutores ao longo dos três módulos de estágio.

3.1. FACILITAR O LUTO PERINATAL: PLANO DE ABORTAMENTO NA INTERRUPÇÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ

A Muna é uma grávida muçulmana de 34 anos, na sua terceira gravidez, com antecedentes de dois partos eutócicos, o último dos quais ocorreu há três anos. Atualmente, encontra-se na 14.^a semana e 4.º dia de gestação. Após a realização de um teste genético não invasivo e de uma amniocentese de confirmação, foi detetada no ADN do feto uma mutação associada à disqueratose congénita, uma doença genética recessiva rara e grave ligada ao cromossoma X.

A disqueratose congénita é uma doença hereditária rara causada por mutações nos genes responsáveis pela manutenção dos telómeros DKC1, TERC e TERT. Caracteriza-se pela tríade clássica: distrofia das unhas, pigmentação reticulada da pele e leucoplasia oral. As complicações sistêmicas incluem insuficiência da medula óssea (80 a 90% dos casos), fibrose pulmonar e um risco aumentado de cancro epiteliais. O diagnóstico é confirmado através da análise dos telómeros e da sequenciação genética. O tratamento é paliativo e inclui o transplante de medula óssea para tratar a insuficiência hematopoiética, a administração de androgénios (danazol) e a monitorização das complicações oncopulmonares. O prognóstico é variável, com uma esperança média de vida de 30 a 50 anos. Neste caso específico, tanto a Muna como o seu marido são portadores da doença, o que implica uma probabilidade de 25% de terem uma criança saudável, uma probabilidade de 50% de a criança ser portadora e uma probabilidade de 25% de esta herdar a forma ativa da doença (Genetic and Rare Diseases Information Center, 2008; MedlinePlus Genetics, 2014).

Perante este diagnóstico e após uma difícil reflexão familiar e aconselhamento médico, foi decidido realizar uma interrupção médica da gravidez. A Lei n.º 16/2007, de 17 de abril de 2007, estabelece que não é punível a interrupção da gravidez efetuada por médico, ou sob a sua direção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a

sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez. Em situações de fetos inviáveis, a interrupção poderá ser praticada a qualquer momento da gravidez. Além disso, no caso da interrupção médica da gravidez ou morte fetal espontânea com menos de 22 semanas, legalmente, não há certificado de óbito nem funeral.

No dia anterior, durante a consulta médica, a Muna tomou um comprimido de mifepristone (200 mg) por via oral, um antiprogéstágeno utilizado para bloquear a ação da progesterona, uma hormona essencial para a manutenção da gravidez. A administração deste medicamento visa interromper o desenvolvimento do feto e preparar o organismo para a fase seguinte do procedimento. Hoje, Muna foi internada no serviço de internamento de obstetrícia e ginecologia para dar início ao processo de indução do abortamento.

Com base nos antecedentes e no contexto descritos acima, o diagnóstico de **“Luto perinatal”** tornou-se o foco central dos cuidados prestados a Muna pela equipa de EE-ESMO. Este foco orientou transversalmente todos os cuidados prestados a Muna desde o momento da sua admissão. O objetivo principal deste caso foi ***facilitar o processo de luto durante o trabalho de abortamento***.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o luto perinatal é uma experiência extremamente dolorosa e complexa que afeta não só a mãe, mas também toda a família. A perda de um/a filho/a durante a gravidez, no momento do parto ou nos primeiros dias de vida, rompe com a expectativa natural da existência e confronta a mãe, o pai e todas as pessoas envolvidas no projeto da parentalidade com a morte, numa fase em que se esperava o início da vida. Este tipo de luto é único e particular em cada pessoa, caracterizando-se por emoções intensas, como a tristeza, a raiva, os sentimentos de culpa ou a desesperança. Muitas vezes, o sofrimento causado por esta perda não é devidamente compreendido pela sociedade, o que leva ao isolamento e à falta de empatia para com as mães e os pais em luto. Esta falta de reconhecimento agrava ainda mais o processo de aceitação e recuperação. Neste contexto, o

papel da EE-ESMO é fundamental. Ter conhecimentos sobre as diferentes fases do luto e prestar cuidados adaptados ao ritmo e às necessidades emocionais de cada família são elementos essenciais. Ao validar as emoções das mães e dos pais e colocar à sua disposição recursos de apoio, a profissional torna-se um suporte fundamental durante este processo. Por conseguinte, o luto perinatal requer uma abordagem cuidadosa, baseada em evidências e orientada pela sensibilidade e compaixão. Desta forma, as famílias em luto recebem o acompanhamento e os cuidados de que necessitam para enfrentarem e elaborarem esta experiência tão difícil (Ordem dos Enfermeiros, 2024).

Assim sendo, o luto perinatal é um fenómeno complexo que acarreta uma profunda carga emocional, independentemente da fase da gravidez em que a perda ocorre. No caso de Muna, a interrupção médica da gravidez devido a uma doença hereditária grave, a componente ética e emocional pode ser mais intensa. Ao contrário de outras perdas, há aqui uma decisão ativa. Estudos recentes salientam que, nos casos de interrupção médica da gravidez, o sofrimento emocional pode ser igual ou até maior do que nas perdas espontâneas, devido ao peso da responsabilidade que muitas mulheres sentem pela sua decisão (Lafarge et al., 2017). É essencial um acompanhamento que envolva a validação, o reconhecimento da dor/sofrimento e a criação de espaços seguros. A presença de profissionais treinados em luto perinatal durante o processo de abortamento pode fazer uma diferença significativa na experiência do evento, permitindo que as mulheres e as famílias construam uma narrativa mais compassiva e menos traumática da experiência (Burden et al., 2016). No âmbito dos *PQCEESMO*, o luto perinatal está integrado como uma das principais áreas de intervenção da EE-ESMO, que tem o mandato social de cuidar a mulher, inserida na família e a comunidade, em situações de risco e de luto perinatal (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Uma vez confirmada a admissão da Muna e no âmbito do diagnóstico de **"Luto perinatal"**, a primeira intervenção implementada foi **gerir o ambiente**. Compete à equipa de EE-ESMO assegurar a melhor distribuição das mulheres no serviço. O serviço está configurado em forma de L, sendo constituído por dois

corredores que convergem na sala de enfermagem. Num destes corredores, encontram-se os quartos destinados às mulheres grávidas, todos individuais e equipados com casa de banho e duche privativos. No outro corredor, a uma distância considerável, encontram-se os quartos destinados às mulheres com recém-nascidos. A Muna foi colocada num quarto individual, no fim do corredor reservado às grávidas. Esta localização não obrigaria a Muna a ter contacto direto ou auditivo com outros bebés ou com as suas famílias. Esta disposição não é acidental, mas sim parte de uma política deliberada do serviço que dá prioridade e relevância aos cuidados das mulheres e famílias que, como a Muna, estão a enfrentar um processo de luto perinatal.

Além disso, caso a Muna necessitasse de uma ecografia de seguimento, a máquina de ecografia portátil da sala de observação poderia ser transferida para o seu quarto, evitando a sua deslocação e uma possível exposição indesejada e/ou emocionalmente dolorosa. Esta medida assegurou que a Muna não tivesse de atravessar obrigatoriamente as áreas comuns do serviço, onde poderiam ocorrer encontros com famílias em contexto de pós-parto normal. É de salientar que todas as mulheres admitidas para indução do trabalho de abortamento, independentemente do número de semanas de gravidez, são atendidas neste mesmo serviço. Apenas nos casos em que se opta pela analgesia epidural durante o trabalho de abortamento é que as mulheres são encaminhadas para o bloco de partos.

Às 9h30, a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO dirigiram-se ao quarto de Muna, após a sua admissão no serviço. Bateram à porta antes de entrar. Ao entrarem, a Muna ergueu o olhar, com uma expressão de desânimo. Depois de se apresentarem, a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO expressaram, com sensibilidade e respeito, o seu reconhecimento pela experiência que a Muna estava a viver.

Nesse momento, a Muna baixou a cabeça e enxugou discretamente as lágrimas com um lenço. Após um silêncio funcional, a estudante de EE-ESMO aproximou-se de Muna, estabeleceu contacto visual com ela e, com uma voz cálida, disse-

lhe que estariam disponíveis durante toda a manhã, para o que precisasse e para a acompanhar da melhor forma possível.

Muna suspirou e acenou com a cabeça. Após alguns segundos de pausa, com uma voz preocupada, perguntou se haveria alguém com ela durante a saída do bebé. Disseram-lhe, com firmeza e ternura, que estaria, naturalmente, acompanhada. Muna acenou novamente com a cabeça, em silêncio. Agradeceu a resposta e explicou que o marido não a tinha podido acompanhar, pois tinha de ficar a tomar conta das duas filhas pequenas. Acrescentou ainda que, por serem muçulmanos, o resto da sua comunidade poderia ter dificuldade em compreender a decisão de interromper a gravidez e que, por esse motivo, não tinham procurado mais apoio.

De acordo com o Regulamento n.º 391/2019, compete às EE-ESMO prestar cuidados de saúde culturalmente sensíveis e que correspondam às necessidades da população (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Tendo em conta as pressões sociais e religiosas que as mulheres muçulmanas podem enfrentar para não interromper a gravidez (Gesser-Edelsburg & Shahbari, 2017), alguns estudos indicam que determinadas abordagens clínicas partem de estereótipos que pressupõem a primazia do fator religioso na decisão de prosseguir ou interromper a gravidez, o que pode ocultar a diversidade de valores e necessidades de cada mulher (Gesser-Edelsburg & Shahbari, 2017; Gitsels-van der Wal et al., 2015). Tendo em conta esta problemática, a literatura sugere que a componente emocional e individual não é menos determinante do que os fatores religiosos ou sociais. Desta forma, no contexto de interrupção médica da gravidez, as preferências das mulheres muçulmanas em termos de aconselhamento se baseiam nas seguintes premissas: receber informações precisas e detalhadas sobre os procedimentos; o profissional iniciar conversas sobre dilemas morais e a sua relação com crenças e valores religiosos, de modo a facilitar uma decisão informada; e serem atendidas por alguém que as respeite e demonstre interesse genuíno, vendo-as como indivíduos e perguntando-lhes sobre os seus pontos de vista específicos (Gesser-Edelsburg & Shahbari, 2017; Gitsels-van der Wal et al., 2015).

A EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO escutaram a Muna em silêncio e, após alguns segundos de pausa, perguntaram-lhe como se sentia relativamente à decisão tomada. Com uma voz calma, ainda que entrecortada pela emoção, ela respondeu:

-Estou tranquila e segura da decisão que tomei, enfermeira. O meu marido também está.

Em seguida, explicou que as suas duas filhas também sofriam de disqueratose congénita, o que causava uma enorme dor à família.

-A mais velha tem de faltar frequentemente à escola, enfermeira...já foi internada várias vezes no hospital...-Olhou para o chão, respirou fundo e acrescentou: -Estou aqui porque vi como as minhas filhas sofrem...e o meu marido e eu não queremos que este bebé passe pelo mesmo.

Para dar espaço à emoção, validar a decisão e facilitar a verbalização, fez-se um silêncio funcional, acompanhado de um toque terapêutico, durante alguns segundos. Finalmente, a Muna levantou a cabeça, sorriu levemente entre lágrimas e disse: *-Faço isto por amor. Amor pelo meu bebé. Que ele descanse em paz em Yanna, onde nos voltaremos a encontrar-*. O sorriso foi-lhe devolvido com ternura.

As palavras de Muna denotaram uma convicção serena, baseada nas suas crenças e valores mais profundos. Apesar da sua fé muçulmana, pareceu que a Muna integrou a decisão de interromper a gravidez no seu quadro religioso de uma forma que não entrou em conflito com ela. De acordo com a teoria das transições de Afaf Meleis, as condições pessoais, tais como os significados que uma pessoa atribui à situação e as suas crenças e atitudes culturais, podem facilitar ou dificultar o processo de transição (Meleis, 2010).

Segundo os PQCEESMO, o conceito de significado refere-se ao valor ou importância que se atribui a algo. Esta atribuição de significado é construída através da interpretação pessoal que cada indivíduo faz da sua realidade e das suas experiências. Dependendo das suas experiências anteriores e da sua perceção do mundo, cada pessoa desenvolve a sua própria forma de agir, sentir,

pensar e ser, especialmente em relação aos aspetos que considera relevantes para si e para os seus entes queridos (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Neste caso, a Muna interpretou a interrupção da gravidez como um ato de amor e proteção para com o seu bebé, acreditando que tal lhe poupava o sofrimento já experimentado pelas suas duas outras filhas com a mesma doença congénita. Devido à sua fé, acreditava também que o seu bebé descansaria em paz no Yanna (também conhecido como Jannah ou Al-Yannah), o paraíso na tradição islâmica, onde se reuniriam novamente. Toda esta interpretação pessoal fez com que Muna se sentisse, nas suas próprias palavras, *"tranquila e segura"* na sua decisão. Assim, as suas crenças, longe de dificultarem o seu processo de luto perinatal, pareciam facilitá-lo, dando-lhe sentido: o ato que estava a realizar era coerente com o seu amor de mãe e com as crenças que a sua religião lhe inspirava. A EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO reconheceram o valor desta interpretação, dado que os significados positivos ou, pelo menos, neutros sobre a experiência tendem a facilitar transições saudáveis em caso de perda e/ou de mudanças vitais. Por conseguinte, ***o significado que Muna a atribuiu ao processo de abortamento foi considerado não dificultador.***

Antes de saírem do quarto, mostraram à Muna um autocolante com o símbolo de uma borboleta e perguntaram-lhe se queria que o colocassem na porta. Foi-lhe explicado que se tratava de um símbolo utilizado no hospital para sensibilizar a todas as pessoas que pudessem interagir profissionalmente com ela durante a sua estadia, sobre o facto de estar a decorrer um processo de luto perinatal naquele quarto. Esta atividade concretiza também a intervenção de ***gerir o ambiente*** iniciada acima, no âmbito do diagnóstico de ***"Luto perinatal"***. A Muna concordou com a proposta, fazendo um pequeno gesto afirmativo. Aproveitou-se então a oportunidade para lhe perguntar se tinha alguma questão sobre o processo de indução que iria iniciar. Ela respondeu que não, que já lhe tinha sido explicado na consulta do dia anterior e que estava pronta para começar. Ficou combinado que a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO regressariam dentro de alguns minutos com os primeiros comprimidos de misoprostol.

Durante este primeiro contacto, enquadrado na secção 2 “*Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal*”, do Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros, foi especialmente desenvolvida a competência 2.2, ao *diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento*; de forma a avaliar o significado atribuído ao processo de abortamento e garantir a facilitação do processo de luto perinatal (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Às 10h45, a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO regressaram ao quarto da Muna. Após obterem o seu consentimento oral, foram introduzidos os primeiros comprimidos de misoprostol por via vaginal, dando início ao protocolo de indução.

O misoprostol, um análogo sintético da prostaglandina E1, administrado por via vaginal na dose de 400 microgramas (dois comprimidos) de quatro em quatro horas, é um regime amplamente recomendado por agências internacionais para a indução do aborto medicamentoso, especialmente no segundo trimestre de gravidez (entre a 13.^a e a 28.^a semana) e em casos de morte fetal intrauterina. Este protocolo baseia-se na sua capacidade de induzir contrações uterinas efetivas e amadurecimento cervical, com taxas de sucesso de 84 a 93%, quando aplicado corretamente.

A OMS apoia explicitamente este regime nas suas diretrizes, salientando a sua eficácia e segurança entre as 12 e as 24 semanas de gravidez. Segundo a OMS (2022), a via vaginal apresenta vantagens significativas em comparação com outras vias de administração: proporciona concentrações plasmáticas sustentadas mais elevadas; reduz os efeitos adversos gastrointestinais, como náuseas e diarreia; e, apresenta um perfil de segurança favorável quando devidamente monitorizado. A *Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria (FIGO, 2023)* concorda com estas recomendações, especificando nas suas diretrizes clínicas que o esquema de 400 microgramas por via vaginal, pode

ser utilizado até um máximo de cinco doses em 24 horas, para a interrupção da gravidez entre as 13 e as 26 semanas.

Após a administração da medicação, a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO permaneceram com Muna por mais alguns minutos. Ela ficou pensativa por instantes e, depois, olhando para elas com uma expressão sincera, disse:

-Enfermeira...acho que gostaria de conhecer e despedir-me do meu bebé..., mas estou um pouco nervosa...

A EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO sentaram-se perto dela, mantendo um contacto visual calmo e um tom de voz suave. As suas preocupações foram validadas e transmitiram-lhe de forma clara e empática que muitas mulheres enfrentam dilemas semelhantes. Explicaram-lhe que não há uma resposta certa, que cada experiência é única e que a sua decisão seria respeitada:

-Muna, muitas mulheres já se colocaram esta mesma questão. Por vezes, têm a certeza de que querem conhecer o seu bebé; outras vezes, não têm tanta certeza. O mais importante é saber que qualquer decisão que tomar é válida e que a pode alterar a qualquer momento. Mesmo que mais tarde mude de ideias e não queira conhecê-lo, podemos pegar nele com delicadeza e descrevê-lo para si, se assim o desejar. Disse que gostaria de o conhecer, certo?

Muna acenou lentamente com a cabeça. Depois de uma pausa, perguntou:

-E é mesmo bom para mim? Conhecê-lo e despedir-me?

-Muna, os estudos mostram que sim. Muitas mulheres que passaram por esta situação afirmam que o facto de poderem conhecer o seu bebé, despedir-se dele, acariciá-lo ou apenas vê-lo as ajudou a compreender que aquele bebé foi real. Para iniciarem o seu processo de luto de forma mais consciente. Não é uma decisão fácil, mas é importante saber que pode trazer benefícios emocionais no futuro.

-Obrigada, enfermeira... -respondeu finalmente a Muna, com um pequeno sorriso e os olhos ligeiramente húmidos. *-Sim, quero conhecer o meu bebé.*

A enfermeira sorriu de volta e acrescentou:

-Estaremos aqui consigo em cada passo e em cada decisão.

Este diálogo constituiu atividades que concretizam a intervenção ***Assistir na elaboração do plano de abortamento***, com o objetivo de ***facilitar o processo de luto perinatal***. O conteúdo teve por base evidências que apoiam a importância de facilitar o contacto com o bebé falecido, desde que a mãe o deseje e seja capaz de receber esse acompanhamento. Segundo Cacciatore (2013), ver e segurar o bebé falecido pode proporcionar um ponto de ancoragem emocional que contribui para um luto saudável, permitindo a criação de memórias tangíveis. O mesmo autor salienta que impedir ou desencorajar esse encontro pode aumentar a experiência de culpa, ambivalência ou um luto complicado. Além disso, Cacciatore (2013) verificou que conhecer e despedir-se do bebé estava associado a níveis mais baixos de ansiedade e depressão nos meses seguintes à perda. Da mesma forma, o estudo de Burden et al. (2016) demonstrou que as mães e os pais que puderam ter contacto físico ou visual com o bebé estabeleceram uma ligação mais clara com a perda, o que facilitou a validação do luto. Foi também referido que as mães e os pais que não puderam conhecer o bebé ou que sentiram que lhes foi negada essa possibilidade manifestaram um maior arrependimento a longo prazo (Koopmans et al., 2013). Por conseguinte, as recomendações atuais sugerem que, sempre que possível, esta opção deve ser oferecida às mulheres e famílias de forma sensível e adaptada ao seu contexto cultural, emocional e pessoal.

Após alguns minutos de silêncio, durante os quais parecia estar a refletir sobre a conversa anterior, Muna disse:

-Outra pergunta, enfermeira: como é um bebé de 14 semanas? As minhas duas filhas nasceram com mais de 40 semanas. Imagino que isso não tenha nada a ver. Claro que é mais pequeno, mas quão pequeno? E quanto à forma? Gostava de ter uma ideia de como vai ser.

Nas suas palavras, transparecia a necessidade de se preparar para o encontro que, há alguns minutos, decidiu que ia ter. Dado o interesse e a vontade da Muna em conhecer a aparência física de um feto correspondente à sua idade

gestacional, foi formulado o diagnóstico: ***"Potencial para melhorar o conhecimento sobre a aparência de um feto de 14 semanas"***. Com o objetivo de ***gerir e ajustar as expectativas da Muna em relação à aparência de um feto de 14 semanas***, foi implementada a intervenção de ***ensinar sobre as características de um feto com essa idade gestacional***. Como critério de resultado, esperava-se que a Muna ***fosse capaz de construir uma ideia realista e aproximada da aparência de um feto com 14 semanas de gravidez***.

Com uma voz calma e evitando tecnicismos, a enfermeira desenvolveu as atividades que concretizam a intervenção:

-Um bebé de 14 semanas já ultrapassou a fase embrionária, em que se formam os órgãos principais. Geralmente, já tem a cabeça, o tronco, os braços e as pernas bem diferenciados, embora tudo seja ainda muito frágil e pequeno. Na 14.ª semana, tem normalmente entre 12 e 14 centímetros de comprimento, mais ou menos o tamanho da palma de uma mão aberta. -disse gesticulando. A sua pele é muito fina e translúcida, pelo que se podem ver algumas veias através dela. Também pode ter uma penugem macia na cabeça, uma camada chamada lanugo, que surge nesta fase.

Muna, que ouvia com atenção, perguntou:

-Então já tem a forma de um bebé?

-Tem a forma de um bebé, Muna. -respondeu a enfermeira. Embora seja muito mais pequeno e delicado, o corpo está formado. É provável que repare que a cabeça parece maior em proporção ao corpo, o que é normal nesta fase. Ainda não tem unhas nem pestanas, mas vai conseguir ver os seus dedinhos, o seu perfil...

Após esta explicação, Muna acenou com a cabeça e ficou em silêncio durante alguns segundos. Por fim, suspirou e disse:

-Acho que já consigo fazer-me uma ideia, enfermeira. Obrigada.

A intervenção teve por base a necessidade de fornecer informações realistas, compreensíveis e adaptadas à situação emocional da Muna. Segundo o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (2024), a explicação detalhada sobre a aparência do feto no momento da perda ajuda a reduzir a angústia antecipatória, a melhorar a preparação emocional e a promover uma sensação de controlo e dignidade durante o processo.

A nível morfológico, vários estudos de embriologia concordam que, às 14 semanas de gestação, a maioria das principais estruturas anatómicas do feto já se encontra desenvolvida, embora ainda imatura. Segundo Moore (2016), nesta fase, o feto mede entre 12 e 14 centímetros e pesa cerca de 45 gramas. A pele é fina e translúcida e pode haver uma ligeira camada de lanugo no couro cabeludo. Os membros estão completamente formados, mas os ossos continuam a ser flexíveis e cartilagosos (Cardoso, Capela, et al., 2023).

A intervenção, concretizada através da construção de uma narrativa verdadeira e sensível, ajudou à Muna a formar uma imagem mental realista do seu bebé, sem idealização nem choque.

Antes de sair do quarto, foi-lhe dada a oportunidade de expressar quaisquer outras preocupações:

-Quer que falemos sobre mais alguma questão, Muna? Podemos fazer mais alguma coisa por si neste momento?

Ela negou com a cabeça, acrescentando:

-Por agora não, enfermeira, obrigada.

Deste contacto, de acordo com o Regulamento n.º 391/2019, destaca-se o desenvolvimento da competência 2.2.10, ao *conceber, planear, implementar e avaliar intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto* (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Às 12h30, a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO regressaram ao quarto de Muna. Tinham consigo três pequenos cobertores de cores e padrões diferentes, feitos à mão pelas voluntárias da associação *Estels del Cel* (*estrelas do céu*). Cada um

tinha sido selecionado com base no tamanho de um feto com 12 a 14 semanas de gravidez. O objetivo era reforçar a intervenção ***ensinar sobre as características de um feto de 14 semanas*** e dar a Muna a possibilidade de envolver o seu bebé num dos cobertores, se assim o desejasse.

-Olá, Muna. Como se sente? Notou alguma diferença desde que lhe administrámos os primeiros comprimidos vaginais?

-Por agora, está tudo bem, enfermeira. Sinto algumas cólicas semelhantes às menstruais, mas totalmente toleráveis. Dei à luz as minhas duas filhas sem epidural -respondeu com um tom sereno.

Imediatamente, o seu olhar desviou-se para os tecidos dobrados nas mãos da profissional.

-O que são esses tecidos tão lindos?

Diante da resposta de Muna e da sua clara disposição para mudar de assunto, interpretou-se que, naquele momento, a Muna tinha uma ***“Capacidade para lidar com a dor do trabalho de abortamento facilitadora”***. Tal refletia-se no seu tom de voz, na sua linguagem corporal e na escolha de conduzir a conversa para outro assunto.

-Trouxemos estes cobertores para o seu bebé. São especialmente desenhados para bebés entre as 12 e as 14 semanas. Pensamos que poderá querer escolher um deles. Quando chegar a hora, se concordar, podemos embrulhar o seu bebé no cobertor que escolher.

Muna olhou para os cobertores em silêncio, comovida. Estendeu a mão para um deles, em tons de lilás e azul-marinho, segurou-o por alguns segundos, acariciando a sua textura com os dedos, e disse:

-Vai ser mesmo um bebé pequeno, enfermeira...escolho este -disse com um olhar agradecido.

Após uma breve conversa informal, em que se percebeu que a Muna estava tranquila e recetiva, foi aproveitado o momento para lhe colocar a seguinte questão:

-Muna, uma vez tomada a decisão de conhecer o seu bebé, acha que seria útil conversar sobre outras questões relacionadas com o processo, a fim de o planear da forma que melhor se adapte às suas preferências?

Muna assentiu serenamente e respondeu:

-Sim, claro, enfermeira.

A partir dessa disposição e tendo em conta o diagnóstico de **"Luto perinatal"** previamente formulado, considerou-se o momento oportuno para dar continuidade à intervenção ***Assistir na elaboração do plano de abortamento.***

Partindo da definição dos PQCEESMO sobre o plano de parto, pode-se extrapolar que o plano de abortamento é um planeamento do abortamento, pela mulher e, se houvesse, pela pessoa significativa, em conformidade com as suas preferências, valores, crenças e desejos de natureza individual, podendo ser escrito ou não. Qualquer plano poderá ser bem construído quanto melhor a informação que o suporta (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Dado que a decisão de interromper a gravidez foi tomada após um diagnóstico recente, não foi possível elaborar um plano antecipadamente. No entanto, este caso ofereceu igualmente a oportunidade de criar, durante o próprio processo de abortamento, um espaço de expressão e decisão que lhe permitisse exprimir o que era importante planear para si. Considerou-se essencial proporcionar uma experiência de abortamento ajustada às suas preferências, valores, crenças e desejos. Apesar dos desafios emocionais e temporais que esta elaboração implicou num momento de elevada vulnerabilidade, ficou evidente o valor terapêutico desta intervenção.

Assim, construir um plano de abortamento, que escolhas podem ser contempladas e qual é a sua utilidade, contribuiu para ***que a Muna fosse capaz de: gerir expectativas em relação ao trabalho de abortamento imaginado e sensibilizar para o que seria relevante para ela durante o trabalho de abortamento e pós-aborto imediato para uma experiência personalizada e facilitadora do processo de luto.***

Assim, iniciou-se com a Muna a elaboração conjunta do plano de abortamento. A estudante da EE-ESMO conduziu a intervenção, utilizando uma linguagem acessível e evitando terminologia técnica, de modo a tornar a informação clara e compreensível, tendo em conta o momento emocional que Muna estava a atravessar. Foi-lhe explicado que o plano incluiria aspetos relacionados com o trabalho de abortamento e o pós-aborto imediato, e que a ajudaria a antecipar decisões e expressar as suas preferências e desejos.

As práticas habituais implementadas no serviço em contextos de interrupção médica da gravidez foram descritas de forma pausada e todas as questões relevantes para Muna foram abordadas uma a uma, bem como as particularidades que ela desejava incorporar ou descartar. A conversa decorreu num ambiente de respeito, escuta ativa e validação emocional.

-Terei acesso aos mesmos métodos de alívio da dor que usei quando dei à luz as minhas filhas, enfermeira? -perguntou a Muna.

Responderam-lhe e explicaram-lhe os métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor que estariam à sua disposição, podendo decidir a cada momento se desejava usá-los ou não.

-Por agora, não quero medicação; prefiro os outros métodos -acrescentou. *Nos partos anteriores, não usei epidural. No entanto, se precisar, gostaria de poder usar o chuveiro ou aplicar panos quentes na parte baixa das costas. Isso ajudou-me muito...*

As suas preferências foram anotadas e registadas, tendo em conta as suas experiências anteriores.

Passados alguns minutos, a conversa prosseguiu com o momento após a saída do seu bebé:

-Sim...quero vê-lo, despedir-me e...tirar algumas fotos -respondeu a Muna, com voz contida. *-Para mim e para o meu marido, caso ele queira vê-lo depois. Quanto à questão de lhe dar um nome, por agora não tenho a certeza...*

Validaram-lhe as suas decisões e lembraram-lhe que podia mudar de opinião a qualquer momento.

Também lhe foi oferecida a caixa de recordações, criada em colaboração com as associações *Estels del Cel* e *A Contracor (A Contracoração)* e que o hospital disponibiliza às famílias que enfrentam processos semelhantes. Ao abri-la, a Muna acariciou delicadamente a pulseira com a Árvore da Vida, um símbolo universal que representa a ligação entre a Terra e o universo, bem como o ciclo da vida, da morte e do renascimento. Depois, observou em silêncio o interior da caixa. Explicaram-lhe o que continha: dois folhetos informativos das associações *Estels del Cel* e *A Contracor*, um postal com espaço para escrever o nome do seu bebé, a data e a hora de nascimento, bem como para fazer impressões das mãos e dos pés e colar uma ecografia. Muna acenou com a cabeça, com uma expressão agradecida, e aceitou ficar com a caixa.

Também foi abordada a questão do estudo post-mortem. Tendo o diagnóstico de disqueratose congénita, a Muna manifestou o desejo de não realizar autópsia nem estudo anatomopatológico placentário. A sua decisão foi validada e registada.

A EE-ESMO assegurou-lhe que poderia ficar com o seu bebé o tempo que necessitasse após a sua saída e que a equipa se ajustaria ao seu ritmo e às suas necessidades. Por fim, foi-lhe oferecida uma consulta com a psicóloga especializada em saúde mental perinatal do hospital, a qual aceitou.

Antes de terminar a intervenção, a estudante de EE-ESMO perguntou:

-Muna, há algum aspeto que não tenhamos discutido e que queira acrescentar?

-Por agora, não, enfermeira. Se me lembrar de mais alguma coisa mais tarde, digo-lhe.

-De acordo, Muna. Lembre-se de que isto é um plano. Tem autonomia para o modificar a qualquer momento do processo, conforme as suas necessidades.

No âmbito do planeamento da intervenção **gerir analgesia**, a estudante de EE-ESMO teve em conta as atuais recomendações de evitar tranquilizantes, uma

vez que estes podem atenuar a reação de luto. Embora a Muna planejou uma abordagem não farmacológica para aliviar a dor do trabalho de abortamento, ao colocar em prática esta intervenção em casos semelhantes, é necessário ter em conta que os tranquilizantes só devem ser considerados excecionalmente, quando forem realmente eficazes e necessários, por exemplo, em casos de ansiedade aguda grave ou de ataque de pânico. Isto implica que os profissionais de saúde reconheçam que certas respostas afetivas intensas, como o choro, a raiva, o medo, a vulnerabilidade, o pânico e o entorpecimento, são normais no contexto do luto perinatal e não indicativas de uma patologia. Além disso, ao reduzirem a participação nos cuidados, a autonomia e interferirem com a memória, os sedativos podem ter um efeito iatrogénico grave, pelo que, ao decidir administrá-los, deve ter-se em conta se o benefício realmente supera o risco (Cassidy et al., 2023).

Por outro lado, ***oferecer sugestões de criação de memórias com o bebé, como a caixa de recordações*** que o serviço oferece, foi uma das atividades concretizadas durante a intervenção. Oferecer elementos como uma caixa de recordações, fotografias ou cobertores permite construir uma narrativa realista sobre a existência desse bebé, mesmo em caso de perda precoce. Este tipo de intervenções de *memory making* demonstraram ter um impacto emocional significativo. De facto, uma revisão sistemática recente concluiu que as atividades de criação de memórias ajudam as mães e os pais a validar a realidade da sua perda, evitando sentimentos de incredulidade ou arrependimento, e a estabelecer uma ligação mais clara com a sua experiência de luto (Thornton et al., 2019). Um estudo qualitativo mostra que as mães e os pais atribuem um valor enorme a essas memórias tangíveis, que os podem confortar no futuro e lhes proporcionar um legado emocional do bebé. O estudo realça que a criação de objetos comemorativos permite que as famílias estructurem o luto como um processo ativo e significativo. Esta abordagem confere sentido, reduz o grau de incerteza e pode atenuar sintomas como a ansiedade, a depressão ou o luto prolongado (Payne et al., 2025).

Finalmente, *promover a participação em grupos de apoio* foi outra das atividades realizadas durante a intervenção e que merece destaque. Sugeriu-se a Muna que explorasse a possibilidade de participar em grupos de apoio, como *Estels del Cel* ou o *A Contracor*, como parte do seu processo de luto perinatal. Explicaram-lhe que partilhar a sua experiência com outras pessoas que viveram situações semelhantes poderia aliviar a possível perceção de isolamento, facilitar a expressão emocional e reforçar o sentimento de pertença. As pesquisas apoiam esta proposta. De facto, um estudo qualitativo realizado no Reino Unido concluiu que o apoio entre pares ajudou a reduzir a sensação de solidão e a melhorar a saúde mental durante o luto perinatal (Rice et al., 2022). Além disso, uma meta-análise sobre o apoio entre pares concluiu que essas intervenções promovem a recuperação e fortalecem a autoestima (Lyons et al., 2021). Por estes motivos, considerou-se útil facilitar a Muna referências a grupos específicos de apoio no luto perinatal.

Durante este contacto, foram desenvolvidas diferentes competências, tal como previsto no Regulamento n.º 391/2019, nomeadamente: a competência 2.1.4, ao *promover a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade*; e a competência 2.1.7, ao *conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez*. Ambas as competências enquadram-se no âmbito do *promover a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento* (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Às 14h45, a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO regressaram ao quarto de Muna para avaliar a necessidade de administrar a dose seguinte de misoprostol. Ao entrarem, a Muna recebeu-as com um ligeiro sorriso, mostrando serenidade.

-*Como se sente, Muna?* -perguntou a enfermeira com um tom afetuoso.

-*Mais ou menos igual, enfermeira... A dor é muito semelhante à desta manhã, como cólicas menstruais...* -respondeu ela, acomodando-se no cadeirão-. *Ainda não sinto grandes mudanças nem sinto necessidade de fazer nada ao respeito.*

Após ouvirem a sua avaliação e confirmarem que tinham decorrido quatro horas desde a primeira dose, informaram à Muna de que, de acordo com o protocolo habitual, estava na altura de lhe administrarem a segunda dose de misoprostol por via vaginal, se necessário. Muna acenou com a cabeça, manifestando verbalmente a sua disposição para continuar com o processo. Ao realizar o exame vaginal, a EE-ESMO verificou que o colo do útero ainda estava posterior, o que confirmava a necessidade de administrar a segunda dose de misoprostol nesse momento.

Após a administração da segunda dose, a estudante de EE-ESMO sentou-se ao lado de Muna por alguns minutos e, com voz cálida, informou-a de que a mudança de turno ocorreria em breve:

-Muna, daqui a alguns minutos mudaremos de turno. Anotámos tudo o que foi acordado no seu plano e as nossas colegas já estão a par disso. Elas continuarão a acompanhá-la conforme planeado. Queremos dizer-lhe que foi um prazer conhecê-la e desejamos que tudo corra da melhor forma possível.

Muna olhou para elas com emoção contida. Após um momento de silêncio, disse num sussurro:

-Obrigada...de verdade. Sempre me lembrarei do vosso cuidado... -disse a Muna, colocando a mão no coração.

As duas profissionais receberam o gesto com ternura, partilhando um sorriso sincero que pôs fim ao encontro.

A partir deste último contacto com a Muna, e seguindo o estabelecido no Regulamento n.º 391/2019, destaca-se o desenvolvimento da competência 2.2.9, ao *identificar e monitorizar o trabalho de abortamento* (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Esta competência refletiu-se na avaliação contínua de Muna, na identificação de sinais clínicos de progressão do trabalho de abortamento induzido e na tomada de decisões fundamentadas para dar continuidade ao protocolo com segurança e sensibilidade.

Para além deste momento específico, e considerando o acompanhamento realizado a Muna na sua totalidade, bem como outros casos semelhantes vividos durante o estágio, é importante destacar o desenvolvimento transversal de várias competências do domínio 2.3, ao *providenciar cuidados à mulher e facilitar a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento*. Em particular, destaca-se a competência 2.3.4, uma vez que ao longo do estágio foi essencial *cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante*, especialmente profissionais de medicina e psicologia perinatal, com o objetivo comum de garantir uma assistência integral de qualidade diante de situações clínicas emocionalmente complexas. Da mesma forma, também se mobilizou a competência 2.3.8, *ao conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento* (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Por fim, olhando para o caso de uma perspetiva mais global, reconhece-se que estes tipos de experiências representaram não só uma oportunidade para consolidar e desenvolver competências, mas também para refletir profundamente sobre o mandato social da EE-ESMO como figura-chave na assistência a mulheres e famílias que atravessam processos de luto perinatal. Ao longo do estágio, tive a oportunidade de acompanhar diversas situações de luto perinatal num ambiente clínico que me proporcionou uma aprendizagem muito valiosa e coerente com os conhecimentos teóricos adquiridos durante o primeiro ano do mestrado. Senti-me especialmente grata por ter feito parte de uma equipa sensível, respeitosa e empenhada em prestar cuidados sensíveis e especializados em contextos de luto perinatal. No entanto, estou ciente de que esta realidade não é a norma em todos os serviços de saúde. Muitas vezes, o luto perinatal continua a ser abordado como mais uma rotina obstétrica, sem o devido acompanhamento emocional. Nesses casos, podem ocorrer formas de “conspiração do silêncio”, em que o sofrimento das famílias fica invisível, devido à falta de formação específica e programas adequados, ou à dificuldade de muitos profissionais em lidar com situações emocionalmente complexas. A

literatura científica destaca que comentários insensíveis, atitudes de evasão ou falta de validação emocional podem intensificar o sofrimento e deixar uma marca duradoura nas famílias (Cacciatore, 2013; Lafarge et al., 2017). Por outro lado, o suporte especializado e os cuidados empáticos e personalizados são reconhecidos como profundamente significativos e podem facilitar um processo de luto mais saudável (Gold et al., 2016; Robinson, 2014). Estas experiências reforçaram em mim a importância de continuar a desenvolver e a promover competências específicas e especializadas neste domínio, enquanto parte essencial do mandato social das EE-ESMO.

3.2. FACILITAR O TRABALHO DE PARTO: INDUÇÃO MECÂNICA E CUIDADOS ESPECIALIZADOS AJUSTADOS À MULHER

A Olga é uma mulher de 32 anos que foi admitida no bloco de partos para indução do trabalho de parto por gravidez a termo (41+2 semanas). Uma semana antes do dia da admissão, foi-lhe proposta a indução farmacológica do trabalho de parto pelo mesmo motivo. No entanto, ela recusou a proposta, manifestando o desejo de aguardar mais uma semana para iniciar o trabalho de parto espontaneamente.

No dia da admissão, encontrava-se com 41+2 semanas, saudável e sem conhecimento de alergias. Estava acompanhada pelo Tiago e ia nascer a Sofia. Quanto ao índice obstétrico, tratava-se de uma segunda gravidez. Apresentava um parto eutócico há 3 anos que ocorreu nesta mesma instituição. O seu grupo sanguíneo é A+ e o teste de streptococo beta-hemolítico do grupo B deu negativo. A bolsa amniótica estava íntegra. A Olga verbalizou que percebia o padrão habitual de movimentos da Sofia. Não frequentou intervenções em grupo de preparação para o parto nem apresentou plano de parto nesta gravidez. No entanto, verbalizou não querer que lhe fossem sugeridas estratégias farmacológicas para lidar com a dor. Quanto à dieta, era vegana, tendo feito suplementação de vitamina B12 antes e durante a gravidez, bem como ácido fólico e ferro durante a gravidez. Pretendia amamentar a Sofia e amamentou a sua primeira filha até esta ter dois anos de idade.

No momento da admissão, apresentava 1 cm de dilatação e colo inteiro, em posição intermédia e com consistência média. A Sofia encontrava-se em apresentação cefálica, acima do primeiro plano. No que diz respeito à monitorização do bem-estar fetal, o registo cardiotocográfico (RCTG) registou uma contratilidade irregular (2 contrações em 30 minutos), percebida pela Olga como não dolorosa, com uma frequência cardíaca fetal (FCF) de 135 batimentos por minuto (bpm), com acelerações e variabilidade normal entre 5 e 25 bpm. Dadas as características do colo e a preferência da Olga por métodos não

farmacológicos, foi decidido com a equipa médica induzir o trabalho de parto de forma mecânica com um balão de Cook.

Não há consenso sobre como definir o início do trabalho de parto. O momento em que este tem início é quase indetetável. Segundo a *OMS* (2022), este é definido pela presença de contrações uterinas regulares (uma contração dolorosa a cada 8-10 minutos ou duas contrações a cada 10 minutos) e pelo valor da dilatação cervical, que é utilizado para definir o início da fase latente. O trabalho de parto caracteriza-se por contrações uterinas regulares, progressivamente mais longas, mais intensas e com intervalos mais curtos entre elas (pelo menos dois destes critérios), com progressão simultânea da dilatação cervical. Além das contrações, a mulher pode também sentir: aumento da intensidade da dor abdominal, dor nas costas, alívio da dor ao andar, vômitos, alteração do padrão de eliminação intestinal nas 24 horas anteriores e alteração do padrão de respiração e da posição corporal durante a contração (Cardoso, Aires, et al., 2023). Com base nessas informações, pode-se concluir que, quando foi admitida, a Olga não estava em trabalho de parto.

O balão de Cook, também designado por "balão cervical duplo de Foley", é um dispositivo mecânico concebido para amadurecer o colo do útero por meio de pressão física. Consiste num cateter com dois balões que é introduzido através do colo do útero. Os dois balões, um intracervical e outro vaginal, são posteriormente insuflados, exercendo pressão sobre o colo do útero. Esta pressão estimula a libertação local de prostaglandinas, facilitando a dilatação do colo do útero. Após a colocação correta, a extremidade proximal do tubo do cateter é fixada com fita adesiva à parte interna da coxa da mulher, deixando espaço suficiente para esta poder esticar confortavelmente a perna e movimentar-se. Entre as vantagens do balão de Cook, destaca-se o baixo risco de hiperestimulação uterina, fundamental para a segurança fetal, quando comparado com métodos farmacológicos, como o misoprostol ou a dinoprostona (de Vaan et al., 2023). Além disso, a *OMS* e a *FIGO* incluem o balão de Cook entre os métodos de eleição para a maturação cervical. Vários estudos concluíram que os agentes mecânicos de maturação cervical, nomeadamente o

balão de Cook, são tão eficazes quanto os agentes farmacológicos, como o misoprostol e o gel de prostaglandina, na maturação do colo do útero (Sanchez-Ramos et al., 2024). Este método é especialmente útil quando é necessário evitar a hiperestimulação uterina, por exemplo, após uma cesariana anterior. Também é considerado para utilização quando a mulher o prefere, seja porque deseja evitar métodos farmacológicos, seja porque teve uma experiência positiva anterior com este dispositivo (Liu et al., 2019).

Segundo a *Intrapartum Fetal Monitoring Guideline (IPFMG, 2020)*, a monitorização eletrónica fetal contínua em mulheres de baixo risco tem sido associada a um maior intervencionismo sem melhorar os resultados perinatais. A auscultação intermitente deve ser oferecida e recomendada a mulheres saudáveis com uma gravidez de baixo risco, a fim de monitorizar o bem-estar fetal. As mulheres devem ser devidamente informadas sobre os riscos e os benefícios da auscultação intermitente e da monitorização eletrónica fetal contínua.

De acordo com a *Outpatient pre-induction cervical ripening management guidelines (2023)* antes da inserção do balão, é recomendável realizar um RCTG durante pelo menos 20 a 30 minutos, com o objetivo de avaliar o bem-estar fetal prévio e descartar sinais de sofrimento fetal. Da mesma forma, após a colocação do balão, recomenda-se continuar a monitorização durante um período de 30 minutos a uma hora, a fim de observar possíveis efeitos adversos imediatos, embora estes sejam pouco frequentes quando são utilizados métodos mecânicos. Se não for detetada atividade uterina significativa e não existirem fatores de risco adicionais, a vigilância fetal pode ser efetuada de forma intermitente. Esta pode consistir em auscultações periódicas com Doppler ou em RCTG breves intermitentes.

Em mulheres com um baixo índice de Bishop, a indução do trabalho de parto é geralmente precedida por uma maturação do colo do útero com métodos mecânicos ou farmacológicos, como no caso de Olga, com a utilização do balão de Cook. Tradicionalmente, estas mulheres são internadas no hospital. No entanto, segundo a *American College of Obstetricians and Gynecologists*

(ACOG, 2016), a segurança e a eficácia da maturação mecânica ambulatoria com o balão de Cook foram estudadas e consideradas adequadas para mulheres selecionadas. A segurança da maturação ambulatoria com o balão de Cook foi comprovada após a revisão de mais de 1900 registos, sem que tenha sido identificado qualquer evento adverso. Além disso, não foram encontradas diferenças na mudança média da pontuação do Bishop entre a maturação hospitalar e a ambulatoria. Estes factos reforçam a ideia de que a monitorização intermitente pode ser adequada e suficiente em mulheres saudáveis com gravidezes a termo que são internadas para serem induzidas com o balão de Cook.

No caso de Olga, antes da inserção do balão, foi realizado um RCTG basal durante 30 minutos, o qual foi classificado como normal. Para iniciar o registo, realizaram-se as manobras de Leopold para localizar o dorso fetal, o ponto de máxima capacidade de auscultar a FCF. Da mesma forma, após a colocação do balão, foi realizado outro RCTG de uma hora, mantendo-se o padrão de resposta fetal anterior. A partir daí, a equipa das EE-ESMO planeou realizar RCTG de 20 minutos de duas em duas horas, enquanto tudo se mantivesse dentro dos parâmetros fisiológicos e não houvesse indícios de início do trabalho de parto. A Olga e o Tiago aceitaram o plano de monitorização acordado. Foi-lhes explicado que deveriam notificar a equipa das EE-ESMO em caso de sangramento vaginal, rotura das membranas, contrações uterinas dolorosas a cada 5 minutos ou menos, desconforto abdominal intenso ou diminuição do padrão habitual de movimentos da Sofia. Pode concluir-se que a abordagem proposta em relação à monitorização fetal da Olga foi adequada e baseada nas atuais evidências científicas. Após a colocação do dispositivo, o RCTG manteve a padrão de resposta fetal anterior, tendo sido registadas apenas quatro contrações em 60 minutos, que a Olga referiu não serem dolorosas, mantendo-se o critério clínico de que Olga estava em ausência de trabalho de parto. De acordo com o Regulamento n.º 391/2019, compete às EE-ESMO *identificar e monitorizar* o início e a evolução do *trabalho de parto* (3.2.1), bem como *identificar e monitorizar* o bem-estar *materno-fetal durante o trabalho de*

parto e o parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação (3.2.3) (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Por volta das 11h desse dia, a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO, após verificarem a normalidade do RCTG e a ausência de sinais de trabalho de parto, foram ao quarto da Olga para retirar as sondas e as fitas da monitorização eletrónica fetal contínua.

Enquanto deixavam as sondas removidas e dobradas no monitor, observaram que Olga tocava na barriga e dizia, sussurrando e com um sorriso: *-Muito bem, Sofia, estamos a ir muito bem-*. Em seguida, Tiago aproximou-se mais da Olga, tocou-lhe na barriga, deu-lhe um beijo e disse-lhe: *-A nossa filha é a melhor, somos uma grande equipa-*. Ambos se olharam, sorrindo. De acordo com os PQCEESMO, a ligação mãe/pai-filho é um foco de atenção fundamental no âmbito dos cuidados especializados em ESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2021). A EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO constaram **“Comportamentos de ligação efetivos entre mãe/pai-filha”**.

-Enfermeira, para além do balão que me colocaram, há mais alguma coisa que eu possa fazer para ajudar o meu corpo a progredir para o trabalho de parto?
-Perguntou, levando a mão à barriga. -Sou advogada e, no último mês, estive muito stressada com um julgamento importante que tive de preparar. Não tinha tempo para nada...até deixei de ir às aulas de ioga para grávidas, que adorava. E sei que o stresse não é um bom aliado do parto.

A enfermeira respondeu:

-Obrigada por partilhar isto, Olga. De facto, o stresse prolongado pode ter um impacto significativo no corpo, especialmente no final da gravidez. Está comprovado que níveis elevados de cortisol e adrenalina (as hormonas do stresse) podem interferir com a produção natural de ocitocina, a hormona responsável por desencadear as contrações uterinas. Quando o sistema nervoso está em alerta constante, como acontece em situações de pressão laboral, o corpo interpreta que não é um momento seguro para progredir para o parto. Trata-se de um mecanismo biológico de proteção.

A Olga e o Tiago acenavam com a cabeça e ouviam com atenção. Tendo em conta as preferências da Olga por estratégias não farmacológicas e o seu gosto pelo ioga, a enfermeira propôs o seguinte:

-Se quiser, podemos pôr em prática alguns exercícios de biomecânica e rebozo adaptados a este momento, que a ajudarão a relaxar o corpo. Estes exercícios podem ajudar-nos especialmente a libertar as tensões acumuladas na zona do diafragma, do abdómen e da pelve, facilitando assim que o seu corpo encontre o caminho para progredir para o trabalho parto.

-Sim, acho que pode ser bom para mim, enfermeira. Vi vídeos sobre esses exercícios, que podem ajudar no trabalho de parto, mas nunca fiz. Gostaria de fazer. -disse a Olga, sorrindo (evidência de disponibilidade).

Conforme descrito no *Guia orientador de Boas Práticas: Preparação para o Parto (GoBP: PpP, 2023)*, o trabalho de parto constitui um processo corporal que envolve uma dimensão psiconeuroendócrina e social, correspondendo, por conseguinte, a um evento crítico da transição associada com o tornar-se mãe e/ou o tornar-se pai. Ainda que se trate de um processo biológico da mulher, as respostas a este processo são pessoais e únicas. Está demonstrado que uma resposta ao stresse elevado durante a gravidez pode atrasar ou dificultar o trabalho de parto. A ativação sustentada do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal provoca um aumento dos níveis de cortisol e de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), o que aumenta a vasoconstrição uterina e reduz o fluxo sanguíneo para o útero e o colo do útero. Tal tem um impacto negativo na maturação cervical e na atividade contrátil necessária para progredir para o parto (Buckley, 2015; Jeličić et al., 2022; Walter et al., 2021). Desta forma, as respostas fisiológicas ao stresse afetam o tecido muscular. O stresse crónico aumenta o tónus e a tensão muscular, podendo dificultar o trabalho de parto. A tensão na musculatura abdominopélvica está diretamente relacionada com contrações menos eficazes e tecidos cervicais mais rígidos, dificultando o trabalho de parto (Biana et al., 2021).

A biomecânica do parto baseia-se numa série de exercícios específicos destinados ao relaxamento e/ou ativação muscular, de modo a preparar o corpo nas últimas semanas da gravidez e facilitar o trabalho de parto. Os alongamentos abdominais e pélvicos guiados, o rebozo e os movimentos suaves em sincronia com uma respiração consciente permitem relaxar a musculatura, aliviar as tensões ligamentares e melhorar a mobilidade da pelve. Estas manobras cumprem várias funções: aumentam a hidratação do tecido fascial e melhoram a circulação, o que favorece a secreção de ocitocina e uma melhor resposta contrátil; regulam o tônus muscular involuntário, especialmente na região lombar, ancas e períneo, favorecendo a circulação local e uma maturação cervical mais eficiente; e otimizam o alinhamento fetal dentro da pelve, facilitando a rotação e descida do feto (Myers & Elad, 2017; Spinning Babies, 2024).

No caso da Olga, uma advogada que, no último mês da gravidez, enfrentou um julgamento complexo e manteve uma elevada carga mental, a implementação de estratégias biomecânicas pode ser relevante. Estas estratégias podem facilitar o trabalho de parto sem recorrer a agentes farmacológicos, promovendo a fisiologia do processo e reforçando a sensação de empoderamento sobre o próprio corpo. Desta forma, estas intervenções não atuam apenas sobre o componente físico, mas também sobre o componente emocional, promovendo uma resposta psicossomática positiva (Abera et al., 2024).

Perante o conhecimento de Olga sobre estas estratégias e a sua disposição para as colocar em prática, foi formulado o diagnóstico ***“Potencial para melhorar a capacidade da Olga para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto”***. Objetivou-se ***facilitar o trabalho de parto da Olga, recorrendo a estratégias não farmacológicas*** que, combinadas com o efeito mecânico do balão de Cook, favoreceriam o progresso para o trabalho de parto. Foram propostas as intervenções de ***instruir, treinar e assistir no uso da biomecânica e do rebozo como estratégias de relaxamento e ativação facilitadoras do trabalho de parto***, além de ***envolver a pessoa significativa*** durante a realização das mesmas. O que foi concretizado a través de

alongamentos, posições e sequências destinadas, em primeiro lugar, a relaxar as diferentes estruturas músculo-ligamentares e esqueléticas envolvidas no trabalho de parto e que podem ter acumulado tensão emocional; em segundo lugar, uma vez relaxadas, ativá-las para facilitar o trabalho de parto.

Assim, realizou-se um primeiro bloco de exercícios destinados ao relaxamento e um segundo bloco destinado à ativação. Foi enfatizada a importância de a respiração da Olga guiar o ritmo e a intensidade de cada exercício, lembrando-lhe que ouvir o seu corpo com atenção lhe permitiria reconhecer os seus limites e necessidades naquele momento. Nesse sentido, foi-lhe sugerido que tentasse deixar de lado qualquer exigência e se conectasse com o seu corpo a partir de um lugar compassivo, promotor de segurança e bem-estar. Durante a intervenção, a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO assistiram a cada um dos exercícios como se estivessem a guiar uma dança pausada com a Olga, priorizando o toque em vez da instrução verbal. Esta escolha respondia à intenção de minimizar a ativação do neocórtex, favorecendo um estado de entrega corporal mais profundo e alinhado com a fisiologia do parto (Odent, 2016). Durante a prática, a estudante de EE-ESMO ficou responsável por **envolver o Tiago**, oferecendo-lhe orientações simples para que este pudesse colaborar ativamente, seja segurando a Olga durante alguns exercícios, seja acompanhando a sua respiração com a dele. A certa altura, o Tiago sugeriu colocar uma lista de reprodução de música clássica relaxante que ambos tinham preparado em casa. A proposta foi bem recebida pela Olga, que acenou com um sorriso, e as profissionais elogiaram a iniciativa, valorizando o efeito positivo que esta poderia ter no ambiente, caso Olga assim o desejasse.

Começou-se o primeiro bloco de exercícios destinados ao relaxamento com alongamentos suaves da parte superior do tronco. Com a orientação verbal mínima da EE-ESMO, Olga adotou a posição para alongar os músculos intercostais e o dorsal largo: em pé, com uma mão na anca e a outra estendida acima da cabeça, inclinou lentamente o corpo para o lado oposto. Em seguida, Olga foi convidada a sentar-se na bola de pilates para realizar o alongamento do diafragma, deixando-se cair suavemente para a frente, apoiando o tronco

na bola. A EE-ESMO acompanhou este gesto aplicando uma tração suave dos seus braços para cima. Ao terminar, a Olga abriu os olhos lentamente e murmurou:

-Isto fez-me sentir como se tivesse tirado um peso de cima de mim...

A intervenção prosseguiu com o relaxamento da região lombar na posição de quatro apoios. A Olga esticou os braços sobre a bola de pilates e deixou-se guiar de um lado para o outro, permitindo um alongamento suave da musculatura paravertebral. Durante o exercício, observou-se que a sua respiração se tornava mais lenta e profunda. Posteriormente, foi realizada uma flexão lombar com contrapeso, assistida pela estudante de EE-ESMO. Nesse momento, a estudante de EE-ESMO verbalizou, com voz tranquila:

-Relaxe o cóccix, imagine que ele se esconde suavemente para dentro...

Também foi assistido o alongamento do psoas em decúbito supino, na beira da cama. Uma perna foi deixada cair passivamente, enquanto a outra permaneceu flexionada sobre o abdómen. A Olga suspirou e comentou que sentia a libertação de zonas que *"nem sabia que estavam tensas"*.

Em seguida, foi realizada a libertação lateral (Side-Lying Release). Com a Olga deitada em decúbito lateral e a perna superior pendurada para fora da cama, a estudante de EE-ESMO ajudou a manter o alinhamento corporal, aplicando simultaneamente pressões suaves sobre o sacro e vibrações sobre o trocânter. Durante este exercício, e com o consentimento da Olga, foram massageadas delicadamente as zonas anatómicas relacionadas com o diafragma, os ligamentos uterinos (ligamentos redondos e ligamento largo) e o psoas. Esta atividade foi particularmente significativa para a Olga, que permaneceu em silêncio, de olhos fechados e com uma expressão de entrega à experiência. Segundo Pardos (2014), este tipo de intervenções permitem desbloquear zonas-chave de tensão corporal associadas ao stresse acumulado, facilitando uma pelve mais móvel e tecidos mais recetivos ao trabalho de parto.

A intervenção terminou com a utilização do rebozo. Primeiro, aplicaram-se movimentos de balanço com o lenço firmemente preso sobre a pelve, na posição

de quatro apoios. Em seguida, o rebozo foi aplicado sobre as pernas, gerando uma vibração constante que pretendia induzir um relaxamento ainda mais profundo. Estudos recentes demonstram que a utilização do rebozo melhora o bem-estar emocional e pode influenciar positivamente o trabalho de parto, sobretudo quando utilizado como ferramenta de relaxamento corporal e emocional (Cohen & Thomas, 2015; Iversen et al., 2017).

Uma vez finalizada a intervenção, o quarto mantinha um clima de serenidade. A Olga agradeceu com um sorriso e comentou:

-Sinto que agora o meu corpo respira de outra maneira...

Tanto a EE-ESMO como a estudante de EE-ESMO partilharam a perceção de que a Olga tinha transitado para um estado de maior relaxamento corporal e emocional, o que poderia favorecer significativamente a resposta do organismo aos estímulos mecânicos do balão de Cook e a progressão fisiológica do processo. Este tipo de intervenções, centradas na modulação do tónus muscular e na consciência corporal, estão alinhadas com os princípios da biomecânica aplicada ao parto e com as atuais evidências sobre a influência do estado psicoemocional na fisiologia do trabalho de parto (Desseauve et al., 2017; Doñate Cuartero et al., 2022).

De acordo com o Regulamento n.º 391/2019, neste encontro foram desenvolvidas as competências 3.1.1, *ao atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado*; a 3.1.3, *ao conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos*; e a 3.2.5, *ao conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto* (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Às 15h, a EE-ESMO e a estudante da EE-ESMO voltaram para retirar as sondas e as fitas do último RCTG realizado de acordo com a frequência inicial planeada. O RCTG mostrou uma contratilidade irregular percebida pela Olga como não

dolorosa, com uma FCF basal de 135 bpm, com acelerações e variabilidade normal entre 5 e 25 bpm.

-Enfermeira, as contrações continuam bastante espaçadas e não são dolorosas. Como saber se isto está a progredir?

Após ouvirem as suas preocupações, a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO identificaram um foco de intervenção relacionado com a melhoria dos conhecimentos da Olga e do Tiago sobre o trabalho de parto, tendo formulado o diagnóstico ***“Potencial para melhorar o conhecimento sobre o trabalho de parto”***. Considerando que o conhecimento sobre o trabalho de parto pode promover a compreensão, por parte das mulheres, do processo e das possíveis sensações (Cardoso, Aires, et al., 2023), com a intervenção ***ensinar sobre o trabalho de parto*** pretendeu-se que a Olga e o Tiago foram capazes de: ***reconhecer o padrão das contrações e os aspetos a considerar para reconhecer a sua progressão.***

A atividade proposta, que concretizou a intervenção, foi ***explicar como reconhecer o padrão das contrações e os aspetos a considerar para reconhecer a sua progressão:***

-À medida que o trabalho de parto evolui, é possível observar um padrão variável das contrações e das pausas. A ação contrátil do útero intensifica-se progressivamente desde o começo do trabalho de parto até ao período pós-parto, e na generalidade dos casos apenas requer tempo e serenidade para realizar a sua função. Para reconhecerem essa progressão, podem observar se as contrações se tornam mais longas, mais intensas ou mais frequentes.

Depois, voltou-se para o Tiago e, com um sorriso cúmplice, propôs-lhe:

-Tiago, se quiser, pode anotar o tempo que passa entre as contrações, a sua duração ou a forma como a Olga as sente. Por vezes, esses pequenos registos ajudam-nos a perceber que o corpo está a progredir, mesmo que seja devagar.

-Também podem prestar atenção a como a Olga se sente entre as contrações: se é mais desafiante relaxar, se o seu corpo começa a procurar novas posições

por si só ou se sente a necessidade de se mover de forma diferente. São sinais que nos indicam que algo está a mudar. -Acrescentou a estudante de EE-ESMO.

A Olga e o Tiago ouviam com interesse.

-E lembrem-se, se em algum momento perceberem que as contrações mudam, por exemplo, se ficarem mais intensas ou começarem a ocorrer a cada cinco minutos ou menos, não hesitem em nos informar. Embora estejamos atentas e monitorizemos regularmente como está tudo, tanto através de registos cardiotocográficos intermitentes como observando outros aspetos, a vossa perceção do que sentem ou observam é muito valiosa.

Envolver a pessoa significativa durante a gravidez, o trabalho de parto e o período pós-parto imediato fortalece a ligação com o bebé e consolida o papel parental. As atividades que concretizam esta intervenção favorecem o processo de ligação e facilitam a transição de um papel inicialmente "abstrato" para uma participação ativa. Além disso, um maior envolvimento da pessoa significativa (participação em consultas pré-natais, presença no parto e prestação de cuidados pós-parto) está associado a uma menor gravidade dos sintomas maternos de trauma pós-parto às seis semanas, ao passo que um envolvimento reduzido está associado a uma adaptação menos favorável. Em suma, os benefícios de integrar a pessoa significativa são múltiplos: reforçam o sentimento de pertença, a participação parental e a ligação com o bebé; e atuam como um fator protetor da saúde mental materna (de Waal et al., 2025; Li et al., 2025).

A estudante de EE-ESMO e a EE-ESMO propuseram a Olga continuar com o segundo bloco de exercícios, desta vez orientados para a ativação muscular, ao que Olga respondeu com entusiasmo, acenando com energia (evidência de disponibilidade).

A estudante de EE-ESMO lembrou-lhe que, embora os exercícios fossem de ativação, estes deveriam continuar a ser confortáveis, uma vez que se pretendia manter o estado de relaxamento previamente alcançado. Encorajou a ouvir o seu corpo, respeitar os seus próprios limites e marcar o ritmo e a

intensidade de cada movimento. Para este segundo bloco, foram selecionados exercícios que não implicassem um aumento significativo da pressão abdominal, a fim de evitar possíveis deslocamentos do balão de Cook.

Assim, a sequência começou com exercícios na bola de pilates: a Olga, sentada sobre a bola, com os pés firmemente apoiados no chão, realizou rotações pélvicas suaves para ambos os lados. A EE-ESMO sugeriu que mantivesse as costas direitas e alongasse a coluna, concentrando o movimento exclusivamente na pelve. Em seguida, foi guiada a fazer retroversões pélvicas, acompanhadas de respirações profundas, como se estivesse a abraçar simbolicamente a Sofia em cada expiração.

Depois, no colchão, a estudante de EE-ESMO orientou-a para realizar os movimentos de alongamento e retração com a bola, aproximando e afastando o tronco em coordenação com a respiração. De seguida, a Olga deitou-se sobre a bola e, em sincronia com a música suave que o Tiago tinha no telemóvel, balançou o corpo lentamente de um lado para o outro.

A seguir, sentou-se no chão com as costas apoiadas na bola e fez balanços pélvicos num ritmo calmo. Por fim, com a ajuda da EE-ESMO, fez um agachamento e avançou lentamente com as mãos no chão, dando passos alternados. Apesar do esforço, a Olga mantinha uma expressão calma.

Por fim, foi assistida a técnica do rebozo em pé, com as costas apoiadas na parede. Com o lenço colocado à altura da pelve, a EE-ESMO realizou um movimento rítmico e enérgico, que Olga descreveu como libertador. Durante a técnica de ativação com rebozo, foi pedido a Olga que avisasse caso sentisse alguma contração, dado que este tipo de mobilização pélvica é recomendado durante os períodos de relaxamento uterino (Cebrián Rodríguez et al., 2022).

Terminada a sequência, a EE-ESMO sugeriu a Olga que descansasse e recuperasse energias. A Olga deitou-se sobre o lado esquerdo, abraçada a uma almofada, enquanto o Tiago se acomodava ao seu lado, com uma das mãos sobre a barriga da Olga. Intervenções como estas, concebidas para mobilizar e estimular de forma respeitosa as estruturas musculoesqueléticas do tronco e da

pelve, podem facilitar o trabalho de parto, respeitando a fisiologia e o bem-estar da mulher (Desseauve et al., 2017; Doñate Cuartero et al., 2022; Lafuente Pardos, 2014).

Às 18 horas, o Tiago tocou à campainha. Ao entrar no quarto, a Olga estava sentada sobre a bola de pilates, a vocalizar enquanto passava por uma contração. O Tiago explicou que tinha contado três contrações a cada dez minutos durante a última meia hora. No final da contração, a Olga levantou-se para beber água e, com um gesto de surpresa, disse:

-Olha! Acho que o balão saiu do sítio, enfermeira...Sinto muita pressão aqui em baixo...

A enfermeira sugeriu que se deitasse na cama para avaliar a situação e constatou-se, de facto, a expulsão espontânea do balão de Cook. Após obter o consentimento da Olga, foi realizado um exame vaginal. A Sofia estava em apresentação cefálica, acima do primeiro plano, com colo em posição intermédia, com consistência mole, com 4 cm de dilatação e 30% de extinção.

Tanto a Olga como o Tiago receberam a notícia com entusiasmo. Acariciando suavemente o abdómen, disseram à filha:

- Sofia, já estás a caminho...

Com estes achados, foi formulado o diagnóstico **“Trabalho de parto”**, de acordo com os critérios estabelecidos no serviço (a partir dos 4 cm de dilatação). O primeiro estágio do trabalho de parto corresponde ao período de dilatação do colo do útero, desde o início das contrações regulares até à dilatação completa. Este estágio é subdividido em duas fases: a fase latente, que ocorre até à dilatação de 4 a 6 cm, e a fase ativa, que abrange desde os 4 a 6 cm até à dilatação completa

A IPFMG (2020) destaca a necessidade de atenção às mudanças entre os diferentes estádios e as diferentes fases do trabalho de parto e de ajustar a frequência da monitorização de acordo com estas mudanças. No primeiro estágio e na fase passiva do segundo estágio do trabalho de parto, a FCF deve

ser auscultada imediatamente após uma contração, durante pelo menos um minuto, e a cada 15 minutos. A partir deste momento e com o consentimento da Olga e o Tiago, a frequência de auscultação da FCF de Sofia aumentou para cada 15 minutos, seguindo as diretrizes atuais.

Relativamente à dor do trabalho de parto, a Olga apresentava dor associada à contração uterina, referida pela parturiente como tendo uma intensidade moderada. Foi-lhe questionado se queria usar alguma das estratégias não farmacológicas disponíveis no serviço para lidar com a dor, tendo ela respondido que, para já, conseguia gerir a dor com a respiração e o uso da bola de pilates. Concluiu-se ***“Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas facilitadora”***.

Conforme estabelecido no *GoBP: PpP*, o paradigma de "lidar com a dor" é fundamentado no princípio que reconhece a dor como uma componente fisiológica intrínseca ao processo do parto. Quando as mulheres beneficiam de uma preparação adequada e de um apoio apropriado, o organismo produz substâncias analgésicas endógenas que as ajudam a lidar com a dor do trabalho de parto. A prática de "trabalhar" com a dor durante o trabalho de parto pode fazer com que uma profunda sensação de satisfação seja desencadeada nas mulheres, aumentando a sensação de competência e confiança em enfrentar os desafios do papel de mãe. Com o apoio adequado, num ambiente de segurança e a fisiologia neuro-hormonal, normalmente as mulheres tem os recursos internos necessários para viver o parto de forma positiva. Neste paradigma, a dor do trabalho de parto é determinante no processo fisiológico, uma vez que é responsável pela produção de hormonas como as endorfinas e a ocitocina, que atuam como hormonas opióides endógenas (Cardoso, Aires, et al., 2023).

As principais estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto que a equipa de EE-ESMO promove e oferece no serviço são as seguintes: alternância de posições, deambulação, bola de pilates, respiração, aplicar calor/frio na região lombo-sagrada, massajar a região lombo-sagrada, assistir o uso da hidroterapia, a pressão dupla da anca, gerir o ambiente físico

para promover relaxamento (luz ténue, musicoterapia...) e envolver a pessoa significativa.

A estudante da EE-ESMO aguardou que a contração que a Olga estava a sentir passasse e então disse-lhe:

-Olga, o bolão de Cook pode ter feito com que a cabeça da Sofia subisse um pouco, -disse a estudante de EE-ESMO, gesticulando- se o facto de estar na bola a ajuda a lidar com as contrações, também pode ser útil agora para aproveitar a gravidade e favorecer uma boa abertura da pelve. Assim, facilitamos que a cabeça da Sofia se apoie no colo do seu útero, o que ajuda ao trabalho de parto progredir.

A evidência sobre a autoeficácia para lidar com a dor do trabalho de parto e para utilizar estratégias que facilitem a evolução do trabalho de parto sugere que as posições verticais e a mobilidade ativa durante o trabalho de parto, como a esferodinamia, podem favorecer a descida da apresentação fetal e melhorar o encaixe. Estas estratégias aproveitam a ação da gravidade e promovem uma maior abertura da pelve de entrada, facilitando o contacto da apresentação com o colo do útero e favorecendo a progressão do parto (Desseauve et al., 2017; Doñate Cuartero et al., 2022). Por isso, quando o balão é retirado ou expulsado espontaneamente, é recomendável implementar estratégias que promovam o apoio da apresentação fetal sobre o colo do útero (Diguisto et al., 2021).

Às 19h, a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO entraram no quarto de Olga para avaliar o que se ia fazer a seguir no processo de indução. A EE-ESMO propôs a possibilidade de realizar a rotura artificial das membranas, com o objetivo de favorecer a progressão do trabalho de parto.

A Olga, que estava sentada na bola, respondeu:

-Prefiro pensar um pouco antes de decidir, enfermeira.

A amniotomia ou rotura artificial das membranas tem sido utilizada isoladamente ou como complemento para a maturação cervical, indução e/ou aceleração do trabalho de parto em mulheres com colo uterino favorável. No ensaio clínico randomizado (ECR) de Macones et al. (2012), as mulheres nulíparas designadas para amniotomia precoce tiveram um tempo de parto reduzido em aproximadamente 2 horas menos após 24 horas. Uma meta-análise posterior de 7 ECR e 1775 mulheres chegou a conclusões semelhantes (Kim et al., 2019). De acordo com os resultados de outra meta-análise, em comparação com outros agentes, a combinação de amniotomia com ocitocina IV reduziu significativamente o risco de não conseguir um parto vaginal dentro de 24 horas (Alfirevic et al., 2016). No entanto, os efeitos adversos incluíram prolapso do cordão umbilical, corioamnionite, intervalo prolongado até ao parto e desconforto materno (Sanchez-Ramos et al., 2024).

A estudante de EE-ESMO, depois de ouvir e validar a resposta da Olga, sugeriu-lhe uma ferramenta que poderia ajudá-la a tomar a decisão de forma consciente e alinhada com as suas preferências. Pegou num papel em branco para escrever as cinco letras que formam a palavra BRAIN, explicando o significado de cada uma e o seu contributo para a tomada de decisão:

B - Benefícios: Quais seriam os benefícios desta intervenção?

R - Riscos: Quais os riscos que ela pode acarretar?

A - Alternativas: Existem outras opções possíveis?

I - Intuição: para onde é que a minha intuição me leva?

N - Não fazer nada: O que aconteceria se não fizesse nada?

A estudante de EE-ESMO ofereceu-lhe o papel, convidando-a a refletir sobre cada aspeto. A estudante e a EE-ESMO responderam às suas perguntas com informações atualizadas e adaptadas às suas necessidades.

Perante a situação descrita, foi formulado o diagnóstico ***“Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias facilitadoras da evolução do trabalho de parto: amniotomia”***, com o objetivo de ***facilitar o envolvimento***

da Olga na tomada de decisões com o seu trabalho de parto através da intervenção ensinar sobre amniotomia.

De acordo com o *GoBP:PpP*, facilitar a tomada de decisões livres e esclarecidas faz parte do objetivo das EE-ESMO de promover o empoderamento das mulheres. Este empoderamento reforça a sua autonomia e independência, fazendo com que se sintam capazes de lidar com o trabalho de parto e de utilizar os recursos à sua disposição em cada momento. Deste modo, a sua autodeterminação é reforçada, contribuindo para uma melhor saúde e para uma experiência de parto mais positiva (Cardoso, Aires, et al., 2023).

Poucos minutos antes da mudança do turno, a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO voltaram a entrar no quarto para se despedirem da Olga e o Tiago.

-Olga, Tiago, viemos despedir-nos, daqui a alguns minutos, o nosso turno terminará e uma colega entrará para se apresentar e acompanhá-los durante a noite. Desejamos que tudo corra bem e que a chegada da Sofia seja em conformidade com as vossas expectativas. -Concluiu a estudante de EE-ESMO.

Acompanhar esta família foi uma experiência profundamente gratificante e um exemplo ilustrativo do mandato social que assumimos enquanto EE-ESMO. Este caso evidenciou a importância de centrar o nosso trabalho na promoção e no respeito pela fisiologia do trabalho de parto, atendendo sempre às particularidades de cada mulher. Os *PQCEESMO* salientam que os cuidados especializados em EE-SMO devem orientar-se para a identificação e resposta às necessidades de cuidados centrados nos conhecimentos, capacidades, autoeficácia, significados, consciencialização e disponibilidade para aprender (envolvimento e motivação) relacionados com o autocontrolo no âmbito do trabalho de parto. Assim, a nossa prática profissional deve focar-se na prestação de cuidados à mulher durante o trabalho de parto, garantindo assistência num ambiente seguro, de modo a otimizar a saúde da parturiente e do feto/recém-nascido e a contribuir para uma experiência de parto positiva. Além disso, devemos prestar cuidados à pessoa significativa que acompanha a parturiente, contribuindo para uma experiência positiva de apoio no parto

(Ordem dos Enfermeiros, 2021). Neste sentido, senti que o acompanhamento prestado a Olga, o Tiago e a Sofia, refletiu claramente os cuidados de qualidade que, enquanto EE-ESMO, temos o dever ético e profissional de proporcionar.

3.3. ASSISTIR NO PARTO ESPONTÂNEO: É PRECISO SABER MUITO PARA FAZER POUCO

Título baseado nas palavras da Dra. Alexandrina Cardoso.

A Joana, de 33 anos, foi admitida no serviço de obstetrícia por estar em trabalho de parto. Encontrava-se com 40 semanas e 3 dias, saudável e sem conhecimento de alergias. Estava acompanhada pelo Nuno e ia nascer a Matilde. Quanto ao índice obstétrico, tratava-se da segunda gravidez da Joana após um parto eutócico ocorrido há cinco anos na mesma instituição. O seu grupo sanguíneo é B+ e o teste de streptococo beta-hemolítico do grupo B deu negativo. No dia em questão, há 4 horas, ocorreu a rotura das membranas amnióticas. A Joana verbalizou que percebia o padrão habitual de movimentos da Matilde. Não frequentou as intervenções em grupo de preparação para o parto nesta gravidez.

Apresentaram um plano de parto no qual se destacava o desejo de vivenciar o parto *"da forma mais respeitosa e alinhada possível com a fisiologia do processo"*, não desejando que fosse sugerido à Joana *"o uso de fármacos para lidar com a intensidade do trabalho de parto"*. Assim, escreveram que preferiam que fossem usadas as palavras *"intensidade"* e *"batimento"*, em vez de *"dor"* e *"contração"*, respetivamente. Além disso, desejavam que no quarto se mantivesse um ambiente o mais calmo e silencioso possível, iniciando-se apenas as conversas estritamente necessárias. Quanto ao clampeamento do cordão umbilical, manifestaram o desejo de ser o Nuno a clampá-lo quando este deixasse de pulsar. Por fim, queriam levar a placenta para casa e a Joana desejava amamentar a Matilde.

De acordo com os *PQCEESMO* e o *GoBP:PpP*, o plano de parto é um plano feito pela mulher, e pessoa significativa, para o seu próprio parto, de acordo com os seus valores, crenças e desejos, reconhecendo que cada mulher tem dignidade

própria e direito a decidir por si. O plano de parto é elaborado ao longo da gravidez, à medida que são refletidas e assimiladas, a nível cognitivo e emocional, as implicações de cada uma das possibilidades, podendo ser documentado ou não. A elaboração do plano de parto durante a gravidez tem um impacto positivo no trabalho de parto e nos resultados materno-fetais, permitindo ajustar as expectativas de forma a torná-las o mais realistas possível para a experiência (Cardoso, Aires, et al., 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2021).

No momento da admissão, a Joana apresentava 8 cm de dilatação e 70% de extinção, com o colo do útero em posição anterior e com consistência mole. O líquido amniótico era claro e a sua quantidade era moderada. A Matilde encontrava-se em apresentação cefálica, acima do primeiro plano. No que diz respeito à monitorização do bem-estar fetal, o RCTG registou contrações regulares de 4 em 4 minutos, com uma FCF basal de 140 bpm, com acelerações e variabilidade normais entre os 5 e os 25 bpm.

Quando as EE-ESMO do turno da noite e a estudante de EE-ESMO chegaram ao serviço, as colegas explicaram que, na última avaliação, a Joana apresentava dilatação completa e mantinha as características anteriores do líquido amniótico. A Matilde encontrava-se no mesmo plano e o traçado cardiotocográfico, mantinha o padrão de resposta fetal do momento da admissão. As contrações mantinham a mesma frequência. Além disso, a Joana tinha afirmado não sentir sensação de puxo involuntário.

Perante estes dados, conclui-se que a Joana se encontrava na ***fase inicial ou passiva do segundo estágio do trabalho de parto***. A fase inicial ou passiva do segundo estágio do trabalho de parto, tem início após a dilatação completa do colo do útero e estende-se até a mulher parturiente apresentar a vontade de realizar esforços expulsivos. Durante esta fase, as contrações uterinas continuam a facilitar a descida e a rotação passiva do feto, sem intervenção ativa da mulher parturiente. Esta fase pode durar até duas horas em mulheres nulíparas e até uma hora em múltíparas sem analgesia epidural. Se tiverem epidural, até uma hora adicional. A sua duração prolongada (mais de duas horas) tem sido associada, em nulíparas, a um aumento da taxa de partos

instrumentais ou cesarianas, embora, na maioria dos casos, os partos continuem a desenvolver-se espontaneamente mesmo após duas horas (Bjelke et al., 2022). A ACOG (2024) e o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2025) sustentam que, ao permitir esta fase de forma expectante e vigilante, é possível reduzir a fadiga materna, encurtar a fase ativa e favorecer um processo mais fisiológico.

Os diagnósticos que foram nomeados até ao momento são os seguintes: ***“Trabalho de parto”, “Potencial para melhorar o conhecimento sobre trabalho de parto”, “Comportamentos de ligação efetivos entre mãe/pai-filha” e “Potencial para melhorar a capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas”.***

Às 21 horas, a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO dirigiram-se ao quarto da Joana. Aproveitando uma pausa entre as contrações, apresentaram-se. Joana estava deitada de lado no chão, sobre um colchão, com uma bola de amendoim entre as pernas, que estavam semifletidas. Sempre que uma contração se iniciava, o Nuno aplicava calor local na região lombar, utilizando um lençol quente. Durante as contrações, Joana emitia sons profundos, semelhantes a gemidos, e mantinha o olhar perdido, como se estivesse num estado alterado de consciência, desligada do mundo exterior.

Estes comportamentos eram consistentes com a fase avançada do trabalho de parto em que a Joana se encontrava, na qual o aumento dos níveis de ocitocina e endorfinas provoca contrações mais intensas e prolongadas, o que indicava que o processo estava a evoluir de forma fisiológica. Além de estimular o útero, a ocitocina endógena atua no cérebro com um efeito analgésico e sedativo, o que pode levar a mulher a sentir-se sonolenta, a concentrar-se em si mesma e a desconectar-se do ambiente, especialmente se se encontrar num espaço seguro. Nesta fase, é comum a necessidade de interação verbal diminuir, a tendência para vocalizar sons espontâneos e adotar posições que favoreçam a descida fetal (Cardoso, Aires, et al., 2023).

Este estado de concentração profunda, observado em Joana e característico das fases avançadas do trabalho de parto, refletia o efeito das hormonas endógenas do parto, nomeadamente a ocitocina e as endorfinas, que promovem o progresso fisiológico e uma resposta de analgesia natural (Dixon et al., 2014). A interrupção deste processo através de estímulos externos desnecessários pode alterar o complexo equilíbrio hormonal e provocar uma resposta de stresse que dificulta o avanço do parto (Buckley, 2015). Por conseguinte, foi fundamental ***gerir o ambiente de forma a promover o relaxamento***, garantindo a privacidade, mantendo a luz baixa e limitando a interação verbal ao estritamente necessário, conforme expressado por Joana no seu plano de parto.

Segundo o Regulamento n.º 391/2019, são competências específicas das EE-ESMO: *garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto (3.1.2), atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado (3.1.1) e conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos (3.1.3)* (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Durante uma das contrações, Joana murmurou: *-Mais um batimento para te ter nos meus braços, minha Matilde...-*. Essa afirmação positiva revelou um recurso interno da Joana para lidar com a dor do trabalho de parto. Reconhecer a dor como um sinal útil que orienta o processo e fornece informações ao corpo permitiu que a Joana adotasse uma atitude de confiança, mobilizando os recursos internos necessários para lidar com as reações que essa experiência lhe causava. Esta forma de ***autocontrolo da dor do trabalho*** de parto demonstrou na Joana um ***estilo de coping ativo face a esta***. Assim, quando a mulher interpreta a dor como funcional e a integra na fisiologia do parto, potencia-se a sua sensação de controlo, a sua segurança e a sua capacidade de transitar o processo de forma consciente (Cardoso, Aires, et al., 2023).

De acordo com as preferências da Joana expressas no seu plano de parto, a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO mantiveram um ambiente de silêncio, interagindo com ela apenas quando consideraram ser realmente necessário e

benéfico. Cientes de que Joana poderia, a qualquer momento, começar a sentir vontade de empurrar ou uma pressão crescente na zona perineal, as profissionais optaram por permanecer na sala com uma atitude expectante e de disponibilidade, atentas para responderem às necessidades que pudessem surgir.

A EE-ESMO observou que, durante uma pausa entre as contrações, a Joana tentava reposicionar uma das fitas da monitorização eletrónica fetal contínua, aparentemente por se sentir desconfortável ou por a fita estar muito apertada. A profissional respondeu ao seu desconforto removendo as fitas. Explicou-lhe de forma clara e tranquilizadora a possibilidade de mudar para uma monitorização intermitente. A Joana mostrou-se aliviada e grata por esta adaptação e aceitou a proposta. Como o padrão de resposta fetal da Matilde se mantinha estável e com as mesmas características, não havia contraindicações clínicas para mudar o tipo de monitorização.

De acordo com a *IPFMG* (2020), nas mulheres saudáveis com uma gravidez de baixo risco, não há qualquer contraindicação para realizar auscultações intermitentes para monitorizar o bem-estar fetal. A auscultação intermitente deve ser realizada durante, pelo menos, um minuto a cada 15 minutos no primeiro estágio do trabalho de parto e na fase passiva do segundo estágio. Durante a fase ativa do segundo estágio, a FCF deve ser auscultada após cada contração ou a cada cinco minutos. É importante palpar o pulso materno simultaneamente à auscultação da FCF, a fim de as diferenciar e descartar a monitorização da FC materna, devido à presença de veias com uma localização próxima. Esta diferenciação deve ser realizada no início de cada monitorização e sempre que a FCF apresentar valores anormais. Se for observado um aumento da FCF, desacelerações que recuperem lentamente ou acelerações persistentes após a contração devem ser confirmadas nas três contrações seguintes. Nesse caso, deve iniciar-se a monitorização eletrónica fetal contínua e avisar a equipa médica. Se a monitorização eletrónica fetal contínua for iniciada devido a um risco que tenha surgido durante a auscultação intermitente, mas o RCTG estiver normal após um período mínimo de 30 minutos, poderá ser indicado regressar

à auscultação intermitente. No entanto, caso surjam novamente fatores de risco, a monitorização eletrónica fetal contínua deve ser utilizada até ao final do parto.

Durante o estágio, a monitorização fetal foi realizada de forma intermitente apenas em algumas ocasiões, tendo sido feita por meio de aparelhos de RCTG. A *IPFMG* (2020), alerta que, apesar de os aparelhos de RCTG utilizarem a mesma tecnologia que o aparelho Doppler portátil, não é recomendável utilizá-los para a auscultação intermitente, pois tal constituiria um uso inadequado dos recursos. O Doppler portátil tem um feixe mais estreito, pelo que é mais difícil captar erroneamente os batimentos cardíacos maternos. Além disso, caso o faça, gera um ruído que permite reconhecer que está a monitorizar uma veia materna. Por conseguinte, o aparelho Doppler é preferível.

Apesar de a maioria das mulheres optar pela analgesia epidural, que as torna inelegíveis para a monitorização intermitente, notou-se que, nos casos em que esta técnica era clinicamente viável e segura, a sua utilização continuava a ser pouco frequente. Mesmo em mulheres grávidas saudáveis, optava-se pela monitorização eletrónica fetal contínua. Esta escolha pode dever-se a vários fatores, como a inércia institucional, a comodidade logística da equipa profissional, uma percepção errada de maior segurança e, em alguns casos, a escassez de recursos humanos disponíveis. No entanto, a *IPFMG* (2020) alerta para o facto de a monitorização eletrónica fetal contínua em mulheres saudáveis estar associada a um aumento significativo da taxa de partos instrumentais e de cesarianas, sem que se verifiquem melhorias substanciais nos resultados neonatais ou na morbilidade perinatal. Em consonância, a *OMS* (2022) recomenda a auscultação intermitente da FCF por ecografia Doppler ou estetoscópio de Pinard em mulheres grávidas saudáveis em trabalho de parto.

Quinze minutos após a passagem para monitorização fetal intermitente, a estudante de EE-ESMO realizou a auscultação intermitente com o objetivo de ***avaliar a evolução do trabalho de parto***. A FCF da Matilde encontrava-se entre os 135 e os 145 lpm. Entre duas contrações, percebeu-se um aumento da FCF em cerca de 15 lpm durante aproximadamente 20 segundos, com retorno

aos 135-145 lpm (aceleração). Na auscultação durante e nos 60 segundos posteriores a três contrações, identificou-se, na primeira contração, uma diminuição da FCF em cerca de 15 lpm, cujo início e pico coincidiram com a contração (desaceleração precoce), com retorno aos 135-145 lpm ao fim da contração.

As desacelerações são definidas como uma diminuição da FCF superior a 15 bpm em relação à linha de base, com uma duração superior a 15 segundos. Constituem uma resposta reflexa do feto a estímulos hipóxicos ou mecânicos, destinada a reduzir temporariamente o gasto cardíaco e a preservar o metabolismo aeróbico do miocárdio. Em particular, as desacelerações precoces são caracterizadas por uma diminuição e recuperação gradual da FCF (do início ao nadir com uma duração superior a 30 segundos), apresentando um padrão espelhado em relação à contração e conservando a variabilidade durante o episódio. Segundo a *FIGO* (2015), estas desacelerações não indicam hipoxia ou acidose fetal. Costumam aparecer na fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto ou durante o segundo estágio, estando comumente associadas à compressão fisiológica da cabeça do feto no canal de parto, o que constitui um sinal indicativo de progressão na descida fetal.

Passados alguns minutos, a Joana, com uma atitude introspetiva, levantou-se lentamente até ficar de pé, guiada pelas sensações internas do seu corpo. As suas vocalizações mudaram progressivamente e começaram a observar-se sinais de esforços expulsivos espontâneos. O seu corpo adotou uma postura orientada para o puxo, com inclinação para a frente, ativação da musculatura abdominal e uma expressão facial de concentração. Perante estas constatações, a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO optaram por implementar a intervenção de ***respeitar os esforços expulsivos espontâneos***, enquanto estes se revelarem eficazes, de modo a ***facilitar o trabalho de parto***.

No contexto obstétrico atual, em que a maioria das mulheres opta pela analgesia epidural e as taxas de indução continuam elevadas, as EE-ESMO têm menos oportunidades de acompanhar partos fisiológicos não medicalizados. Esta realidade pode conduzir à automatização de práticas, como ***incentivar***

esforços expulsivos dirigidos de forma sistemática, mesmo quando o contexto permitiria e aconselharia respeitar os esforços expulsivos espontâneos da mulher. Por conseguinte, é essencial manter um olhar crítico sobre a própria prática e saber identificar quando é adequado implementar uma intervenção ou outra.

Os esforços expulsivos espontâneos são uma resposta reflexa às contrações uterinas, aparecendo e desaparecendo várias vezes durante a mesma contração. Cada um desses impulsos dura, normalmente, entre cinco a sete segundos, variando em intensidade e duração consoante o momento e a perceção da mulher. **Respeitar os esforços expulsivos espontâneos** da Joana concretizou-se acompanhando-a sem orientar técnicas de respiração, sem indicar onde nem como empurrar e sem condicionar a postura que ela decidisse adotar. A Joana explorou livremente diferentes posições: em pé, agachada, de quatro apoios, ajoelhada num joelho, etc., escolhendo, a cada momento, aquela que melhor se ajustava às demandas e sensações do seu corpo. A EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO elogiaram a forma como Joana respondia aos seus impulsos fisiológicos. Além disso, elogiaram os seus esforços com evidências concretas e preservaram a tranquilidade de Joana ao assegurarem-lhe que as suas sensações eram normais (Cardoso, Gomes, et al., 2024a).

Perante estes dados, objetivou-se que a Joana se encontrava na **fase ativa do segundo estágio do trabalho de parto**, caracterizada, segundo a *Intrapartum Care Guide* (NICE, 2025), pela presença de contrações involuntárias após a dilatação completa e/ou apresentação fetal visível. Segundo o Regulamento n.º 391/2019, são competências específicas das EE-ESMO: *identificar e monitorizar o trabalho de parto (3.2.1) e conceber, planear, implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto (3.2.5)* (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO observaram como a Joana adotava espontaneamente diferentes posições verticais e de base ampla, bem como assimetrias e movimentos de balanço pélvico coordenados com a contração, compatíveis com a facilitação da descida e rotação fetal. A certa altura, a Joana

verbalizou uma pressão perineal e retal crescente. Através do espelho, a estudante de EE-ESMO e a EE-ESMO conseguiram observar uma distensão perineal progressiva, bem como a abertura e protrusão da mucosa vaginal, que ocorriam em simultâneo com as contrações. Todos estes sinais eram consistentes com a descida da apresentação. Paralelamente, a monitorização intermitente indicava uma resposta fetal tranquilizadora. Nesse momento, a coerência clínica entre o padrão de contrações, o comportamento materno e as mudanças perineais, juntamente com a manutenção da resposta fetal tranquilizadora, permitiu acompanhar o decurso fisiológico do processo sem ser necessário realizar toques ou manobras vaginais.

A realização repetida de exames vaginais de forma rotineira traz benefícios limitados e pode aumentar a dor e o desconforto. Além disso, quando realizados com alta frequência ou em contexto de rotura das membranas, podem aumentar o risco de infeções. As recomendações da OMS (2022) visam restringir os exames vaginais a intervalos aproximados de quatro horas durante a fase ativa do primeiro estágio. As revisões de Cochrane não encontraram evidências de que os exames vaginais de rotina melhorem os resultados maternos ou neonatais em comparação com métodos alternativos de avaliação do progresso do trabalho de parto, o que sugere o seu valor limitado como prática sistemática (Downe et al., 2022; Moncrie et al., 2022). Além disso, uma maior frequência de exames tem sido associada a um menor conforto, a partos mais prolongados e a mais complicações (especialmente em caso de rotura das membranas), o que reforça a orientação de se minimizarem (Kayabaşı & Yılar Erkek, 2023).

Da mesma forma, práticas observadas durante o estágio, como a manipulação sistemática do períneo e da mucosa vaginal (por exemplo, alongamentos manuais ou a separação manual das tuberosidades isquiáticas), não estão fundamentadas cientificamente e podem afetar a tolerância à dor e os mecanismos fisiológicos do período expulsivo (Aasheim et al., 2017). Em suma, na presença de sinais evidentes de progresso e bem-estar materno-fetal, é prudente limitar os exames vaginais às situações em que possam alterar o

comportamento clínico, evitar manobras perineais/vaginais sistemáticas não comprovadas e promover a evolução fisiológica do processo.

Durante uma contração, na posição de quatro apoios, a Joana dirigiu o olhar para a sua pélvis e guiou as mãos da EE-ESMO até às cristas ilíacas, indicando-lhe onde queria contacto. A EE-ESMO, esclarecendo o que pretendia e procurando o consentimento da Joana, perguntou-lhe se queria que lhe aplicasse pressão. A Joana assentiu enquanto atravessava a contração. Em seguida, a EE-ESMO aplicou uma **pressão dupla na anca**: uma compressão firme, simétrica e sustentada sobre ambas as cristas ilíacas, direccionada para dentro e ligeiramente para trás, mantida durante a contração e libertada durante a pausa.

Não está claro por que razão a pressão dupla na anca pode ajudar a lidar com a dor nas costas durante o trabalho de parto. A pressão pode alterar a forma da pélvis e reduzir ligeiramente o alongamento das articulações sacroilíacas, aliviando a tensão nos ligamentos causada pela pressão interna da cabeça fetal. A estratégia consiste em colocar as mãos na parte externa da anca da mulher parturiente, sobre os músculos glúteos (abaixo das cristas ilíacas, na parte mais carnuda dos glúteos), e pressionar para dentro, em direção ao centro da pélvis, com a palma das mãos, de forma constante durante toda a contração. A mulher parturiente é quem decide a intensidade da pressão e a localização exacta onde a pessoa que a assiste deve colocar as mãos. Os autores consideram que o prognóstico é mau se a dor nas costas não diminuir consideravelmente entre as contrações e/ou se a mulher parturiente necessitar de aplicar a pressão máxima na pressão dupla da anca (ou seja, se necessitar de toda a força de quem a assiste) para lidar com a dor. Sugere-se que uma pressão tão extrema possa indicar que a cabeça fetal está profundamente encaixada numa posição anómala ou complicada por um problema associado, como uma mão nuczal, tornando menos provável a sua correção espontânea do que quando uma pressão moderada ou ligeira é suficiente para lidar com a dor. De facto, os autores questionam se a pressão extrema na anca poderia diminuir o espaço na pélvis e, consequentemente, dificultar a correção da má posição. Esta

possibilidade deve ser investigada, uma vez que, embora a pressão dupla da anca pareça ser muito eficaz para lidar com a dor nas costas, coloca-se a hipótese que a mesma, aplicada com pressão extrema, possa impedir a rotação. Em conclusão, a pressão dupla da anca pode ser utilizada quando a mulher parturiente refere dor nas costas, não entanto dever ser interrompida quando ela própria refere que não está a ajudar (Simkin et al., 1999).

Passados alguns segundos, a Joana mostrou sinais de melhoria na forma como lidava com a dor: as vocalizações eram mais suaves, o rosto parecia mais relaxado e o corpo mais descontraído. Simultaneamente, a estudante de EE-ESMO num sussurro e sem interferir na concentração da Joana, instruiu ao Nuno sobre a estratégia: a localização dos pontos de apoio, a orientação das mãos e a sincronização com a contração. Enquanto observava a execução da EE-ESMO, o Nuno interiorizou a estratégia e pôde aplicá-la nas contrações seguintes, com a consequente melhoria na forma como a Joana lidava com a dor.

Assim, a EE-ESMO e a estudante da EE-ESMO, com o objetivo de ***promover o autocontrolo para lidar com a dor do trabalho de parto***, consideraram que foi o momento oportuno para intervir com o ***assistir no uso de estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto*** a através da aplicação da ***pressão dupla na anca*** e do ***envolvimento do Nuno***.

Passados alguns minutos, a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO observaram mudanças no comportamento da Joana, que passou de um estado introspetivo para uma maior ligação com o exterior. Partindo da posição de quatro apoios sobre o colchão no chão, incorporou-se até ficar ajoelhada, elevando o tronco e apoiando os antebraços na superfície lateral da cama. Nesse momento, fixou o olhar nas enfermeiras e, com intensidade, disse: ***-Não aguento mais.*** -A seguir, inclinou a cabeça para baixo, dirigindo o olhar para o seu períneo, e disse: ***-Minha filha, tens de sair já.***

Essa mudança, da introspeção para a ligação com o exterior, acompanhada pela vontade crescente de empurrar, foi interpretada como um indicador de que o momento do parto-nascimento estava próximo. Nesta fase do parto, é comum

a mulher manifestar um cansaço extremo e a sensação de não conseguir continuar, o que geralmente acontece quando a maior parte do trabalho já está feita. O aumento da ocitocina provoca contrações mais intensas e eficazes, capazes de fazer progredir o feto pelo canal de parto. Nesta fase, é frequente as pernas parecerem mais fracas e a mulher adotar posturas que aproximem o períneo de uma superfície, facilitando a distensão perineal e a descida final da apresentação. São comuns as posições agachadas, de lado ou ajoelhadas, que são posturas espontâneas da espécie humana que visam proteger a cabeça do recém-nascido. Paralelamente, costuma ocorrer um pico de energia: a mulher mostra-se mais alerta, como se regressasse à realidade, com uma vontade maior para responder aos esforços expulsivos espontâneos (Cardoso, Gomes, et al., 2024a).

Aproveitando o facto de Joana estar mais alerta, durante uma pausa entre as contrações, a estudante de EE-ESMO ofereceu-lhe água, para **gerir a ingestão de líquidos** de acordo com as necessidades desta. Joana acenou com a cabeça e bebeu com energia. O trabalho de parto é um processo físico e emocionalmente exigente, pelo que a nutrição e a hidratação adequadas são essenciais para favorecer o seu progresso e o bem-estar materno-fetal. Manter a ingestão de líquidos de acordo com a sensação de sede é uma estratégia eficaz, uma vez que promove o equilíbrio hídrico e reduz o risco de desidratação ou hiperidratação. Dada a intensidade da experiência e o grau de focalização que esta pode requerer, pode ser útil que as EE-ESMO façam lembretes oportunos, respeitando as necessidades da mulher (Kearney et al., 2023).

Após a contração seguinte, a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO observaram avanços na descida da Matilde: abertura e protusão da mucosa vaginal sustentada, dilatação anal e ausência de retração da apresentação fetal após a contração. Todos estes sinais indicavam que a cabeça de Matilde já se encontrava encaixada na pelve de saída, correspondendo à passagem das espinhas isquiáticas ou ao terceiro plano de Hodge. Nesse momento, a Joana colocou as mãos no seu períneo, estabeleceu contacto visual com as

enfermeiras e com o Nuno e, com entusiasmo, disse: *-Vai nascer.* -A EE-ESMO acenou com a cabeça e sorriu, validando e afirmando a sua percepção.

Com a ajuda de um espelho, a EE-ESMO e a estudante concentraram-se em ***avaliar a resposta do períneo ao coroamento***. A avaliação incluiu a observação da sua distensibilidade durante o processo, a análise da coloração da pele, à procura de sinais de comprometimento da perfusão, como tonalidades diferentes do tom rosado fisiológico, e a estimativa visual aproximada da altura perineal, tendo em conta a distância entre a fúrcula vulvar e o orifício anal. Os esforços expulsivos espontâneos da Joana manifestavam-se com um ritmo pausado, o que proporcionou aos tecidos perineais tempo suficiente para se adaptarem gradualmente à distensão. Após essa avaliação, descartou-se a necessidade de aplicar medidas de proteção manual do períneo, uma vez que não foram identificados critérios clínicos para a sua implementação: o tecido apresentava distensibilidade adequada, mantinha uma coloração homogénea e bem perfundida e a altura perineal era suficiente. Concluiu-se que as características do períneo de Joana e o ritmo dos esforços expulsivos espontâneos eram ótimos para aplicar a estratégia *hands-off*, ou seja, permitir a saída espontânea da cabeça de Matilde.

Ao longo do estágio, a maioria dos partos foi assistida através da implementação de medidas de proteção manual do períneo, seja devido à ocorrência de critérios clínicos que justificavam a sua utilização, seja pela inércia de uma prática instituída de forma sistemática. No entanto, este caso proporcionou a oportunidade de implementar conscientemente a estratégia *hands-off*. O ritmo fisiológico do expulsivo, favorecido pela ausência de esforços expulsivos dirigidos e de uso de ocitócicos, tem sido associado a uma melhor adaptação progressiva dos tecidos e a uma menor incidência de traumatismos perineais graves. Duas revisões sistemáticas com metanálise indicaram que a estratégia *hands-on* durante o parto vaginal espontâneo em gestações únicas mostrou uma incidência semelhante de traumatismos perineais em comparação com a estratégia *hands-off*. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente à frequência de períneo

intacto ou à incidência de lacerações de primeiro, segundo ou quarto grau. No entanto, a estratégia *hands-on* esteve associada a um risco mais elevado de lacerações de terceiro grau e de episiotomia em comparação com a estratégia *hands-off* (Aasheim et al., 2017; Pierce-Williams et al., 2021). Além disso, em posições como quatro apoios, de cócoras ou de pé, as manobras de proteção perineal não se mostraram efetivas (Cardoso, Gomes, et al., 2024c).

Após a saída da cabeça de Matilde, a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO verificaram, por observação direta, que não havia circulares do cordão umbilical à volta do pescoço. A avaliação atempada dos sinais clínicos durante o período expulsivo é essencial para identificar as situações que requerem intervenção e selecionar a técnica mais adequada, garantindo a segurança e o bem-estar da mulher e do recém-nascido. Quando existem sinais que indiquem a presença de circular do cordão umbilical apertada na nuca do feto, as técnicas a adotar incluem a manobra de *Somersault* ou, caso não seja possível devido ao cordão ser demasiado curto, a laqueação prévia do cordão umbilical (Cardoso, Gomes, et al., 2024b). A manobra de *Somersault* permite manter o cordão umbilical intacto durante a exteriorização fetal. Descrita pela primeira vez por Schorn e Blanco em 1991, esta técnica envolve as seguintes ações: saída lenta dos ombros sem manipulação do cordão; flexão da cabeça do recém-nascido em direção à coxa da mulher parturiente enquanto os ombros se soltam; manutenção da cabeça junto ao períneo, permitindo que o corpo dê uma "cambalhota", com os pés a dirigirem-se para os pés da mulher parturiente. Uma vez fora, a circular é retirada (Ramos-Rincón & Cruz-Utrilla, 2015).

Embora durante o estágio tenha sido observada de forma praticamente sistemática a verificação manual, após a revisão da evidência científica, concluiu-se que a manipulação do cordão umbilical pode causar a compressão e a obstrução do fluxo sanguíneo através da veia umbilical, cuja parede é fina e vulnerável. Ao mesmo tempo, o sangue continua a ser bombeado do feto para a placenta através das artérias umbilicais, cuja parede é mais espessa, o que pode provocar um desequilíbrio hemodinâmico. Este mecanismo pode causar hipovolemia, acidose e anemia neonatal (Peasay, 2017). No caso da Matilde,

verificou-se visualmente a ausência de circulares do cordão, reduzindo o risco de compressão.

Com a cabeça de Matilde completamente exteriorizada, a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO aguardaram com calma e atenção a chegada da próxima contração. Em sincronia com este novo *batimento uterino*, a Matilde completou a restituição e exteriorizou os ombros. Num movimento contínuo, todo o seu corpo emergiu para o exterior. Ao mesmo tempo, a estudante de EE-ESMO posicionou as mãos próximas da cabeça de Matilde, de modo a garantir a sua receção, segurá-la com firmeza e guiá-la entre as pernas de Joana, para que esta a pudesse acolher nos braços.

Este caso permitiu observar os movimentos cardinais fetais, incluindo a extensão completa, a restituição e a exteriorização de ambos os ombros, sem qualquer intervenção manual. Em consonância com as reflexões feitas até agora, durante o período de estágio, observou-se que, na quase totalidade dos partos assistidos, mesmo com padrões fetais tranquilizadores, as EE-ESMO optavam por não aguardar a contração seguinte. Após a saída completa da cabeça do bebé, procedia-se de seguida à verificação manual da presença de circulares de cordão e à assistência manual da restituição e da exteriorização dos ombros.

No contexto de um parto fisiológico, após a restituição, os ombros geralmente exteriorizam-se espontaneamente logo após a próxima contração, seguindo a abordagem denominada *two-step delivery* (Hishikawa et al., 2020; Kotaska & Campbell, 2014; Zhang et al., 2016). Tanto as diretrizes da *NICE* (2025) como as da *OMS* (2022) não mencionam a assistência manual à restituição ou à exteriorização dos ombros. Antes de iniciar qualquer manobra, recomenda-se esperar pela contração seguinte após a extensão completa da cabeça, pois este intervalo facilita a restituição e a exteriorização espontânea dos ombros (Hishikawa et al., 2020; Kotaska & Campbell, 2014; Zhang et al., 2016). Se a expulsão completa do feto não ocorrer espontaneamente, pode-se facilitar a exteriorização dos ombros (Cardoso, Gomes, et al., 2024b). Quando nessa contração não forem observados os movimentos cardinais fetais esperados ou

forem identificados sinais como o "*turtle sign*" (sinal da tartaruga) ou um períneo com aspeto de "meia" que sugira impactação, deve-se suspeitar de distocia dos ombros e iniciar imediatamente as manobras de resolução específicas (Lage et al., 2022; Lau et al., 2024). Esta complicação, que requer atenção urgente, ocorre em 0,15% a 1,7% de todos os partos (Tsikouras et al., 2024). As manobras específicas para resolver a distocia de ombros incluem a manobra de McRoberts, a manobra de Rubin I, a manobra de Gaskin (posição de quatro apoios), a manobra FLIP-FLOP e, em último recurso, manobras internas como a manobra de Rubin II, a manobra de Woods, a manobra de Woods reversa, a manobra de Jacquemeier, a manobra de Shrug ou a manobra de Menticoglou (Cardoso, Gomes, et al., 2024b). No caso da Joana, que, no momento do parto, encontrava-se de joelhos, a realizar agachamentos, com plena perceção das suas sensações corporais (sem analgesia epidural) e liberdade de movimentos, considerou-se um cenário, à partida, favorável para não ocorrer a distocia de ombros. De facto, manobras como a FLIP-FLOP baseiam-se precisamente na mudança de posição e na promoção da assimetria pélvica (Cardoso, Gomes, et al., 2024b).

Às 22h50 do mesmo dia, a Matilde nasceu e estabeleceu **contacto pele com pele** com a Joana logo no primeiro minuto após o nascimento. A EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO avaliaram a sua adaptação e vitalidade através do teste de APGAR, tendo-lhe sido atribuída a pontuação máxima de 10, 10 e 10 no primeiro, quinto e décimo minuto de vida. As recomendações atuais promovem o contacto pele com pele contínuo e ininterrupto entre a mãe e o recém-nascido desde o momento do nascimento até ao fim da primeira mamada, caso o estado clínico de ambos o permita. Enquanto a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO observavam atentamente o estado clínico da Joana e da Matilde e aguardavam a expulsão da placenta, puderam apreciar como a Matilde progredia de forma inata através dos nove estádios descritos por Widström et al. (2020), utilizando de forma coordenada os cinco sentidos (visão, audição, olfato, paladar e tato) para realizar um comportamento de busca e adaptação. Este processo, desenvolve-se em nove estádios: choro ao nascer (estádio 1), relaxamento (estádio 2), despertar (estádio 3), atividade (estádio 4), descanso

(estádio 5), rastejar (estádio 6), familiarização com o mamilo (estádio 7), sugar (estádio 8) e sono (estádio 9) (Cardoso, Soares, et al., 2024). Matilde iniciou a primeira mamada às 23h35, 45 minutos após o nascimento.

Segundo o Regulamento n.º 391/2019, são competências específicas das EE-ESMO: *assegurar a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra uterina (3.2.7) e conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (3.1.5)* (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Após alguns minutos, uma vez que o cordão umbilical deixou de pulsar, procedeu-se a ***executar o clampeamento do cordão umbilical***, tal como a Joana e o Nuno tinham expressado no seu plano de parto. De acordo com as recomendações internacionais para recém-nascidos a termo, o clampeamento foi realizado após o decurso de mais de um minuto após o nascimento. A estudante de EE-ESMO colocou a pinça definitiva a uma distância de 3 a 4 cm do abdómen da Matilde e uma pinça de Kocher a aproximadamente 4 cm da primeira. O Nuno, seguindo as instruções da estudante de EE-ESMO, seccionou o cordão entre as duas pinças. Em comparação com o clampeamento imediato, o clampeamento tardio (mais de 60 segundos) demonstrou benefícios claros, nomeadamente uma maior concentração de hemoglobina nas primeiras 24 horas de vida e níveis mais elevados de ferritina até aos 3-6 meses de idade, o que favorece as reservas de ferro. No entanto, reconhece-se que esta prática pode estar associada a um ligeiro aumento da incidência de policitemia, pelo que se recomenda monitorizar a evolução neonatal e prestar atenção ao possível aparecimento de icterícia fisiológica (Cardoso, Gomes, et al., 2024b).

O ***terceiro estágio do trabalho de parto*** compreende o intervalo entre o nascimento do recém-nascido e a expulsão completa da placenta e das membranas. A sua gestão pode ser ativa ou expectante, dependendo das condições clínicas e das preferências da mulher. Na gestão ativa, são administrados medicamentos ocitócicos, é feita tração controlada do cordão, contrapressão sobre o útero e massagem uterina após a expulsão da placenta.

Na gestão expectante, a separação e a expulsão ocorrem espontaneamente (Cardoso, Gomes, et al., 2024b).

No caso da Joana, cujo parto decorreu de forma fisiológica, optou-se por **facilitar a dequitação** através de uma abordagem expectante, permitindo que a separação e a expulsão da placenta ocorressem de forma natural, num processo que pode demorar entre quinze minutos e uma hora. A EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO permaneceram atentas à aparição dos sinais de separação e descida: uma pequena perda de sangue, o alongamento do cordão umbilical ou a mudança na forma e tamanho do fundo uterino, que se torna arredondado e menor. A Joana estava em posição semisentada, a amamentar à Matilde, o que poderia favorecer a expulsão da placenta devido à ação da gravidade. Para facilitar a observação do alongamento do cordão umbilical, foi colocada uma pinça de Kocher.

Às 23h40, o cordão umbilical alongou-se progressivamente e o fundo uterino adquiriu a morfologia característica da dequitação, exteriorizando-se a placenta de acordo com o mecanismo de Baudelocque-Duncan, ou seja, iniciando a saída pela sua margem lateral e apresentando a face materna em primeiro lugar. À medida que a placenta descia pelo canal de parto, a estudante de EE-ESMO executou a manobra de Dublin, segurando-a com ambas as mãos e girando-a suavemente para torcer as membranas e facilitar a sua saída completa. A descida foi acompanhada por movimentos controlados para cima e para baixo, a fim de evitar rasgos nas membranas. Uma vez expulsas por completo, a placenta e as membranas foram cuidadosamente examinadas, confirmando a sua integridade. O cordão umbilical apresentava uma inserção central, com cerca de 30 cm de comprimento, duas artérias e uma veia.

Após a expulsão completa da placenta, iniciou-se a **gestão do pós-parto imediato**, durante o qual se procedeu a uma avaliação sistemática da perda sanguínea, da involução uterina, dos sinais vitais e da função urinária da Joana. Imediatamente após a dequitação, confirmou-se a formação efetiva do globo de Pinard e verificou-se que a perda de sangue era fisiológica (Cardoso, Gomes, et al., 2024a). De facto, o pano do kit de parto estava coberto com menos de

1/4 de sangue, o que equivale a uma perda de sangue inferior a 150 ml. Além disso, a Joana não apresentava sinais de hipovolemia, uma vez que os seus sinais vitais se encontravam dentro dos parâmetros fisiológicos e ela tinha um aspeto geral favorável (Zuckerwise et al., 2014). A exploração do canal de parto revelou que a Joana apresentava o períneo íntegro, sem traumas perineais/cervicais. Segundo o Regulamento n.º 391/2019, é competência específica das EE-ESMO *avaliar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação (3.3.4)* (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

De acordo com as recomendações da OMS (2022) e com o consentimento informado de Joana e Nuno, foi administrada vitamina K como profilaxia contra a doença hemorrágica do recém-nascido. Durante a administração, a Matilde encontrava-se a mamar. A OMS recomenda que todos os recém-nascidos recebam 1 mg de vitamina K por via intramuscular após o nascimento, de preferência durante a primeira hora de vida, período durante o qual o bebé deve permanecer em contacto pele com pele com a mãe.

Após a primeira mamada, que durou 45 minutos, e com o consentimento de Joana e Nuno, a estudante de EE-ESMO avaliou os parâmetros antropométricos de Matilde, registando um peso de 3320 g, um comprimento de 50 cm e um perímetro cefálico de 34 cm, valores dentro da normalidade para uma recém-nascida a termo. A seguir, a pedido de Joana e Nuno, a estudante de EE-ESMO vestiu a Matilde com roupas adequadas à temperatura ambiente, seguindo a recomendação de usar uma ou duas camadas a mais do que um pessoa adulta, bem como um gorro para reduzir a perda de calor (OMS, 2022). Após ser vestida, Matilde ficou ao colo do Nuno, enquanto a Joana se levantava pela primeira vez após o parto, sem intercorrências, para ir à casa de banho, onde conseguiu urinar espontaneamente.

Na manhã seguinte, a fim de assegurar a continuidade dos cuidados, a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO passaram o turno para as colegas do serviço de internamento. Desta forma, foi possível garantir que Joana, Matilde e Nuno

fossem transferidos de maneira segura e apropriada para a unidade de puerpério.

Este caso evidenciou a importância de *saber estar*, o que é muito mais difícil do que *saber fazer*. Na minha perspetiva, o nosso papel fundamental enquanto EE-ESMO consiste em estar presentes e observar, reconhecendo com precisão quando devemos intervir e quando devemos permitir que a fisiologia siga o seu curso sem interrupções. A escolha poderia ter ido para um caso mais complexo, com necessidade de "*fazer muito*", mas, partindo de um contexto histórico-cultural centrado no *fazer*, considere mais valioso ilustrar um cenário em que o grande desafio era precisamente o *saber estar*. Naquele dia, tive a oportunidade de aprender com uma EE-ESMO com quem nunca tinha estado antes. No final do turno, surgiram-me perguntas inevitáveis: como teria sido o acompanhamento de Joana, Nuno e Matilde por outras profissionais? Como se teria recebido este bebé nas mãos de outras EE-ESMO? Testemunhar a fisiologia na sua máxima expressão foi maravilhoso e revelador. Além disso, observar diferentes formas de acompanhar permitiu-me questionar e refletir sobre as nossas formas profissionais de ser, estar e fazer.

Acho fundamental não cair na rotina nem na automatização dos procedimentos. Cada parto e cada nascimento são únicos e cada momento desses processos requer uma atenção adaptada, sensível e consciente. A padronização da assistência sem considerar o contexto priva o parto e o nascimento da sua essência e singularidade. Em suma, considero essencial dominar as práticas que fazem parte das nossas competências profissionais, mas considero ainda mais importante saber quando é necessário aplicá-las e quando não é.

3.4. DEBRIEFING PÓS-PARTO APÓS UMA CESARIANA E CUIDADOS CENTRADOS NA INSTAURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

Trata-se de uma família constituída pela Gabriela, mãe pela primeira vez; pelo Rui, pai pela primeira vez; e pela Lara, uma criança que nasceu às 17:50h. O trabalho de parto iniciou-se espontaneamente às 40 semanas e 5 dias, progredindo a dilatação até aos 6 cm sem intercorrências. Nesta altura, começaram a ser observadas desacelerações variáveis e desacelerações tardias no RCTG, indicativas de possível comprometimento do bem-estar fetal. Dada a persistência da situação durante a fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto, a equipa médica optou por realizar uma cesariana. A cesariana decorreu sem complicações. A Lara obteve uma pontuação APGAR de 9/10 ao 1.º e 5.º minuto de vida. Pesou 3524 g e estava a ser amamentada em exclusivo. A Gabriela e a Lara puderam realizar contacto pele com pele as duas primeiras horas de vida, tendo iniciado a primeira mamada às 18:30h.

Durante o internamento, foram realizados todos os cuidados de enfermagem relacionados com a determinação da evolução da recuperação pós-parto (contração e involução uterina, lóquios, dor pós-cesariana, função eliminatória, etc.) e com a vigilância e promoção da saúde da criança recém-nascida (atividade e reatividade, alimentação, eliminação, cuidados do coto umbilical, etc.). Neste caso concreto, no olhar de estudante de EE-ESMO, destacaram-se os seguintes focos: ***recuperação pós-parto, amamentação, adaptação à parentalidade e ligação mãe/pai-filha.***

O primeiro encontro com a família ocorreu às 8h30 do dia seguinte à cesariana, no quarto do internamento. Ao entrarem, a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO apresentaram-se à Gabriela e ao Rui. A Lara dormia no berço, a Gabriela estava deitada na cama e o Rui estava sentado no cadeirão. O outro lado do quarto,

destinado a outra mulher, estava vazio naquele momento, o que favoreceu um primeiro encontro num ambiente de maior privacidade.

Depois de os felicitar pelo nascimento da Lara, perguntaram-lhes como se sentiam. Gabriela respondeu *-Bem, obrigada.* -Desviando o olhar e baixando a cabeça. A incongruência entre a comunicação verbal e não verbal de Gabriela gerou a necessidade de verbalizar a disponibilidade para os escutar e acompanhar caso precisassem. O Rui encorajou-a: *-Vá, conta-lhes, tenho a certeza de que isso vai ajudar.* -Nesse momento, Gabriela começou a chorar. Foi-lhe oferecido silêncio e presença terapêutica, validando a sua resposta emocional.

Passados alguns minutos, com um tom entre a tristeza e a raiva, Gabriela disse: *-Gostaria de ter tido um parto natural, enfermeira. Sem intervenções. Tinha preparado tudo para que assim fosse e olha como acabou...com uma cesariana. Sinto que os profissionais não me ajudaram o suficiente para conseguir o que queria.* -Atribuiu responsabilidades à equipa de saúde, afirmando: *-Estou convencida de que me podiam ter ajudado melhor..., eu não queria este parto..., a Lara devia ter nascido de outra forma...*

A gestão de expectativas é desafiante no período pós-parto imediato. Percebeu-se que, para a Gabriela, teria sido muito importante ter um parto vaginal, o que não aconteceu. A forma como neste momento integrou a sua experiência foi que haveria mais alguma intervenção a fazer antes da decisão pela cesariana, o que lhe estava a criar uma sensação de frustração entre o idealizado e o real. Percebeu-se como relevante compreender melhor o significado que a Gabriela estava a atribuir à sua experiência de parto.

De acordo com os *PQCEESMO*, o conceito de significado refere-se ao valor ou importância que se atribui a algo. Esta atribuição de significado é construída através da interpretação pessoal que cada indivíduo faz da sua realidade e das suas experiências. Dependendo das suas experiências anteriores e da sua perceção do mundo, cada pessoa desenvolve a sua própria forma de agir, sentir,

pensar e ser, especialmente em relação aos aspetos que considera relevantes para si e para os seus entes queridos (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Esta construção pessoal de significado influencia diretamente a forma como as pessoas lidam com os processos de transição. A avaliação da experiência, seja ela positiva, neutra ou negativa, pode atuar como um facilitador ou um obstáculo ao processo de mudança. Quando o significado atribuído à experiência é positivo ou neutro, tende a promover uma melhor adaptação, favorecendo o empenho na nova situação e os ajustamentos necessários para lidar com ela. Pelo contrário, quando a experiência é interpretada de forma negativa, pode dificultar significativamente o processo de transição, gerando resistências ou problemas de adaptação (Cardoso, Soares, et al., 2024).

Tendo em conta as palavras de Gabriela, a conversa centrou-se em ajudá-la a analisar o significado que atribuía a esta experiência. O seu significado, dificultador, estava a interferir com a adaptação às primeiras horas após o parto. Através de perguntas abertas, como *"Como é que esta experiência a fez sentir?"* ou *"O que poderia ter sido feito, na sua perspetiva, para que se sentisse apoiada?"*, foi convidada a explorar novas perspetivas, realçando a sua força e capacidade de lidar com o inesperado. Constatada a sua disponibilidade para refletir, considerou-se o momento oportuno para intervir, formulando o diagnóstico ***"Potencial para melhorar o significado atribuído à experiência do parto"***.

O objetivo foi ***reformular o significado atribuído à experiência do parto***, de modo a facilitar a construção de um significado não dificultador, que lhe permitisse envolver-se na transição parental com maior segurança e confiança. Como critérios de resultado, esperava-se que a Gabriela fosse capaz de expressar as emoções ligadas à experiência e identificar elementos positivos ou de fortaleza da mesma que lhe permitissem integrá-la de uma forma mais facilitadora. A intervenção escolhida como promotora para a reformulação do significado dificultador foi ***assistir a Gabriela a analisar o significado***

dificultador através de um debriefing, consistindo naquilo a que Meleis designa.

O debriefing, de acordo com a teoria de Meleis, é um processo de reflexão sobre a experiência de transição, visando a adaptação e o bem-estar do indivíduo. O debriefing é uma estratégia utilizada para auxiliar indivíduos a processar experiências de transição, identificando o que funcionou, o que não funcionou e como lidar com os desafios futuros. Envolve a reflexão sobre a experiência, a identificação de padrões de comportamento e a busca por soluções para promover uma transição mais saudável. O objetivo é promover a adaptação do indivíduo à nova situação, ajudando-o a desenvolver estratégias para lidar com os desafios da transição e a alcançar um novo estado de equilíbrio (Meleis, 2010).

No contexto do pós-parto, o debriefing é uma terapêutica de enfermagem que se tem revelado eficaz para ajudar as mulheres a processar e reinterpretar a sua experiência de parto, especialmente nos casos em que esta foi traumática, excessivamente medicalizada ou divergente das suas expectativas. Esta intervenção, baseada na comunicação terapêutica e na escuta ativa, permite às mães exprimirem as suas emoções, resolverem dúvidas e reconstruírem uma narrativa mais empoderada sobre a sua experiência (Bastos et al., 2015).

Atua como uma ferramenta para apoiar esta transição, proporcionando um espaço para a mulher falar abertamente sobre a sua experiência, identificarem aspetos positivos ou pontos fortes (mesmo em situações adversas) e receberem informações para ajudar a resolver as incertezas. Estudos como o de Meades et al. (2011), destacam que as mulheres que recebem debriefing após partos difíceis apresentam níveis mais baixos de ansiedade e uma menor prevalência de sintomas relacionados com o stresse pós-traumático em comparação com as que não recebem debriefing. Além disso, esta intervenção melhora a satisfação geral com os cuidados recebidos, uma vez que valida as suas emoções e reduz os sentimentos de perda de controlo (Bannister et al., 2025).

Outra referência importante é o trabalho de Horsch et al. (2024), que salienta a importância de intervenções precoces, como o debriefing, para prevenir sequelas psicológicas. Horsch et al. (2024) salientam que a oportunidade de narrar o parto com um profissional que ouve sem julgar e ajuda a contextualizar as decisões clínicas (por exemplo, uma cesariana não planeada) pode atenuar os sentimentos de culpa ou de fracasso. Isto está diretamente relacionado com a proposta de Meleis sobre a necessidade de uma "ligação terapêutica" durante as transições, em que o papel de enfermagem é facilitar o processo de integração da experiência (Meleis, 2010).

À medida que o debriefing se desenrolava, um momento particularmente significativo ocorreu quando, após uma pausa, Gabriela partilhou: *-Bem...o Rui esteve sempre comigo, mesmo na cesariana. E eu estive sempre acordada, pude ver a Lara quando ela nasceu...e não a tiraram. Puseram-na em cima de mim. Eu sentia-a. E ela mamou muito cedo. Isso foi bom. Muito bom.* -A estudante de EE-ESMO agradeceu a confiança pelo partilhado e respondeu: *-Obrigada pela partilha...parece que, apesar de ter sido diferente do que esperava, houve momentos muito valiosos, não foi?* -Esta pequena mudança permitiu que Gabriela começasse a integrar os elementos positivos vividos, proporcionando uma base sólida para ressignificar a experiência vivida.

Além disso, durante o debriefing, o Rui participou ativamente. Validou os sentimentos da sua mulher, partilhou as suas emoções e mostrou interesse em compreender melhor a situação. O Rui foi incluído como agente ativo de apoio emocional, promovendo a corresponsabilização parental e o envolvimento no processo de transição. Assim, o debriefing ofereceu um espaço terapêutico seguro onde Gabriela, junto ao Rui, pôde dar sentido à sua experiência e começar a reconstruir a sua narrativa.

Durante este primeiro contacto, foram desenvolvidas diferentes competências, tal como previsto no Regulamento n.º 391/2019, nomeadamente as relacionadas com a atenção emocional e a transição para a parentalidade: a competência 4.3.1, ao *conceber, planear, implementar e avaliar medidas de*

suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos e a competência 4.2.2., ao identificar e monitorizar alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Além disso, de acordo com os *PQCEESMO*, durante este encontro, foi realizado *o estabelecimento de uma relação terapêutica com a mulher e a(s) pessoa(s) que lhe são significativas, tendo por referências às competências de comunicação clínica; e o estabelecimento de parceria com a(s) pessoa(s) significativa(s) como aliado(s) no planeamento de cuidados centrado na cliente* (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Às 11:30h do mesmo dia, o Rui tocou à campainha para que a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO fossem ao quarto. A Gabriela e o Rui explicaram que, na noite anterior, uma enfermeira lhes tinha sugerido a utilização de mamilos de silicone para facilitar a amamentação, devido à ligeira inversão dos mamilos de Gabriela. Inicialmente, aceitaram a proposta, mas Gabriela manifestou o desejo de prescindir desse recurso e de poder amamentar a Lara diretamente. Gabriela explicou que preferia um método mais natural e que precisava de apoio para assegurar uma pega adequada. Mostrou-se motivada, recetiva e disposta a explorar alternativas.

Após obtenção do consentimento de Gabriela, foi avaliado o grau de inversão mamilar. Tratava-se de uma afetação bilateral, tendo sido atribuído o grau 1 a ambos os mamilos, dado que a fibrose era mínima e a EE-ESMO conseguiu extraí-los manualmente, mantendo uma boa projeção. A gravidade da inversão do mamilo pode ser classificada em três graus, consoante a capacidade de extrair manualmente o mamilo e de manter a sua projeção, bem como a extensão da fibrose subjacente. O mamilo invertido de grau 1 tem fibrose mínima, podendo ser facilmente extraído manualmente e mantendo uma boa projeção. O mamilo invertido de grau 2 tem uma fibrose moderada, podendo ser extraído manualmente, embora não consiga manter a projeção. O grau 3 tem fibrose e

inversão graves, não podendo, por conseguinte, ser extraído manualmente (Nabulsi et al., 2022).

As mulheres com mamilos invertidos têm frequentemente dificuldades em amamentar, devido a uma pega inadequada do recém nascido, o que pode provocar uma extração insuficiente de leite, frustração materna e pouca saciedade infantil, resultando, por fim, na interrupção prematura da amamentação (Nabulsi et al., 2019, 2022). O mamilo invertido é uma anomalia presente em 3% das mulheres, afetando bilateralmente 86,8% das mulheres afetadas. A sua prevalência em mulheres grávidas pode atingir os 9,8%. A inversão do mamilo é principalmente congénita, mas pode também ser adquirida em resultado de inflamações, como a mastite, ou devido a outras condições, como o cancro ou cirurgia mamária (Nabulsi et al., 2022).

Foram observadas e avaliadas as capacidades da Gabriela e o comportamento da Lara durante a pega na posição de rugby. Gabriela não conseguia moldar a mama de forma eficaz: as suas mãos, em forma de tesoura e muito próximas do mamilo, pareciam comprimir em excesso o tecido, o que podia dificultar o fluxo através dos condutos, além de interferir com a boca de Lara. Por outro lado, a Gabriela estava a tentar aproximar a mama à Lara e não o contrário, o que gerava uma posição desconfortável para a Gabriela e dificultava a permanência de ambas próximas uma da outra, resultando numa pega superficial e interrompida. Além disso, a orientação do mamilo para o queixo da Lara provocava uma hiperflexão do seu pescoço, dificultando a abertura da boca.

Como resultado, Lara tinha dificuldade em abocanhar o mamilo e a aréola, o que também dificultava a pega sustentada. Rui, atento e presente, colocou uma almofada debaixo do braço de Gabriela, para que esta se sentisse mais confortável. Neste momento, a estudante de EE-ESMO elogiou a escolha da posição de rugby por parte de Gabriela, que, como ela própria tinha expressado, era útil para evitar o contacto de Lara com a ferida abdominal da

cesariana. Além disso, foi elogiado o envolvimento de Rui no bem-estar de Gabriela e Lara durante a mamada.

Com base na vontade expressa pela Gabriela de amamentar sem mamilos de silicone, na sua vontade de aprender e na sua disponibilidade para implementar alguma técnica que facilitasse a amamentação com os mamilos invertidos, considerou-se que era o momento certo para formular o diagnóstico de **“Potencial para melhorar a capacidade para amamentar”**.

Com o objetivo de **melhorar a capacidade da Gabriela para estabelecer uma pega direta eficaz e satisfatória**, mesmo com a inversão dos mamilos, foram propostas as intervenções de **instruir a amamentar** e **treinar a amamentar**. A primeira, foi concretizada através de atividade de **exteriorização do mamilo (invertido)** com a instrução da estratégia de pressão manual reversa suave (PMRS). A segunda, foi concretizada através de atividade de **facilitação da pega adequada** com o treino de estratégias facilitadoras da pega adequada.

Como critérios de resultado, estabeleceu-se que Gabriela seria capaz de: aplicar estratégias específicas para favorecer a protrusão do mamilo, como a PMRS, de forma autónoma ou com o mínimo de apoio verbal; orientar corretamente o mamilo na direção do nariz da filha, favorecendo assim a abertura ampla da boca e o posicionamento adequado do mamilo na cavidade oral; e aplicar a estratégia de pega assistida, moldando adequadamente a mama de acordo com a posição adotada e garantindo que o mamilo é direcionado para o palato superior, respeitando o tempo de abertura da boca da Lara.

Aproveitando o facto de Lara ter parado de mamar, iniciou-se a instrução da estratégia de PMRS. Esta consiste em aplicar uma ligeira pressão com os dedos à volta da aréola para facilitar a protrusão do mamilo, sendo particularmente útil no período pós-parto imediato. Descrita pela primeira vez por Cotterman em 2004, a PMRS mostrou ser uma ferramenta eficaz para facilitar a protrusão do mamilo e encorajar a pega espontânea. A PMRS tem dois mecanismos principais de ação. Em primeiro lugar, ajuda a reduzir o edema que ocorre

frequentemente no tecido areolar durante o período pós-parto imediato. Em segundo lugar, exerce uma tração suave sobre os canais fibrosos subjacentes que mantêm o mamilo invertido. Ao aplicar uma pressão sustentada à volta da base do mamilo, consegue-se gradualmente uma maior protrusão e elasticidade do tecido (Cotterman, 2004).

A PMRS é executada da seguinte forma: a mãe deve lavar cuidadosamente as mãos antes de iniciar o procedimento, colocar os dedos indicador e médio em forma de "C" à volta da base do mamilo, a cerca de 2-3 cm do bordo areolar, aplicar uma pressão firme mas suave em direção à parede torácica, manter durante 1-2 minutos para cada posição e repetir o processo em diferentes pontos à volta da aréola, seguindo um padrão circular no sentido dos ponteiros do relógio. Recomenda-se que seja efetuada durante cinco a oito minutos no total, de preferência antes de cada mamada (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna, 2017).

Os estudos disponíveis apoiam a eficácia desta intervenção. A investigação original de Cotterman (2004) revelou uma melhoria na protrusão do mamilo em 78% das puérperas, resultando numa maior facilidade de pega espontânea do recém-nascido. A PMRS é particularmente útil se for iniciada precocemente no período pós-parto. Os melhores resultados são obtidos quando é aplicada de forma consistente antes de cada mamada (Kaya et al., 2024).

Após a instrução da PMRS, procedeu-se a assistir à pega adequada. As estratégias que facilitam uma pega adequada baseiam-se em levar ativamente o recém-nascido à mama, com a boca bem aberta, guiando a pega a partir da base do crânio do bebê de forma firme e segura. Isto permite uma pega que inclui não só o mamilo, mas também grande parte da aréola. É particularmente útil em casos de mamilos planos ou invertidos, reflexo de sucção imaturo ou dor durante a pega. Autores como Ingram et al. (2015) salientam que um bom posicionamento e uma boa pega são essenciais para evitar problemas como fissuras, ingestão ineficaz de leite ou cessação precoce da amamentação.

Vários estudos demonstraram que a intervenção direta dos profissionais de saúde, através do treino das mães em estratégias que facilitam uma pega adequada, pode melhorar significativamente a qualidade da amamentação. Um estudo observacional realizado por Vieira et al. (2013) concluiu que as mães que receberam apoio ativo no posicionamento e na pega durante os primeiros dias após o parto apresentaram uma capacidade melhorada e sentiram menos frustração. Além disso, a Guia de Prática Clínica sobre Aleitamento Materno do Ministério da Saúde espanhol recomenda que os profissionais de saúde forneçam apoio prático no treino das estratégias, incluindo a modelação das mamas com a mão em forma de “C” ou “U”, consoante a posição, e a utilização de metáforas visuais, como a “sanduíche”, para facilitar a aprendizagem e promover a autonomia das mães no processo de amamentação.

Durante a mamada em posição de rugby, Gabriela foi orientada a segurar a mama em forma de “U”, com o polegar de um lado e os outros dedos do outro, para moldar a mama e facilitar a pega da Lara. Além disso, foi-lhe recordada a importância de apontar o mamilo para o nariz da Lara, a fim de estimular o reflexo de procura, e de esperar que ela abra bem a boca antes de se aproximar do mamilo. Também foi salientado que o queixo deve estar bem apoiado na mama, com o nariz desobstruído.

A metáfora da sanduíche ajudou a Gabriela a compreender como o segurar na mama em forma de C ou U deve ser feita, consoante a posição. Além disso, quando Lara fazia uma pausa durante a mamada, Rui estimulava a sola do pé ou as costas de Lara para continuar a mamar, o que resultou. Estes comportamentos foram elogiados.

Gabriela ouviu atentamente, mostrou interesse e aplicou as indicações com uma precisão crescente. Já neste encontro, foram alcançados alguns indicadores de progresso: Gabriela conseguiu moldar a mama em forma de “U” e orientar corretamente o mamilo na direção do nariz de Lara. Além disso, reconheceu o momento ideal para aproximar a criança do mamilo, coincidindo com uma grande abertura da boca, e ajustou a posição para garantir que o

queixo estava bem apoiado e o nariz estava desobstruído. Estes primeiros resultados indicaram uma melhoria real da sua capacidade e uma atitude proativa face às dificuldades iniciais da amamentação, o que foi elogiado. Além disso, todas estas melhorias resultaram numa mamada sustentada de 25 minutos.

Por outro lado, durante a mamada, observou-se que Gabriela e Rui olhavam atentamente para a sua filha Lara, demonstrando preocupação com o seu bem-estar e conforto. O Rui interagiu com ela, elogiando a forma como mamava. A seguir, com um grande sorriso, a Gabriela disse à Lara: *-É tão bom ter-te aqui nos meus braços...-*. Constaram-se **comportamentos de ligação efetivos entre mãe/pai-filha**. Conforme descrito nos PQCEESMO, a ligação mãe/pai-filha é um foco de atenção fundamental no âmbito dos cuidados especializados em ESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Este caso realça que a utilização do mamilo de silicone pode ser inicialmente percecionada como uma solução fácil para as dificuldades iniciais da amamentação. No entanto, estudos como o de Kronborg et al. (2017), com uma amostra de 4.815 mães dinamarquesas, destacam que o seu uso está associado a um risco três vezes maior de interrupção precoce da amamentação. Os autores concluem que os mamilos de silicone podem ajudar inicialmente, mas não constituem uma verdadeira solução de apoio para mães inexperientes que necessitam de desenvolver capacidades. Além disso, Ekström et al. (2014) observaram que as consequências do seu uso dependem significativamente da orientação profissional recebida. Neste caso, optou-se por reforçar a autonomia de Gabriela, promovendo uma melhoria das suas capacidades para amamentar.

Durante este contacto, foram desenvolvidas diferentes competências, tal como previsto no Regulamento n.º 391/2019, nomeadamente as relacionadas com a amamentação: a competência 4.1.4, ao *conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio à amamentação*; e a competência 4.3.3 ao *conceber, planear, implementar e avaliar medidas corretivas ao processo de amamentação* (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Assim,

este encontro reflete a *promoção da amamentação como competência parental a desenvolver no primeiro mês após o parto*, tal como está descrito nos *PQCEESMO* (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Às 14h30, após o término da ronda de supervisão com a equipa de serviço, a EE-ESMO e a estudante de EE-ESMO decidiram regressar ao quarto da Gabriela, da Lara e do Rui, a fim de avaliarem a evolução da situação após as intervenções da manhã. Quando bateram suavemente à porta, foi o Rui quem a abriu, convidando-as a entrar com um sorriso. *-Vejo a Gabriela mais serena.... Acho que a conversa de hoje de manhã sobre o parto a ajudou-*, disse o Rui.

Gabriela estava sentada no cadeirão com a Lara a amamentar, na posição de berço. Ao vê-las entrar, olhou para cima e disse, num tom mais animado do que nas horas anteriores: *-Sinto que ela está a amamentar muito melhor. Olhem, já estamos assim há 15 minutos.* -A frase, breve, mas significativa, demonstrou uma inflexão positiva na experiência de amamentação de Gabriela.

O momento serviu para concluir progressos claros naquele dia: Gabriela começou a olhar para o seu parto desde uma nova perspetiva, reconhecendo também elementos positivos nele, e conseguiu amamentar a Lara sem necessidade de recorrer aos mamilos de silicone, tal e como ela desejava.

No que se refere à amamentação, o serviço onde decorreu o caso, dispõe de um programa *BPSO (Best Practice Spotlight Organizations)* de amamentação, liderado pelas EE-ESMO. Este programa inclui o seguimento do processo de amamentação, através de contactos telefónicos e presenciais, com registos estruturados da avaliação nos seguintes momentos: na alta, após oito dias de vida, ao mês, aos seis meses e ao ano. Os registos de avaliação deste programa incluem indicadores sensíveis aos cuidados das EE-ESMO, comuns aos indicados no documento dos *PQCEESMO*, tais como: taxa de mães que iniciam a amamentação na primeira hora pós-parto, ganhos em capacidade para amamentar, taxa de amamentação exclusiva até aos 6 meses, taxa de efetividade na prevenção de ingurgitamento mamário e taxa de efetividade na prevenção de fissura do mamilo (Ordem dos Enfermeiros, 2021). A inclusão no

programa é proposta no momento da alta a todas as mulheres que iniciaram a amamentação durante o internamento. Por conseguinte, este programa seria oferecido à Gabriela no momento da sua alta, permitindo avaliar, no futuro, a eficácia das intervenções efetuadas e o seu impacto no sucesso a longo prazo da amamentação.

Por fim, para concluir o caso, pretende-se também destacar a metodologia de organização do serviço onde o este ocorreu. Esta baseia-se no artigo 42.º da Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu, o qual reconhece a plena autonomia das EE-ESMO para assistir mulheres grávidas, parturientes e puérperas de baixo risco, exercendo as suas funções de maneira independente e responsável. De este modo, no serviço em questão, as EE-ESMO são responsáveis pela admissão, seguimento e alta das parturientes e puérperas de baixo risco, sendo elas próprias a assinar o internamento. Se, durante o internamento, ocorrer algum evento que aumente o nível de risco associado à mulher assistida, a EE-ESMO passa a trabalhar em interdependência com a equipa médica, sendo esta última a responsável pela assinatura da alta. Desta forma, fica garantida a aplicação das suas competências em termos de *identificar e monitorizar alterações aos processos, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação* (Regulamento n.º 391/2019, Ordem dos Enfermeiros).

3.5. SÍNTESE DA EVIDÊNCIA: FACILITAR O INÍCIO ESPONTANEO DO TRABALHO DE PARTO EM MULHERES COM GRAVIDEZ A TERMO TARDIO

A indução do parto/maturação cervical consiste num conjunto de ações destinadas a provocar o fim da gravidez por motivos médicos, tendo sempre em conta o bem-estar fetal, de modo a conseguir um parto vaginal. Um dos motivos mais frequentes para induzir o parto é a prevenção da gravidez pós-termo, ou seja, acima das 42 semanas (Clínic Barcelona, 2025).

A *OMS* (2022) recomenda a indução às 41+0 semanas em gestações fisiológicas e desaconselha a indução rotineira antes desse momento. Além disso, enfatiza a necessidade de uma ecografia antes das 24 semanas para uma datação precisa e lembra que o início espontâneo do trabalho de parto minimiza a necessidade de intervenções e de medicalização excessiva. A *OMS* alerta para o facto de a indução implicar um maior uso de recursos e um maior risco de complicações iatrogénicas, pelo que a sua indicação deve ser devidamente documentada.

A indução deve ser considerada quando os riscos de prolongar a gravidez são superiores aos do nascimento. Atualmente, é indicada, entre outros motivos, em casos de pré-eclâmpsia, gravidez prolongada, rotura das membranas e restrição do crescimento fetal (Neri et al., 2018). A prolongação anormal da gravidez pode aumentar os riscos de mecónio, macrosomia e insuficiência placentária (Ziegler et al., 2024). No contexto da indução, a maturação do colo do útero, avaliada com o índice de Bishop, é fundamental e a sua ausência está associada a um maior número de cesarianas e a piores resultados obstétricos. Os medicamentos mais utilizados para este efeito (ocitocina e prostaglandinas) não estão isentos de efeitos adversos, como hiperestimulação uterina, hemorragia, náuseas, febre, entre outros (Moradi et al., 2022).

Nos países com elevados rendimentos, 1 em cada 4 partos será induzido (Wright et al., 2025). A crescente medicalização dos partos está a afetar a capacidade das mulheres para darem à luz. O parto deve ser encarado como um processo natural, colocando a mulher no centro das decisões, devendo haver intervenção médica apenas em caso de complicações, sendo um processo fisiológico normal

que decorre sem complicações na maioria dos casos. No entanto, demonstrou-se que a maioria das mulheres grávidas saudáveis é submetida a pelo menos uma intervenção clínica durante o parto. Muitas dessas intervenções são desnecessárias e potencialmente prejudiciais. As cesarianas ou a utilização de oxitocina para induzir ou acelerar o parto eram recursos utilizados apenas para evitar riscos ou tratar complicações, mas que atualmente se tornaram comuns (Barral, 2018).

Recomenda-se a adoção de estratégias que promovam o início espontâneo e reduzam as intervenções médicas (Mollart et al., 2015; Zamora-Brito et al., 2024). No contexto perinatal, a OMS (2022) recomenda o recurso a intervenções não farmacológicas para mulheres grávidas saudáveis, consoante as suas preferências: técnicas de relaxamento, como o relaxamento muscular progressivo; técnicas de respiração, a música, a meditação, a atenção plena (mindfulness), técnicas manuais, como massagens, e outras técnicas. Muitas grávidas procuram opções não farmacológicas. A utilização de métodos alternativos é ampla no contexto perinatal, embora pouco explorada no que se refere à indução do trabalho de parto (Koh et al., 2019; Tadokoro et al., 2023). Neste contexto, mulheres e EE-ESMO procuram estes métodos para facilitar um parto mais fisiológico e evitar, sempre que possível, intervenções farmacológicas ou mecânicas invasivas (Gregson et al., 2015; Torkzahrani et al., 2017).

Tendo em conta o exposto, foi formulado o seguinte objetivo: identificar quais são as intervenções promotoras da ativação fisiológica do início do trabalho de parto em mulheres com gravidez a termo tardio.

O tema escolhido está diretamente relacionado com as competências da EE-ESMO, descritas no Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio. Mais concretamente, com: *cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal e trabalho de parto, de forma a potenciar a sua saúde, detetar e tratar precocemente as complicações, promovendo o bem-estar materno e fetal*. No âmbito da indução do trabalho de parto, a EE-ESMO deve *prestar cuidados à mulher e facilitar a sua adaptação, bem como*

conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções com o objetivo de promover uma gravidez saudável, promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina; e conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções que promovam o conforto e o bem-estar da mulher e das pessoas que lhe são próximas (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Metodologia

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de identificar as principais intervenções promotoras da ativação fisiológica do início do trabalho de parto em mulheres com gravidez a termo tardio. A questão de investigação formulada foi a seguinte: *Quais são as intervenções promotoras da ativação fisiológica do início do trabalho de parto em mulheres com gravidez a termo tardio?* De acordo com a ACOG (2013), a gravidez a termo foi redefinida em categorias por intervalos semanais, dado que os resultados perinatais variam dentro do período tradicionalmente considerado "a termo". Distinguem-se: termo completo (39+0-40+6), termo tardio (41+0-41+6) e pós-termo (mais de 42+0).

A estratégia de pesquisa foi concebida e executada nas bases de dados SciELO, LILACS, EBSCOhost, PubMed, Scopus e Cochrane Library entre novembro de 2024 e setembro de 2025, tendo os termos sido adaptados à especificidade de cada fonte. Foram utilizados os seguintes descritores DeCS/MeSH: "Complementary Therapies", "Midwifery", "Labor, Obstetric", "Pregnancy, Prolonged", "Pregnancy, High-Risk", "Induced Labor" e "Labor Onset". Na ausência de um descritor específico para "indução natural", foram integrados termos livres combinados com os descritores acima mencionados: "medicina alternativa", "indução natural", "métodos não farmacológicos", "acupressão", "reflexologia", "aromaterapia", "acupuntura", "óleo de ricino", "nutrição", "suplementos alimentares", "infusões de ervas", "estimulação mamária" e "biomecânica". Da mesma forma, foram incluídos os termos "parto

espontâneo”, “início do parto espontâneo” e “gravidez de baixo risco”. As equações de pesquisa foram construídas utilizando os operadores booleanos AND, OR e NOT.

A seleção foi realizada em três etapas: primeiro, triagem por título; em seguida, triagem por resumo com a participação de uma segunda revisora, resolvendo as discrepâncias por consenso após discussão conjunta; e, por fim, leitura do texto completo para seleção final dos estudos incluídos.

Estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos que descrevessem intervenções promotoras da ativação fisiológica do início do trabalho de parto em mulheres com gravidez única a termo completo (40-40+6 semanas) ou a termo tardio (41-41+6 semanas), cuja gravidez se tivesse desenvolvido sem intercorrências. Foram excluídos os estudos provenientes de contextos não extrapoláveis para o sistema de saúde português ou para o ambiente clínico das EE-ESMO de Portugal, bem como os estudos qualitativos, de opinião e os estudos pré-clínicos. Por fim, foram selecionados 25 artigos. O processo de identificação, triagem e seleção dos artigos encontra-se no Apêndice I (Diagrama de fluxo). Os artigos selecionados encontram-se no Apêndice II, onde consta uma tabela com a respetiva análise.

Principais resultados

A partir dos dados extraídos dos documentos selecionados, foi realizada uma síntese integrativa que destaca as principais evidências de acordo com o tema analisado. Foram identificados documentos que abordam as seguintes intervenções: consumo oral de óleo de rícino ou tâmaras, cápsulas orais de camomila, comprimidos homeopáticos orais, comprimidos orais de açafreão, atividade física regular (caminhadas), acupuntura, acupressão ou reflexologia podal em pontos-alvo, aromaterapia (banho de pés), comprimidos vaginais de óleo de onagra, atividade sexual e estimulação mamária.

Para facilitar a leitura, os resultados são apresentados por intervenção e ordenados de acordo com o nível de evidência disponível. Em primeiro lugar,

são descritas as intervenções provenientes de ECR, revisões sistemáticas e metanálises (consumo de tâmaras, óleo de rícino, estimulação mamária, atividade física e óleo de onagra). A seguir, são apresentadas as intervenções com evidência favorável, mas heterogênea, ou com incertezas quanto ao método de implementação (acupuntura, acupressão, aromaterapia, terapia combinada de acupressão/aromaterapia/reflexologia, camomila e açafrão). Por fim, são apresentadas as intervenções com evidência insuficiente ou negativa para favorecer o início espontâneo do trabalho de parto (atividade sexual e homeopatia).

Consumo de tâmaras

A tâmara (*Phoenix dactylifera* L.), fruto da tamareira, é rica em frutose, glicose, taninos, serotonina, ácidos gordos linoleico e linolénico, cálcio, ferro, potássio e magnésio, bem como em compostos com atividade estrogénica e progestagénica, e agentes com um efeito semelhante ao da ocitocina. Em conjunto, estes componentes podem contribuir para resultados perinatais favoráveis (Salajegheh et al., 2024).

Uma revisão sistemática com meta-análise que quantificou o efeito do consumo de tâmaras no final da gravidez informou, entre outras descobertas, que 3/10 estudos mostraram uma redução significativa na necessidade de indução. Na análise agrupada, a ingestão de tâmaras foi associada a um maior início espontâneo do trabalho de parto (5 ECR + 1 não ECR; IC 95% 1,11-1,56; $p = 0,001$) e menor necessidade de indução (5 ECR + 2 não ECR; IC 95% 0,39-0,60; $p < 0,001$). Além disso, as mulheres que consumiram tâmaras foram admitidas com dilatação e pontuação de Bishop significativamente superiores e apresentaram maior frequência de parto vaginal espontâneo, sem redução significativa do parto instrumental ou da cesariana (Salajegheh et al., 2024).

A mesma revisão destaca a escassez de ECR que documentam efeitos adversos e a baixa qualidade metodológica de parte das evidências. Para confirmar os efeitos e estimar com rigor os índices de segurança, são necessários estudos de

maior qualidade que definam a dose e a duração ideal da intervenção (Salajegheh et al., 2024). Em conformidade com o exposto, outra revisão sistemática com metanálise (oito estudos) concluiu que o consumo de tâmaras pode reduzir a duração da fase ativa e otimizar a pontuação de Bishop. No entanto, dada a baixa ou média qualidade dos estudos incluídos, são necessários mais ECR para corroborar esses resultados (Bagherzadeh Karimi et al., 2020).

Óleo de rícino

O óleo de rícino, extraído da *Ricinus communis*, foi um dos primeiros procedimentos médicos relatados para induzir o parto na primeira metade do século passado, tendo sido utilizado pelos antigos egípcios. O seu efeito é atribuído ao ácido ricinoleico, um ácido gordo hidroxilado que ativa especificamente o recetor prostanoide EP3. Além do seu efeito laxante comprovado, demonstrou eficácia uterina para induzir o parto. Durante a década de 1960, a ocitocina passou a ser utilizada em substituição do óleo de rícino na prática obstétrica, sobretudo com o objetivo de reduzir os efeitos gastrointestinais adversos (Ziegler et al., 2024).

Inicialmente, as evidências eram limitadas: uma revisão sistemática que incluiu três estudos concluiu que a qualidade era baixa e insuficiente para determinar a eficácia do óleo de rícino na maturação cervical e na indução do parto; nos três estudos, observou-se uma alta frequência de náuseas, apontando a necessidade de ECR de maior qualidade (Kelly et al., 2013). Todavia, resultados subsequentes demonstraram desfechos mais favoráveis.

Uma revisão sistemática com meta-análise que sintetizou oito ECR informou que, em seis estudos, o óleo de rícino induziu o parto, apoiando uma possível associação entre a produção intestinal de prostaglandinas e a atividade uterina. Foram detetadas diferenças estatisticamente significativas tanto na pontuação de Bishop como na taxa de indução após a intervenção. As complicações relatadas (em dois estudos) incluíram hipertensão, contrações uterinas, náuseas e vômitos. Não obstante, a FDA classifica o óleo de rícino como um

laxante seguro. Esta revisão conclui que uma dose única oral de 60 ml pode induzir a maturação cervical e o trabalho de parto (Moradi et al., 2022).

De forma concordante, outra revisão sistemática e metanálise de 12 estudos concluiu que o uso de óleo de rícino em 1653 mulheres a termo poderia ser considerado um método não farmacológico seguro e eficaz para induzir o parto e aumentar a prevalência de partos vaginais sem complicações. Na análise agrupada de dez estudos, a proporção de partos vaginais foi maior com óleo de rícino do que no grupo de controlo (81% vs. 69%) (Amerizadeh et al., 2022).

De acordo com o exposto anteriormente, os resultados de uma coorte retrospectiva na Alemanha forneceram evidências favoráveis quanto à segurança e eficácia da administração de uma mistura de óleo de rícino para induzir o parto em mulheres múltiparas a termo: o início do parto foi estabelecido em 109 (74%) mulheres que, nas 12 horas anteriores, receberam essa mistura. Os autores recomendam a utilização de uma preparação padronizada composta exclusivamente por óleo de rícino de qualidade comprovada (Ziegler et al., 2024).

Entre as possíveis complicações, destacam-se a presença de mecônio e as alterações eletrolíticas maternas secundárias à diarreia; além disso, muitas mulheres recorrem à autoadministração do óleo, seguindo esquemas de dosagem variáveis (Sanchez-Ramos et al., 2024). Em conjunto, o óleo de rícino pode aumentar a taxa de indução do parto; contudo, são necessários estudos de maior qualidade para confirmar de forma conclusiva a sua segurança (Amerizadeh et al., 2022).

Estimulação mamária

A estimulação mamária tem sido historicamente utilizada em diversas culturas para induzir ou potenciar o trabalho de parto; já em textos europeus dos séculos XVIII e XIX era descrita a sua utilização no tratamento do parto prolongado. Embora o mecanismo exacto pelo qual provoca alterações cervicais não seja conhecido com certeza, sabe-se que gera contrações uterinas. Foi proposto que

a técnica aumenta a libertação endógena de ocitocina tanto em mulheres grávidas como em não grávidas, embora não tenha sido claramente demonstrada uma relação direta entre os níveis de ocitocina e a resposta uterina intraparto a essa estimulação (Kavanagh et al., 2005).

As investigações iniciais são provenientes de uma revisão sistemática que abrangeu 13 ECR com um total de 719 mulheres, cujo objetivo foi avaliar a eficácia e a segurança do método no que diz respeito à maturação cervical e à indução. Em comparação com o grupo de ausência de intervenção, observou-se uma redução significativa no número de mulheres que não iniciaram o trabalho de parto às 72 horas no grupo de estimulação (n=437); não foram registados casos de hiperestimulação uterina e verificou-se uma diminuição significativa da hemorragia pós-parto (n=300). De um total de 13 ECR, 12 foram realizados em mulheres de baixo risco e não revelaram quaisquer alterações na mortalidade perinatal. Em contraste, no único ECR com mulheres de alto risco, os autores recomendaram a suspensão da sua utilização até que a segurança fosse completamente avaliada (Kavanagh et al., 2005).

Atualizando as evidências, uma revisão sistemática publicada em abril de 2025 (7 ECR; 824 mulheres) analisou a estimulação mamária hospitalar como método não farmacológico de indução ou aceleração e o seu efeito sobre a duração total do parto. A estimulação mamária mostrou-se razoável para induzir ou acelerar o trabalho de parto, mas sem impacto significativo na duração total em comparação com a ocitocina sintética ou o balão transcervical. Os autores salientaram a necessidade de ECR em grande escala para validar estes resultados (Hoskins et al., 2025).

Atividade física

A relação entre a atividade física no final da gravidez e o início espontâneo do trabalho de parto permanece objeto de estudo. Contudo, as alterações fisiológicas necessárias para o início do parto oferecem um possível mecanismo: os níveis de progesterona diminuem e os de estrogénio aumentam, o que favorece a maturação cervical e a promoção das contrações uterinas; este

aumento de estrogénio está também associado a uma maior produção de ocitocina para estimular essas contrações. Foi demonstrado que os níveis de ocitocina também aumentam em resposta à atividade física (Nulty et al., 2022). Outra explicação plausível é o aumento da contratilidade uterina observado durante e após o esforço físico (Pereira et al., 2022).

Relativamente à evidência clínica, um estudo de casos cruzados e auto-emparelhados demonstrou que as probabilidades de início do trabalho de parto espontâneo aumentaram dentro de 24 horas após a realização de, pelo menos, 30 minutos de atividade física recreativa em grávidas a termo. Estes resultados corroboram as atuais recomendações de prática de atividade física durante a gravidez e apontam para a potencialidade de utilização da atividade física recreativa para induzir o trabalho de parto a termo, embora sejam necessários estudos que avaliem a causalidade (Nulty et al., 2022).

De acordo com o exposto, um ECR realizado em Portugal com 131 mulheres de baixo risco que não praticavam exercício físico regular demonstrou que caminhar a 4 km/h durante 30 minutos, 3 vezes por semana, a partir da 38.^a semana da gravidez, é seguro, promove o início espontâneo do parto e reduz as taxas de parto vaginal instrumentalizado em comparação com a manutenção das atividades laborais e domésticas habituais. No entanto, os autores salientam que os resultados podem variar noutros contextos e recomendam a sua confirmação por meio de estudos mais abrangentes (Pereira et al., 2022).

Óleo de onagra

A primula (*Oenothera biennis*, família Onagraceae) é utilizada, para além do tratamento de patologias inflamatórias como a artrite reumatoide, no tratamento de problemas de saúde femininos, como a mastalgia, os sintomas pré-menstruais e os sintomas menopáusicos, bem como na indução ou potenciação do parto. O seu efeito terapêutico é atribuído ao óleo das suas sementes, composto principalmente por ácido linoleico (60-65%) e ácido γ -linolénico (7-14%), juntamente com ácidos oleico, palmítico e esteárico.

Embora o seu uso clínico seja frequente, a eficácia do óleo de onagra na preparação cervical e no encurtamento do parto continua a ser controversa. Conforme referido por Shahinfar et al. (2023), sugere-se que o ácido γ -linolénico promove a síntese da prostaglandina E2, um agente crucial na maturação cervical.

A partir da análise de diversos estudos, uma revisão sistemática com metanálise com um total de 920 mulheres nulíparas com gravidez a termo avaliou o efeito do óleo de onagra sobre a maturação cervical e os resultados do parto, encontrando uma melhoria significativa na pontuação de Bishop. Constatou-se, como resultado secundário, que o óleo de onagra foi associado a uma maior pontuação de APGAR aos 5 minutos. Contudo, os autores sublinharam a necessidade de estudos adicionais para corroborar estas descobertas (Shahinfar et al., 2023).

De forma concordante, um ECR posterior (n=96) observou que, após a intervenção, a pontuação de Bishop foi significativamente maior com óleo de onagra em comparação com placebo ($5,83 \pm 1,68$ vs. $5,19 \pm 1,52$; $p = 0,002$). Consequentemente, a necessidade de indução foi superior no grupo placebo: ocitocina (31,3% vs. 10,4%; $p = 0,012$) e amniotomia (75% vs. 41,7%; $p = 0,001$). Os autores concluem que 1.000 mg de óleo de onagra por via vaginal podem ser considerados uma abordagem segura e eficaz para a maturação cervical em grávidas a termo de baixo risco, embora sejam necessários mais estudos (Shideh et al., 2024).

Acupuntura

A acupuntura consiste na inserção de agulhas finas na pele e nos tecidos subjacentes em pontos precisos do corpo (Wieland & Santesso, 2018). Considera-se um tratamento relativamente seguro, com efeitos adversos leves ou limitados (dor, inflamação, hematomas ou sangramento no ponto de inserção). A acupuntura tem suscitado um interesse crescente na obstetrícia e ginecologia, embora os resultados permaneçam controversos (Zamora-Brito et al., 2024). O mecanismo proposto para a indução por acupuntura envolve a

estimulação uterina por meio de alterações hormonais ou do sistema nervoso, tendo sido descrito um aumento da descarga dos núcleos talâmicos e do eixo hipotálamo-hipofisário anterior (Wieland & Santesso, 2018; Zamora-Brito et al., 2024). Além disso, poderia aumentar a contratilidade uterina por libertação central de ocitocina ou estimulação parassimpática do útero.

Entre os pontos mais utilizados para induzir o trabalho de parto, destacam-se a região da bexiga 32, a região do baço 6 e a região da bexiga 60. A bexiga 32 encontra-se localizada no meridiano da bexiga, na região sacra, medial e inferior à espinha ilíaca pósterio-superior, no segundo orifício sacro. Esta localização é recomendada para o tratamento de dor lombar, dismenorreia, menstruação irregular, dor e indução do parto. O baço 6 situa-se no meridiano do baço, a 5 cm acima do maléolo interno sobre a tíbia. É utilizado no tratamento da dismenorreia, da dor do trabalho de parto e do amolecimento do colo do útero. A localização da bexiga 60 corresponde ao meridiano da bexiga, situando-se no ponto médio entre a proeminência do maléolo lateral e o tendão de Aquiles. O seu puncionamento é utilizado para reduzir a ansiedade e a dor, bem como para amolecer o colo do útero (Torkzahrani et al., 2017). O ponto de acupressão Intestino Grosso 4 (LI4) encontra-se na região dorsal da mão, especificamente entre o primeiro e o segundo metacarpo, no ponto médio do segundo, próximo à borda radial. A sua função principal é a de promover a circulação da energia ao longo dos canais e restabelecer o equilíbrio energético do corpo. Os pontos Intestino Grosso 4 (LI4) e Baço 6 (SP6) são os mais utilizados, devido ao seu efeito hipotético de induzir contrações (Gregson et al., 2015). Alguns estudos adicionam a Vesícula Biliar 21, a Bexiga 67 (para promover a descida cefálica), e pontos adicionais do canal da bexiga 31 e 56, ou Fígado 3 e Rim 1, que poderiam reduzir as hormonas do stresse, facilitando a libertação de ocitocina (Gregson et al., 2015).

A eficácia e a segurança da acupuntura e da acupressão na maturação cervical e indução do parto foram objeto de uma revisão sistemática. As evidências de 22 ECR realizados com 3456 mulheres sugerem um benefício potencial na preparação do colo do útero. No entanto, os dados não permitem determinar o

momento mais adequado para a administração do tratamento nem o número de sessões necessárias. Deste modo, é necessário realizar estudos de maior qualidade para obter conclusões sólidas sobre o assunto (Wieland & Santesso, 2018).

Nesse mesmo ano, um estudo prospetivo avaliou se a acupuntura no final da gravidez reduzia a necessidade de indução por gravidez a termo tardio (41+5 semanas). Os pontos de acupuntura LI4, SP6, Estômago 36, Fígado 3, Bexiga 67 e Vesícula Biliar 31 foram estimulados. As mulheres do grupo de acupuntura apresentaram um início espontâneo do parto mais frequente do que as do grupo de observação (75% vs. 52,8%) e uma taxa de indução mais baixa (19,6% [22/112] vs. 38% [100/263]). Concluiu-se que a acupuntura a termo parece eficaz para reduzir a indução às 41+5 semanas; contudo, foram recomendados mais estudos para reforçar a evidência (Neri et al., 2018).

Posteriormente, um ECR realizado em Espanha demonstrou que 65,1% (69/106) das mulheres no grupo de acupuntura foram internadas por início de trabalho de parto ou rotura prematura das membranas, em comparação com 39,6% (42/106) do grupo de controlo. Adicionalmente, as mulheres pertencentes ao grupo de intervenção foram internadas 1,25 dias antes da data programada para a indução, em comparação com 0,67 dias no grupo de controlo. As participantes do grupo de intervenção receberam tratamento nos mesmos pontos de acupuntura por uma EE-ESMO acupunturista com certificação profissional. Como resultados secundários, destacou-se um maior nível de satisfação no grupo de acupuntura, sem diferenças na taxa de cesarianas ou no tempo entre a admissão e o parto, e sem achados significativos de segurança materna ou aumento de resultados neonatais adversos (Zamora-Brito et al., 2024).

Acupressão

A acupressão fundamenta-se nos mesmos princípios e pontos da acupuntura, embora implique a aplicação de pressão manual (frequentemente com o indicador ou o polegar) em substituição da inserção de agulhas (Wieland &

Santesso, 2018). Em oposição à acupuntura, esta técnica é não invasiva e pode ser autoadministrada pela mulher ou pessoa significativa (Mollart et al., 2015).

Num ECR realizado no Reino Unido com grávidas de baixo risco a termo tardio, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos no intervalo entre o tratamento e o início do parto, na necessidade de administração de ocitocina ou na via de parto. A incidência de mecónio no líquido amniótico e os resultados neonatais foram semelhantes. Cabe salientar que no grupo de intervenção apenas dois pontos foram estimulados (LI4 e SP6) e o estudo não especificou o tempo nem a frequência de aplicação (Gregson et al., 2015).

Uma revisão sistemática sobre a acupressão e o início/duração do parto permitiu identificar sete estudos, dos quais apenas um (controlado não randomizado) explorou o início do trabalho de parto e a redução da indução farmacológica. Este estudo utilizou as seguintes localizações: SP6, LI4 e GB21, em mulheres com 40 semanas, tendo-se constatado uma maior probabilidade de início espontâneo naquelas que receberam acupressão. Dada a escassez de estudos específicos e a sua potência limitada, os autores concluíram que são necessárias mais investigações com tamanho amostral adequado (Mollart et al., 2015).

Mais tarde, um ECR comparou a acupressão, a acupressão simulada e os cuidados habituais em nulíparas de baixo risco a partir de 39 semanas. O início espontâneo ocorreu em 30% dos casos de acupressão, 20% de simulação e 22% de prática habitual, sem diferenças estatisticamente significativas. Adicionalmente, não se observaram diferenças entre as 49 e 96 horas, nem entre 97 horas e a admissão (Torkzahrani et al., 2017). O número e a frequência das aplicações não foram especificados.

Por fim, uma revisão sistemática sobre a acupuntura e a acupressão para maturação cervical e indução não encontrou evidências de benefício da acupressão em mulheres que não estavam em trabalho de parto; contudo, a técnica parece segura e sugere benefício potencial, embora persista a incerteza

sobre o momento da administração e o número de tratamentos (Wieland & Santesso, 2018).

Shiatsu como técnica específica de acupressão

O Shiatsu é uma forma específica de acupressão, tradicionalmente utilizada em países orientais, que se baseia na pressão digital e, por vezes, em áreas extensas do corpo (Teimoori et al., 2015). O efeito do tratamento foi avaliado no decurso de um ECR, no qual se aplicou pressão durante 30 segundos em GB21 (ombro), LI4 (mão) e SP6 (perna), recorrendo ao polegar e ao dispositivo Acu-health. O início espontâneo do parto ocorreu em 82 (56,9%) mulheres do grupo Shiatsu, contra 12 (8,3%) do grupo de controlo, concluindo-se que poderia ser usado como método complementar seguro para a indução em grávidas de baixo risco a termo tardio (Teimoori et al., 2015).

Aromaterapia

A aromaterapia, enquanto possível método natural para estimular o trabalho de parto, é considerada um modulador da libertação endógena de ocitocina através da redução do stresse. Neste contexto, a lavanda é utilizada devido ao seu efeito ansiolítico, e a sua combinação com sálvia esclarea pode contrariar a supressão da ocitocina induzida pelo stresse (Tadokoro et al., 2023).

Num estudo experimental não randomizado, procedeu-se à comparação de três grupos: salva-esclarea e lavanda (banho de pés com ambos os óleos), jasmim (banho de pés com óleo de jasmim) e controlo (banho de pés sem óleos). Os banhos de pés foram preparados com 10,7 litros de água a 42 °C; os óleos foram emulsionados com 6 g de sal e infundidos imediatamente antes: 0,2 ml de Salvia sclarea e 0,1 ml de Lavandula officinalis; 0,25 ml de jasmim. Não se observaram diferenças basais na ocitocina salivar entre os grupos. Após a intervenção, a ocitocina aumentou significativamente na sálvia e na lavanda (de 139,5 para 152,0 pg/mL), apresentando um aumento não significativo no jasmim (de 166,2

para 171,0 pg/mL) e uma diminuição no controlo (de 141,6 para 138,4 pg/mL). Contudo, as mudanças entre os grupos não foram estatisticamente significativas. Em ambos os grupos experimentais, foi observada uma redução do cortisol salivar, o que sugere uma diminuição do stresse sem efeitos adversos. Não obstante, não foi possível concluir que o aumento da ocitocina salivar desencadeia o início espontâneo do parto, uma vez que o limiar necessário é desconhecido. Os autores recomendam, para futuras investigações, a utilização reiterada do banho de pés com aromaterapia, melhorias na medição da ocitocina e a avaliação dos resultados obstétricos em amostras mais extensas com atribuição randomizada (Tadokoro et al., 2023).

Terapia combinada de acupressão, aromaterapia e reflexologia podal

Num estudo de coorte retrospectivo no Reino Unido, com uma amostra de 1044 mulheres grávidas, 397 receberam a terapia combinada e 647 receberam a prática clínica padrão. A terapia combinada foi realizada através da aplicação de pressão localizada nos pontos de acupressão GB21, LI4 e SP6. Além disso, foi realizada a reflexologia podal na zona pituitária do dedo grande de ambos os pés, aplicando pressão firme e pulsante 30 vezes em cada ponto (aproximadamente 30 segundos, de acordo com a tolerância). Por fim, foi utilizada a aromaterapia com uma mistura a 3% (60 ml de óleo de semente de uva com 12 gotas de jasmim, lavanda e sálvia esclareaia), para massajar os pés, ombros ou mãos, conforme a preferência. Embora os dados iniciais apontassem para uma aparente redução das induções, a análise final não mostrou um efeito global significativo nem na redução da indução farmacológica nem no aumento do parto vaginal espontâneo. Em conjunto, esta terapia combinada apresentou efeitos variáveis, pelo que são necessários estudos adicionais para definir com maior precisão os benefícios e riscos (Koh et al., 2019).

Camomila

Desde a antiguidade, a camomila (*Matricaria recutita*) tem sido utilizada como erva medicinal, apresentando propriedades tónicas, analgésicas, sedativas, estimulantes do apetite, cicatrizantes, antivirais e antibacterianas, bem como efeitos anticancerígenos, antianémicos e emenagogos. Ervas como a camomila têm sido historicamente consideradas ocitócicas e estimulantes da contração uterina (Gholami et al., 2016).

Num ECR duplo-cego com 80 primíparas a partir das 40 semanas de gravidez, a camomila mostrou efeito indutor do parto. Cada participante recebeu um frasco com 42 cápsulas (500 mg), administrando duas cápsulas a cada 8 horas. Após uma semana do início do estudo, 92,5% do grupo da camomila e 62,5% do grupo de controlo apresentaram sinais de trabalho de parto; a diferença entre os dois grupos foi estatisticamente significativa. O intervalo médio até ao início do trabalho de parto foi de 62,705 horas no grupo da camomila, contra 106,456 horas no grupo de controlo (Gholami et al., 2016).

Dado que a gravidez a termo tardio pode ser acompanhada de stresse e ansiedade, com aumento da adrenalina e libertação de ACTH que poderia retardar o início do trabalho de parto, os autores defendem que um tratamento relaxante como a camomila poderia reduzir a adrenalina e a noradrenalina, atenuar os seus efeitos inibidores e favorecer a libertação de ocitocina, aumentando a atividade miométrial e as contrações. Conforme demonstrado por Gholami et al. (2016)., a camomila pode induzir o trabalho de parto em casos de gravidez a termo tardio. Contudo, são necessários estudos adicionais para recomendar a utilização da camomila como método de indução.

Açafrão

O açafrão (*Crocus sativus* L.) é uma planta herbácea, sem caule, cujos principais compostos (óleo essencial com terpenos, picrocrocina e crocina) têm sido tradicionalmente utilizados, com e sem prescrição médica, na medicina tradicional para induzir o parto. Alguns textos clássicos atribuem-lhe efeitos

indutores sobre a musculatura lisa uterina. Na medicina chinesa, é recomendado para casos de menorragia, parto difícil e hemorragia pós-parto. Contudo, a literatura científica aponta para a existência de um potencial risco de dano fetal no primeiro trimestre (organogênese), enquanto o consumo moderado (0,5-2 g/dia) após o primeiro trimestre é considerado como podendo favorecer a elasticidade uterina e facilitar o parto (Sadi et al., 2016).

Num ECR, duplo-cego, foi avaliada a influência da administração oral de açafrão na maturação cervical. O grupo de intervenção recebeu três comprimidos de 250 mg cada (com uma administração a cada 8 horas durante 24 horas); o placebo era idêntico em aparência e excipientes, sem vestígios de açafrão. No grupo do açafrão, a pontuação de Bishop aumentou de 2,6 no início para 3,0 às 10-12 horas, 5,2 às 20-24 horas e 7,2 após o início das contrações uterinas; no grupo placebo, a pontuação de Bishop aumentou de 2,6 para 2,6, 4,0 e 6,2 respetivamente. Não se observaram diferenças significativas no início nem às 10-12 horas, contudo, foram detetadas às 20-24 horas e após o início das contrações. Com base nos resultados obtidos, o açafrão oral parece ter eficácia na maturação cervical em mulheres grávidas a termo. Contudo, as limitações do estudo não permitem tirar conclusões definitivas sobre a sua utilização clínica, sendo necessária mais investigação para avaliar o seu impacto no parto e possíveis efeitos secundários (Sadi et al., 2016).

Atividade sexual

As relações sexuais têm sido consideradas um método natural para induzir o parto através de vários mecanismos fisiológicos. Em situações de relações vaginais com ejaculação masculina, o sémen apresenta uma concentração significativa de prostaglandinas E e F2 α . Estes compostos químicos são utilizados em contextos de indução farmacológica, e, após a relação sexual, a concentração de prostaglandinas no muco cervical excede os níveis normais. Além disso, o prazer sexual pode também exercer efeitos mecânicos, dado o aumento das contrações uterinas descrito após a relação. Em especial, o

orgasmo feminino tem sido associado a uma maior contratilidade uterina (Carbone et al., 2019).

Contudo, uma revisão sistemática com meta-análise que avaliou três ECR (n=1483, gravidez única a termo e apresentação cefálica) não observou diferenças na incidência de início espontâneo do trabalho de parto entre as mulheres do grupo de intervenção e as do grupo de controlo (0,82 versus 0,80). Contudo, os autores concluem que, em grávidas a termo de baixo risco, as relações sexuais não devem ser restringidas por motivos de segurança, recomendando novos estudos que avaliem especificamente o impacto do orgasmo, da ejaculação, do uso de preservativo, da frequência e de outros fatores no efeito indutivo do trabalho de parto (Carbone et al., 2019).

Homeopatia

Os preparados homeopáticos são obtidos através da diluição e agitação vigorosa repetida das substâncias originais, em quantidades diminutas. O seu processo de preparação envolve diluições sucessivas, com agitação vigorosa repetida, um processo que se atribui a capacidade de estimular o sistema imunitário do organismo. A potência é rotulada em conformidade com a proporção de diluente/agente e o número de etapas: D (diluição decimal, 1/10) ou C (diluição centesimal, 1/100) mais o número de etapas (por exemplo, C5 = cinco diluições 1/100). Supõe-se que diluições maiores apresentam uma ação mais rápida sobre os sintomas e uma menor probabilidade de ocorrência de efeitos secundários em comparação com as substâncias originais (Smith, 2003).

A única revisão sistemática localizada avaliou a eficácia e a segurança da homeopatia para a maturação cervical e indução do parto no terceiro trimestre, tendo incluído dois ECR. No primeiro estudo, foi realizada uma comparação entre a administração dum preparado homeopático à base de *caulophyllum* (250 mg D4 em 40 gestantes a termo; um comprimido por hora durante sete horas) e um placebo (com os mesmos excipientes, mas sem princípio ativo). No segundo estudo, 93 mulheres a termo foram distribuídas por cinco terapias

(preparados homeopáticos à base de *caulophyllum*, *arnica*, *actea racemosa*, *pulsatilla* ou *geranium*) ou placebo (53 vs. 40). Com base nos dois ECR analisados, constatou-se um único caso de parto vaginal em 24 horas no grupo de controlo. No grupo de intervenção, não foi registado qualquer caso de parto vaginal em 24 horas. A revisão salientou a ausência de especificações metodológicas, o reduzido tamanho da amostra e, em conjunto, a potência estatística insuficiente. Dado que algumas mulheres continuam a recorrer à homeopatia para este fim, a autora salienta a necessidade de ECR rigorosos e com potência estatística adequada. No entanto, não foram identificadas novas evidências clínicas relevantes neste campo (Smith, 2003).

Síntese dos resultados

As evidências revistas sugerem que algumas intervenções podem ter efeitos positivos no início espontâneo do trabalho de parto a termo tardio. Entre elas, o consumo de tâmaras apresenta uma associação com um maior início espontâneo, menor necessidade de indução e melhores parâmetros de maturação cervical. O óleo de rícino exhibe indícios de eficácia para a maturação cervical e o início do parto, embora a sua aplicabilidade seja limitada pela heterogeneidade das preparações e pelas suas possíveis complicações associadas. A estimulação mamária parece constituir uma opção razoável de baixo risco, com mais inícios de trabalho de parto nas 72 horas seguintes. A atividade física (caminhada) é segura e está associada a uma maior probabilidade de início espontâneo e menos partos instrumentais. Por fim, o óleo de onagra mostra melhora na pontuação de Bishop e possível redução da necessidade de indução. No entanto, persiste a necessidade de novos ECR robustos que estabeleçam as doses, vias e frequência de aplicação, bem como a confirmação da eficácia e segurança.

Outras intervenções apresentam resultados favoráveis, embora heterogêneos ou com incertezas quanto ao método de implementação. A acupuntura pode ser considerada uma opção, com sinais de aumento de inícios espontâneos e

redução de induções, sem aumento de cesarianas ou eventos neonatais adversos e com maior satisfação materna, embora falte precisão sobre o momento e o número de sessões. A acupressão (incluindo o shiatsu) apresenta um perfil de segurança favorável, contudo, a sua eficácia é inconsistente e depende dos pontos, tempo, frequência e aplicação. A aromaterapia é sustentada unicamente por um estudo não randomizado que sugere uma redução do stresse (aumento da ocitocina salivar e diminuição do cortisol), sem demonstrar impacto direto sobre o início do parto. A terapia combinada de acupressão, aromaterapia e reflexologia podal apresentou efeitos variáveis e, em conjunto, não demonstrou efeito significativo sobre a redução das induções médicas. A camomila e o açafrão apresentam sinais iniciais de benefício sobre a diminuição do tempo até ao início do trabalho de parto ou à maturação cervical. No entanto, os estudos são limitados, precisando-se de mais estudos.

Por fim, a atividade sexual, apesar dos fundamentos biológicos (prostaglandinas, ocitocina e efeito mecânico), não mostra um aumento do início espontâneo do trabalho de parto. Contudo, não deve ser restringida em grávidas de baixo risco por motivos de segurança. A homeopatia não apresenta benefícios comprovados, com evidência muito limitada, pelo que não pode ser recomendada para este fim.

Limitações

Após a realização da pesquisa e análise, denotou-se que, no âmbito obstétrico, a maioria dos estudos avalia o impacto destas intervenções em resultados diferentes do início espontâneo do trabalho de parto (por exemplo, efeito analgésico, duração do trabalho de parto, satisfação materna). De facto, não foram identificados estudos que tenham examinado especificamente o potencial indutor da folha de framboesa ou da reflexologia podal. Em contrapartida, foi descoberta uma revisão sistemática (Yang et al., 2024) acerca da relação entre a reflexologia podal e os demais resultados obstétricos.

Implicações para a prática

Após a revisão da evidência científica e com base nos artigos analisados, considera-se que as possíveis implicações para a prática devem ser apresentadas mais como "sugestões" do que como "recomendações", dada a natureza heterogénea dos estudos, a baixa/muito baixa certeza reportada e a ausência de diretrizes padronizadas em termos de dose, momento e duração. As referidas sugestões devem limitar-se à população-alvo estudada: mulheres grávidas saudáveis entre as 40+0 e as 41+6 semanas, excluindo explicitamente qualquer patologia materno-fetal, contraindicações à estimulação da atividade uterina ou à prática de exercício físico, bem como gravidezes múltiplas.

Com base nesta cautela, poderão ser consideradas intervenções com um perfil de segurança relativamente favorável, como a prática de atividade física de intensidade leve a moderada (caminhadas), a estimulação mamária e o consumo de tâmaras, desde que não haja restrições físicas, alimentares ou alergias. Intervenções com sinais de eficácia, mas com maior incerteza, como óleo de rícino ou óleo de onagra, podem ser sugeridas caso as mulheres solicitem a sua utilização, devendo ser-lhes explicado que não há consenso quanto à sua utilização e que podem causar efeitos secundários, por exemplo, gastrointestinais no caso do óleo de rícino. A acupuntura e a acupressão/shiatsu também podem ser consideradas, mediante a preferência da mulher, desde que aplicadas exclusivamente por EE-ESMO com certificação profissional e sem gerar expectativas quanto ao seu efeito indutor. Por outro lado, não seria aconselhável propor homeopatia, aromaterapia ou atividade sexual como estratégias para favorecer o início do trabalho de parto.

Como qualquer outra intervenção implementada na prática clínica, seria recomendável entregar e solicitar a assinatura de um termo de consentimento informado para cada intervenção que inclua, respetivamente, os benefícios, os riscos, as alternativas, os sinais de alerta, etc. Além disso, também seria recomendável registar no processo clínico os resultados obtidos (início espontâneo, necessidade de indução farmacológica, efeitos adversos,

satisfação, etc.), com vista a promover a melhoria contínua e a obtenção de evidências mais sólidas no futuro.

Implicações para a investigação

Conclui-se que, no âmbito de futuras investigações, a prioridade deveria recair em ECR de qualidade, específicos do tema em questão e com tamanhos de amostra adequados. Estes ECR deveriam definir doses, método de implementação, momentos ótimos de aplicação e perfis de segurança. Além disso, seria necessário padronizar os resultados, de modo a permitir comparações válidas e meta-análises robustas entre estudos.

Conclusão

O aprofundamento do tema e a sua integração na prática poderia contribuir para a diminuição da taxa de indução farmacológica, o melhoramento da pontuação de Bishop quando a indução farmacológica/mecânica for necessária, o aumento da satisfação materna e familiar, a redução de riscos e complicações secundárias às induções farmacológicas/mecânicas, a promoção da autonomia e da tomada de decisões informadas, o alargamento dos conhecimentos e das opções de cuidados e o alargamento do repertório profissional das EE-ESMO na assistência à mulher grávida e parturiente.

A criação de uma consulta de gravidez a termo, concebida para favorecer o início espontâneo do trabalho de parto, proporcionaria um espaço ótimo para integrar de forma estruturada na prática assistencial as intervenções revistas e, em paralelo, recolher dados para gerar novas evidências de qualidade, necessárias para uma implementação mais sólida e padronizada.

3.6. REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Em primeiro lugar, referir a minha perceção de que o meu perfil profissional tem uma sólida ancoragem teórica, o que normalmente me leva a ter expectativas elevadas em relação à prática clínica, nem sempre congruentes com a realidade dos cuidados de saúde. Nesse sentido, e em comparação com os estágios realizados durante a licenciatura em enfermagem, as experiências clínicas desenvolvidas no âmbito do mestrado de EE-ESMO permitiram-me pôr em prática, de forma mais precisa, cada uma das competências a desenvolver, nomeadamente as regulamentadas pelo Regulamento n.º 391/2019. Da mesma forma, considero especialmente gratificante ter verificado, durante estes módulos de estágio, a ligação sólida e constante entre o pensamento teórico da profissão e a conceção dos cuidados de EE-ESMO.

Os três módulos de estágio em que este relatório se insere permitiram aprofundar os seguintes domínios de atenção próprios da EE-ESMO: gravidez, trabalho de parto, recuperação pós-parto, lactação, amamentação, ligação mãe/pai-filho/a, adaptação à gravidez, adaptação à parentalidade, preparação para o parto e luto perinatal. O objetivo perseguido com cada mulher e família que acompanhei foi que integrassem no seu repertório de papéis, conforme o caso, novos conhecimentos, novas capacidades, reformulação de significados dificultadores, compreensão do alcance do que mudou e ficou diferente (consciencialização) e a promoção da autoeficácia, de modo a atingir uma transição saudável.

No que se refere ao módulo destinado ao atendimento de mulheres grávidas com complicações, destaco o trabalho realizado na avaliação dos significados e na implementação de intervenções orientadas para a sua reformulação, com vista a favorecer a construção de um significado empoderador e não dificultador. Este contexto proporcionou também uma boa oportunidade para o desenvolvimento de competências relacionais. O meu horário (de segunda a sexta-feira) possibilitou um contacto quase diário com as famílias, o que

facilitou o desenvolvimento de relações terapêuticas eficazes e fez com que me tornasse uma figura profissional acessível e de confiança para as mulheres e suas pessoas significativas. O facto de tratar-se de um ambiente onde normalmente era possível manter diálogos pausados e detalhados contribuiu também para o desenvolvimento de competências relacionais com a equipa interdisciplinar.

Este módulo abrangeu vários domínios de atenção: adaptação à gravidez, assistência pré-natal para a adaptação à parentalidade, preparação para o parto e luto perinatal. De acordo com as particularidades de cada caso, alguns domínios adquiriram maior relevância do que outros; no entanto, todos foram abordados ao longo do módulo, consoante os diferentes diagnósticos formulados. A integração de novos conhecimentos ganhou relevância. Em particular, conhecimentos sobre gravidez, complicações e desenvolvimento fetal, bem como sobre autovigilância de complicações, regime dietético, de exercício físico e/ou medicamentoso. Também se abordou com relevância a consciencialização da relação entre a autogestão do regime de repouso/terapêutico e os resultados perinatais. No que se refere à promoção da adaptação à parentalidade, foram abordados, em especial, os conhecimentos sobre a ligação mãe/pai-filho/a, amamentação e aleitamento, bem como estratégias facilitadoras da adaptação face à chegada do/a recém-nascido/a. No que diz respeito à preparação para o parto, foi dada especial atenção ao conhecimento sobre trabalho de parto, o significado que lhe é atribuído e à capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto. No que se refere à interrupção médica da gravidez, foram abordados em particular os conhecimentos sobre o luto e o processo de abortamento, bem como o significado atribuído a esta experiência. As principais causas de internamento foram: ameaça de parto pré-termo, pré-eclâmpsia e/ou restrição do crescimento fetal, colestase intra-hepática, hiperêmese gravídica e interrupção médica da gravidez. Com menor frequência, foram registados casos de pielonefrite e de hemorragia por placenta prévia oclusiva.

Seguindo a sequência dos módulos, o seguinte que realizei foi o de internamento de mulheres puérperas/mães. Neste contexto, constatei uma maior complexidade: a identidade de mulher-mãe torna-se tangível, nasce uma criança e, com ela, uma nova configuração familiar; a mulher acaba de parir, o que implica uma reorganização biopsicossocial. Em poucos dias, confluem mudanças físicas, emocionais, sociais e contextuais que exigem uma abordagem integral e uma definição precisa dos objetivos. Por tudo isto, multiplicam-se os focos de atenção a abordar com a nova família, tornando especialmente relevante estabelecer um plano de cuidados claro, realista e que garanta que, no momento da alta, disponham das estratégias de adaptação necessárias para continuarem, de forma saudável, a transição que estão a viver. Nesta fase, torna-se relevante integrar novas capacidades e a consciencialização, elementos determinantes para uma transição adequada para a alta. Sem dúvida, a amamentação constitui o foco principal neste contexto, juntamente com o pós-parto e a adaptação à parentalidade. Neste módulo, ficou evidente a importância de promover a adaptação à parentalidade durante a assistência pré-natal, uma vez que o plano de cuidados costumava ser mais complexo quando as famílias não recebiam essa assistência previamente.

Por fim, o trabalho de parto e o nascimento representam a etapa mais breve, mas também a mais intensa, sendo reconhecidos como um evento crítico da transição parental. O módulo no bloco de partos exigiu que dedicasse toda a minha energia para dar o meu melhor e demonstrar e reforçar as competências instrumentais e relacionais desenvolvidas nos módulos anteriores. Neste âmbito, e apesar de o tempo parecer reduzido, considero que a relação terapêutica é favorecida pela natureza íntima do processo, estabelecendo-se de forma fluida quando a prática é orientada pelo respeito pela mulher enquanto cliente dos cuidados de saúde. A mulher é a principal responsável pela sua saúde e tem direito à autodeterminação; a partir desta posição, a interação terapêutica estabelece-se com facilidade, criando um ambiente favorável para que ela desenvolva os seus próprios “poderes” (recursos e capacidades). Neste contexto, adquirem relevância as seguintes competências:

considerar o plano de parto estabelecido na tomada de decisões, avaliar a evolução do trabalho de parto, avaliar o bem-estar materno-fetal, interpretar e atuar em base aos resultados da cardiotocografia, assistir no uso de estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto, implementar intervenções facilitadoras do trabalho de parto, assistir o parto, promover a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, avaliar e executar a reparação do canal de parto, promover o contacto pele com pele e promover a amamentação precoce. No que diz respeito à integração entre a teoria e a prática, considero-me afortunada pelo hospital onde realizei este módulo. A equipa de EE-ESMO tem uma intencionalidade clara e estruturada de seguir os princípios orientadores de boas práticas e goza de reconhecimento entre as famílias que desejam que a sua criança nasça num local onde são as protagonistas e podem dialogar com os profissionais a qualquer momento para decidir a opção que melhor se adapta às suas preferências e valores. Neste sentido, o plano de parto adquire relevância, num contexto onde a equipa de saúde ajusta os cuidados às preferências das mulheres e das suas famílias.

Ao longo deste processo, experimentei mudanças na minha forma de me posicionar, tanto a nível pessoal como profissional. Em primeiro lugar, desenvolvi uma melhor capacidade de observação, aprendendo a ver para além da superfície e a escutar ativamente para além do conteúdo verbal, adotando uma lente de análise mais aprofundada da comunicação não verbal. Estas competências foram acompanhadas por uma mudança na forma de responder: refleti sobre a importância de dar um passo atrás antes de intervir, compreendendo que reação e ação não são sinónimos e procurando agir sempre com base em decisões conscientes e julgamento clínico.

Paralelamente, reformulei o meu olhar sobre o processo de tornar-se mãe/pai, compreendendo que é, essencialmente, um convite para navegar pela incerteza, soltar o controlo e as expectativas rígidas, confiar, ter paciência e dar tempo ao tempo. Esta compreensão surge da reflexão e questionamento sobre os discursos dominantes do status quo, baseados na instantaneidade, o controlo, a exigência, a produtividade, etc. Isto tudo leva-me, enquanto futura

EESMO, a posicionar-me a partir este novo olhar: acompanhar transições desde o reconhecimento, o respeito, a paciência, a confiança e aceitação dos ritmos e particularidades próprias de cada mulher-família.

Ligado com o anterior, uma terceira mudança foi o resultado do trabalho reflexivo sobre não julgar. A parentalidade e a criação dos filhos/as estão repletas de opiniões e prescrições sociais. Durante o estágio, ouvi inúmeros julgamentos sobre amamentar ou não, dar chupeta ou não, recorrer à analgesia epidural ou não, entre outros, que, explícitos ou velados, podem prejudicar a confiança e a tomada de decisões informadas. Não importa a decisão que tomem, sempre haverá alguém disposto a julgar. Reconheço que, como qualquer pessoa, também posso fazer julgamentos sob a forma de pensamentos; a diferença está em cultivar intencionalmente a auto-observação e a autocritica para os identificar e deixar passar, mantendo uma postura de profundo respeito. Esta prática intencional é, para mim, uma conduta ética orientada para a autodeterminação da mulher e para a construção de relações terapêuticas mais justas e equitativas. Além disso, parto da convicção de que ninguém deseja mais o bem-estar da criança do que a própria mãe. Se, em algum caso, essa convicção vacilar, provavelmente estaremos perante mulheres que requerem a nossa atenção mais do que qualquer outra e temos o dever ético de não as discriminar e de lhes oferecer todos os recursos que, enquanto EE-ESMO, podemos mobilizar e disponibilizar.

Retomando o julgamento não clínico expresso por alguns profissionais, que acaba por orientar a forma como interagem com uma mulher-família, deparei-me com um desafio: não ser participante e ficar longe dos julgamentos que condicionam o tratamento adequado e, conseqüentemente, violam o princípio da justiça. Reconhecer e observar esta tendência instaurada na prática clínica levou-me a adotar uma postura firme de não julgamento, agindo em conformidade com a deontologia profissional.

Outros desafios surgiram em torno da interrupção médica da gravidez em situações compatíveis com a vida e até com uma boa qualidade de vida, como

pode ocorrer com as pessoas com trissomia 21. Este contexto levou-me a uma profunda reflexão ética, surgindo em mim questões como: o que pensa uma pessoa com trissomia 21, feliz, sobre o facto de, em muitos países europeus, a interrupção médica da gravidez ser oferecida após a deteção desta particularidade genética? As pessoas com trissomia 21 são ouvidas nos comités de ética? Quem decide e com base em que critérios são implementadas estas práticas? Como se decide quais os testes de rastreio a integrar nos programas de seguimento da gravidez e quais não? A minha forma de lidar com estes dilemas tem-se baseado numa convicção já expressa e reforçada ao longo do estágio: ninguém deseja mais o bem-estar da criança do que a própria mãe. Por conseguinte, considero que cada mulher-família toma a melhor decisão possível com base nos recursos internos e externos disponíveis nesse momento vital. Esta convicção permitiu-me acompanhar, com serenidade e profissionalismo, qualquer decisão, preservando a autodeterminação das pessoas atendidas.

Além disso, tomei consciência de que o campo da parentalidade e da criação dos/as filhos/as está entrelaçado com inúmeros dilemas éticos. Um exemplo que desconhecia e que me impressionou foi a existência de associações de filhos e filhas de dadores que reivindicam a abolição do anonimato e defendem os direitos das pessoas concebidas por doação, nomeadamente o acesso ao histórico de saúde familiar. Esta descoberta levou-me a refletir sobre a justiça intergeracional e a transparência nos circuitos reprodutivos, lembrando-me de que as decisões políticas afetam não só as mulheres atuais, mas também quem nascerão e as suas trajetórias de saúde.

Por outro lado, importa salientar a orientação das tutoras e a reflexão contínua com elas, que foram determinantes para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Constatei que as melhores experiências de aprendizagem ocorreram com as tutoras que demonstravam maior disponibilidade para analisar criticamente o que tinha acontecido logo após saírem dos quartos ou salas onde se encontravam as mulheres e as famílias. Este espaço de análise permitiu-me contrastar a meu olhar de estudante com a perspetiva experiente das tutoras, identificar aspetos a melhorar para futuros encontros e aprofundar

conteúdos teóricos, bem como identificar novas questões emergentes da prática.

Em conformidade com o exposto, experimentei que o reforço positivo, acompanhado de indicações específicas de melhoria, constituía a forma de feedback que mais favorecia a minha evolução: promovia a minha autoconfiança e motivação para continuar a desenvolver e aperfeiçoar as competências. Por outro lado, quando o feedback se concentrava apenas nos aspetos a corrigir, sem reconhecer explicitamente as competências instrumentais e relacionais já desenvolvidas, a minha insegurança aumentava e a minha atenção tendia a concentrar-se no "negativo".

Em suma, o processo formativo descrito evidencia uma integração progressiva entre a teoria e a prática, traduzida no fortalecimento das competências instrumentais e relacionais em diferentes contextos de assistência (gravidez com complicações, puerpério e bloco de partos). Este processo promoveu em mi uma reflexão crítica continua sobre a ética, a prática, a parentalidade, etc. que mantém-se viva até hoje. A orientação das tutoras foi essencial para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, nomeadamente através da criação de espaços de reflexão e da prestação de feedback positivo. Tudo isto consolidou o meu desenvolvimento profissional enquanto futura EE-ESMO.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho exigiu uma dedicação especial em termos de tempo, profundidade analítica e envolvimento pessoal. Nunca antes tinha dedicado tanto tempo, nem um envolvimento afetivo comparável, a um projeto acadêmico deste nível e interesse. Ao rever os objetivos propostos para este relatório, constata-se o seu cumprimento: evidenciou-se a conceção de cuidados centrados nas áreas de atenção relacionadas com o processo de diagnósticos e intervenções sensíveis aos cuidados da EE-ESMO, através da escolha e desenvolvimento de quatro casos clínicos que ilustram as principais competências desenvolvidas nos diferentes módulos. Em simultâneo, através de uma revisão integrativa, identificaram-se quais são as intervenções especializadas que promovem o início do trabalho de parto espontâneo em mulheres com gravidez a termo tardio.

Ao analisar os pontos fortes e fracos do estágio, é importante salientar, em primeiro lugar, que as três rotações decorreram em três hospitais distintos. Tal representou para mim uma vantagem formativa: a aprendizagem com três equipas e uma maior diversidade de profissionais; o conhecimento das particularidades organizacionais e das formas de trabalho de cada instituição; e, conseqüentemente, a possibilidade de refletir comparativamente sobre os pontos fortes e fracos de cada uma. Quanto à sequência dos estágios (gravidez com complicações, internamento de puérperas e bloco de partos), considero que foi ótima do ponto de vista formativo. Concluir no bloco de partos permitiu completar a formação clínica no ambiente mais desafiante, que exige maior agilidade na aplicação das competências desenvolvidas, ao passo que os outros dois estágios proporcionaram um ambiente de aprendizagem mais pausado, que permitiu a consolidação progressiva dos conhecimentos adquiridos. Além disso, tudo o que aprendi e desenvolvi nos dois módulos iniciais foi particularmente útil no bloco de partos. Após comparar com colegas que seguiram outras sequências, mantenho a preferência pela sequência que me foi atribuída.

Quanto à duração, considero que o tempo previsto é suficiente para desenvolver as competências próprias da especialidade. No entanto, não se tratou apenas de uma questão de tempo: a carga assistencial dos serviços foi suficiente para atingir um elevado número de experiências nos diferentes módulos, sem ser necessário prolongar os períodos para cumprir os mínimos obrigatórios. Além disso, senti que terminei os módulos tendo transformado o medo e a insegurança iniciais em responsabilidade, confiança, destreza e segurança.

Entre as limitações pessoais, não posso ignorar a barreira linguística. Embora tenha alcançado um nível de português que me permitiu interagir com mulheres, famílias e profissionais, a experiência não é comparável aos estágios anteriormente realizados na minha língua materna. No entanto, e como resultado de um esforço contínuo, considero que esta limitação foi superada de forma satisfatória: estabeleci relações terapêuticas efetivas com mulheres e famílias, integrei-me nas equipas e respondi de forma pertinente às respetivas necessidades, tendo sido possível atingir os objetivos do estágio e obtendo avaliações satisfatórias de cada módulo.

Como último ponto forte a destacar, é imprescindível mencionar as sessões de orientação tutorial em grupo dirigidas pela minha orientadora do relatório Alexandrina Cardoso. Para além da sua função inerente de orientação metodológica, estas sessões constituíram um espaço confidencial para partilhar experiências clínicas complexas, expressar emoções e refletir sobre o papel de estudante de EE-ESMO, contribuindo para a coesão, a segurança e a aprendizagem reflexiva e significativa ao longo de todo o processo.

Como sugestão de melhoria para futuros estágios, propõe-se a implementação de um acompanhamento longitudinal ao longo de todo o ciclo perinatal, mesmo que em pequena escala. Dado que o período de estágio se estende de setembro a julho (aproximadamente 42 a 44 semanas) e com o consentimento informado prévio das mulheres e das pessoas significativas, acho que seria relevante captar uma mulher na primeira consulta de gravidez e acompanhá-la, enquanto

estudante, durante todos os encontros de saúde relativos à gravidez, ao parto-nascimento e ao pós-parto. Este acompanhamento proporcionaria uma continuidade de cuidados que seriam muito úteis para, a longo prazo, refletir e analisar os indicadores de resultados formulados em função das intervenções especializadas implementadas ao longo da transição. Reconhece-se que esta proposta é logisticamente desafiante (horários, conciliação, coordenação entre instituições, entre outros); no entanto, mesmo com apenas uma mulher-família por estudante, proporcionaria uma experiência de aprendizagem única e permitiria vivenciar em primeira mão os benefícios da continuidade dos cuidados, partindo do princípio que a gravidez, o parto-nascimento e o pós-parto constituem um continuum inseparável.

Para concluir este relatório, é inevitável reconhecer a dimensão pessoal do momento: escrever estas linhas significa que a etapa académica mais exigente, relevante e importante da minha vida está a chegar ao fim e que o objetivo há tanto tempo desejado e perseguido está quase a concretizar-se: tornar-me Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Esta conquista pertence também à minha orientadora, professora e doutora Alexandrina Cardoso, que me forneceu constantemente oportunidades de crescimento únicas e significativas; às minhas colegas, às tutoras, às equipas e às famílias que acompanhei, bem como às minhas próprias famílias, de sangue e de eleição; a confiança, o ensino e o apoio que me deram foram decisivos na minha trajetória. A todas elas e às instituições que tornaram possíveis os cenários de aprendizagem, expresso a minha profunda gratidão e reafirmo o meu compromisso com a competência profissional, a prática baseada em evidências e o respeito pelas mulheres, crianças e pessoas significativas, sujeitos de direito e centro dos nossos cuidados especializados.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Vika Nilsen, A., Merete Reinart, L., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6).
- Abera, M., Hanlon, C., Daniel, B., Tesfaye, M., Workicho, A., Girma, T., Wibaek, R., Andersen, G. S., Fewtrell, M., Filteau, S., & Wells, J. C. K. (2024). Effects of relaxation interventions during pregnancy on maternal mental health, and pregnancy and newborn outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 19(1 January), 1-25. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278432>
- ACOG. (2013). ACOG Committee Opinion No 579: Definition of term pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 122(5), 1139-1140.
- Alaska Native Medical Center. (2023). *Outpatient pre-induction cervical ripening: Management guidelines*.
- Alfirevic, Z., Keeney, E., Dowswell, T., Welton, N. J., Medley, N., Dias, S., Jones, L. V., & Caldwell, D. M. (2016). Methods to induce labour: a systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(9), 1462-1470. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13981>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). *IOL with Foley*.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2024). First and Second Stage Labor Management. In *Obstetrics & Gynecology* (Vol. 143, Issue 1, pp. 144-162). <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000005447>
- Amerizadeh, A., Farajzadegan, Z., & Asgary, S. (2022). Effect and Safety of Castor Oil on Labor Induction and Prevalence of Vaginal Delivery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(4), 251-259. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_7_21
- Bagherzadeh Karimi, A., Elmi, A., Mirghafourvand, M., & Baghervand Navid, R.

- (2020). Effects of date fruit (*Phoenix dactylifera* L.) on labor and delivery outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02915-x>
- Bannister, L., Hammond, A., Dahlen, H. G., & Keedle, H. (2025). A content analysis of women's experiences of debriefing following childbirth: The birth experience study (BES_t). *Midwifery*, 146(April), 104421. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104421>
- Barral, B. (2018). *Por qué la OMS recomienda reducir las intervenciones médicas en los partos*. Naciones Unidas.
- Bastos, M., Furuta, M., Small, R., McKenzie-McHarg, K., & Bick, D. (2015). Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Biana, C. B., Cecagno, D., Porto, A. R., Cecagno, S., & Marques, Vanessa de Araujo Soares, M. C. (2021). Non-pharmacological therapies applied in pregnancy and labor: an integrative review. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 55.
- Bjelke, M., Thurn, L., & Oscarsson, M. (2022). Prolonged passive second stage of labor in nulliparous women—Prevalence and risk factors: A historical cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 101(5), 499-505. <https://doi.org/10.1111/aogs.14342>
- Buckley, S. J. (2015). *Hormonal physiology of childbearing: Evidence and implications for women, babies, and maternity care* (N. P. for W. & F. Childbirth Connection Programs (ed.)).
- Burden, C., Bradley, S., Storey, C., Ellis, A., Heazell, A. E. P., Downe, S., Cacciatore, J., & Siassakos, D. (2016). From grief, guilt pain and stigma to hope and pride - a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0800-8>
- Cacciatore, J. (2013). Psychological effects of stillbirth. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 18(2), 76-82.

- Carbone, L., De Vivo, V., Saccone, G., D'Antonio, F., Mercurio, A., Raffone, A., Arduino, B., D'Alessandro, P., Sarno, L., Conforti, A., Maruotti, G. M., Alviggi, C., & Zullo, F. (2019). Sexual Intercourse for Induction of Spontaneous Onset of Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Sexual Medicine*, 16(11), 1787-1795. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.08.002>
- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. (2023). *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. (2023). *Guia Orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (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., Gomes, N., & Lobo, P. (2024a). *Assistir no parto espontâneo*. Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Cardoso, A., Gomes, N., & Lobo, P. (2024b). *Executar técnica do parto*. Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Cardoso, A., Gomes, N., & Lobo, P. (2024c). *Implementar medidas de proteção manual do períneo*. Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- 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.
- Cassidy, P. R., Gordo, Á., Olza, I., & Cassidy, J. (2023). Sedative administration in Spanish hospitals in the context of perinatal loss: findings from a mixed-

methods study. *Health Sociology Review*, 32(2), 228-244.

Cebrián Rodríguez, P., Blanco Rollan, P., Almudi Alonso, T., Berdún Pueyo, J., & Alonso Arana, L. (2022). Uso de la técnica de rebozo en el parto en la actualidad. Una revisión sistemática. *Revista Sanitaria de Investigación*.

Chandran, E., Evans, S.-A., Krueger, D., Pereira, S., Skivens, S., & Zaima, A. (2020). Physiological CTG Interpretation. Intrapartum Fetal Monitoring Guideline. *Physiological-CTG*, 1(1), 33. [https://physiological-ctg.com/resources/Intrapartum Fetal Monitoring Guideline.pdf](https://physiological-ctg.com/resources/Intrapartum%20Fetal%20Monitoring%20Guideline.pdf)

Clínic Barcelona. (2025). *¿Qué es la Inducción del Parto?*

Cohen, S. R., & Thomas, C. R. (2015). Rebozo technique for fetal malposition in labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(4), 445-451.

Cotterman, K. (2004). Reverse Pressure Softening: A Simple Tool to Prepare Areola for Easier Latching During Engorgement. *Journal of Human Lactation*, 20(2).

de Vaan, M. D. T., ten Eikelder, M. L. G., Jozwiak, M., Palmer, K. R., Davies-Tuck, M., Bloemenkamp, K. W. M., Mol, B. W. J., & Bouvain, M. (2023). Mechanical methods for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001233.pub4>

de Waal, N., van den Heuvel, M. I., Nyklíček, I., Pop, V. J. M., & Boekhorst, M. G. B. M. (2025). Paternal bonding in pregnancy and early parenthood: a qualitative study in first-time fathers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 43(3), 665-680. <https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2252890>

Desseauve, D., Fradet, L., Lacouture, P., & Pierre, F. (2017). Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 208, 46-54.

Diguisto, C., Le Gouge, A., Arthuis, C., Winer, N., Parant, O., Poncelet, C., Chauleur, C., Hannigsberg, J., Ducarme, G., Gallot, D., Gabriel, R.,

- Desbriere, R., Beucher, G., Faraguet, C., Isly, H., Rozenberg, P., Giraudeau, B., & Perrotin, F. (2021). Cervical ripening in prolonged pregnancies by silicone double balloon catheter versus vaginal dinoprostone slow release system: The MAGPOP randomised controlled trial. *PLoS Medicine*, 18(2).
- Diogo Ayres-de-Campos a, Catherine Y. Spong b, E. C. (2015). Intl J Gynecology Obste - 2015 - Ayres-de-Campos - FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring .pdf. In *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 131 (2015) 13-24 Contents.
- Dixon, L., Skinner, J., & Foureur, M. (2014). The emotional journey of labour- Women's perspectives of the experience of labour moving towards birth. *Midwifery*, 30(3), 371-377. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.009>
- Doñate Cuartero, M., García Castillo, A., Macía Lapuente, J., Martin Tarifa, L., Ordovás Rodríguez, L., & Rodríguez Sánchez, M. (2022). Técnicas de biomecánica para corregir la posición fetal occipito-posterior durante el parto. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(11).
- Downe, S., Gyte, G., Dahlen, H., & Singata, M. (2022). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010088.pub3>
- Ekström, A., Abrahamsson, H., Eriksson, R.-M., & Mårtensson, B. (2014). Women's use of nipple shields-Their influence on breastfeeding duration after a process-oriented education for health professionals. *Breastfeeding Medicine*, 9(9), 458-466.
- Genetic and Rare Diseases Information Center. (2008). *Dyskeratosis congenita*.
- Gesser-Edelsburg, A., & Shahbari, N. A. E. (2017). Decision-making on terminating pregnancy for Muslim Arab women pregnant with fetuses with congenital anomalies: maternal affect and doctor-patient communication. *Reproductive Health*, 14(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0312-7>

- Gholami, F., Samani, L. N., Kashanian, M., Naseri, M., Hosseini, A. F., & Nejad, S. A. H. (2016). Onset of labor in post-term pregnancy by chamomile. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(11), 1-5. <https://doi.org/10.5812/ircmj.19871>
- Gitsels-van der Wal, J. T., Martin, L., Manniën, J., Verhoeven, P., Hutton, E. K., & Reinders, H. S. (2015). Antenatal counselling for congenital anomaly tests: Pregnant Muslim Moroccan women's preferences. *Midwifery*, 31(3), e50-e57. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.01.002>
- Gold, K. J., Leon, I., Boggs, M. E., & Sen, A. (2016). Depression and posttraumatic stress symptoms after perinatal loss in a population-based sample. *Journal of Women's Health*, 25(3), 263-269. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5284>
- Gregson, S., Tiran, D., Absalom, J., Older, L., & Bassett, P. (2015). Acupressure for inducing labour for nulliparous women with post-dates pregnancy. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 21(4), 257-261. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2015.07.003>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. (2017). Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. In *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* (pp. 1-316). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. MINISTERIO. <https://cutt.ly/AGwBq66>
- Hishikawa, K., Kusaka, T., Fukuda, T., Kohata, Y., & Inoue, H. (2020). Neonatal outcomes of two-step delivery in low-risk pregnancy: A prospective observational study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 46(7).
- Horsch, A., Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Chandra, P., Hartmann, K., Vaisbuch, E., & Lalor, J. (2024). Childbirth-related posttraumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3), S1116-

S1127. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.089>

Hoskins, N. N., Stark, E. L., Zullo, F., Son, M., & Berghella, V. (2025). The impact of inpatient nipple stimulation on labor duration: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* *MFM*, 7(4). <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2025.101650>

Ingram, J., Johnson, D., Copeland, M., Churchill, C., & Taylor, H. (2015). The development of a new breast feeding assessment tool and the relationship with breast feeding self-efficacy. *Midwifery*, 31(1), 132-137.

International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). (2023). *Mifepristone & Misoprostol Dosing Chart: Recommended Regimens 2023*.

Iversen, M. L., Midtgaard, J., Ekelin, M., & Hegaard, H. K. (2017). Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: A qualitative explorative study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 11, 79-85. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.10.005>

Jeličić, L., Veselinović, A., Ćirović, M., Jakovljević, V., Raičević, S., & Subotić, M. (2022). Maternal Distress during Pregnancy and the Postpartum Period: Underlying Mechanisms and Child's Developmental Outcomes—A Narrative Review. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(22). <https://doi.org/10.3390/ijms232213932>

Kavanagh, J., Kelly, A. J., & Thomas, J. (2005). Breast stimulation for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003392.pub2>

Kaya, Ö., Tecik, S., Suzan, Ö. K., Kabul, F., Koyuncu, O., & Çınar, N. (2024). The effect of interventions on flat and inverted nipple on breastfeeding: A systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*, 74, e1-e13. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.07.024>

Kayabaşı, F., & Yılar Erkek, Z. (2023). The Effect of the Frequency of Vaginal Examination During the Birth Process on Birth Comfort and Maternal-Fetal Outcomes. *Cyprus Journal of Medical Sciences*, 8(5), 378-384. <https://doi.org/10.4274/cjms.2023.2023-15>

- Kearney, L., Craswell, A., Dick, N., Massey, D., & Nugent, R. (2023). Evidence-based guidelines for intrapartum maternal hydration assessment and management: A scoping review. *Birth: Issues in Perinatal Care*.
- Kelly, A. J., Kavanagh, J., & Thomas, J. (2013). Castor oil, bath and/or enema for cervical priming and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(7).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003099.pub2>
- Kim, S. W., Nasioudis, D., & Levine, L. D. (2019). Role of early amniotomy with induced labor: a systematic review of literature and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology MFM*, 1(4), 100052.
<https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2019.100052>
- Koh, L. M., Percival, B., Pauley, T., & Pathak, S. (2019). Complementary therapy and alternative medicine: effects on induction of labour and pregnancy outcome in low risk post-dates women. *Heliyon*, 5(11), e02787.
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02787>
- Koopmans, L., Wilson, T., Cacciatore, J., & Flenady, V. (2013). Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(6).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000452.pub3>
- Kotaska, A., & Campbell, K. (2014). Two-Step Delivery May Avoid Shoulder Dystocia: Head-to-Body Delivery Interval Is Less Important Than We Think. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 36(8), 716-720.
[https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30514-4](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30514-4)
- Kronborg, H., Foverskov, E., Nilsson, I., & Maastrup, R. (2017). Why do mothers use nipple shields and how does this influence duration of exclusive breastfeeding. *Maternal & Child Nutrition*, 13(1).
- Lafarge, C., Mitchell, K., & Fox, P. (2017). Posttraumatic growth following pregnancy termination for fetal abnormality: The predictive role of coping strategies and perinatal grief. *Anxiety, Stress, & Coping*, 30(5), 536-550.
- Lafuente Pardos, M. (2014). Biomecánica del parto. Entrenamiento sinérgico

- puerperal. *Matronas Hoy*, 2(1), 15-29.
- Lage, A., Massao, A., Andreucci, C., & Knobel, R. (2022). Management of shoulder dystocia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 44(7).
- Lau, S. L., Sin, W. T. A., Wong, L., Lee, N. M. W., Hui, S. Y. A., & Leung, T. Y. (2024). A critical evaluation of the external and internal maneuvers for resolution of shoulder dystocia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3), S1027-S1043. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.01.016>
- Li, L., Xiao, L., Yuan, X., Wu, J., Li, J., Chen, X., Zhai, X., & Wang, B. (2025). Partner involvement and emotional and informational support gaps as predictors of postpartum birth trauma symptoms: a multi-center cross-sectional study of 230 women at 42 days postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-025-08084-z>
- Liu, X., Wang, Y., Zhang, F., Zhong, X., Ou, R., Luo, X., & Qi, H. (2019). Double-versus single-balloon catheters for labour induction and cervical ripening: A meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2491-4>
- Lyons, N., Cooper, C., & Lloyd-Evans, B. (2021). A systematic review and meta-analysis of group peer support interventions for people experiencing mental health conditions. *BMC Psychiatry*, 21(315), 1-17.
- Macones, G., Cahill, A., Stamilio, D., & Odibo, A. (2012). The efficacy of early amniotomy in nulliparous labor induction: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 207(5), 403.
- Meades, R., Pond, C., Ayers, S., & Warren, F. (2011). Postnatal debriefing: Have we thrown the baby out with the bath water? *Behaviour Research and Therapy*, 49(5), 367-372. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.002>
- MedlinePlus Genetics. (2014). *Dyskeratosis congenita*.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (Springer Publishing Company

(ed.)).

- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mollart, L. J., Adam, J., & Foureur, M. (2015). Impact of acupressure on onset of labour and labour duration: A systematic review. *Women and Birth*, 28(3), 199-206. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.03.007>
- Moncrie, G., Gml, G., Hg, D., Thomson, G., Clegg, A., & Downe, S. (2022). *Routine vaginal examinations compared to other methods for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term (Review)*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010088.pub3>. www.cochranelibrary.com
- Moore, K. L. (2016). *Embriología clínica* (ELSEVIER (ed.); 10th ed.).
- Moradi, M., Niazi, A., Mazloumi, E., & Lopez, V. (2022). Effect of Castor Oil on Cervical Ripening and Labor Induction: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Pharmacopuncture*, 25(2), 71-78. <https://doi.org/10.3831/KPI.2022.25.2.71>
- Myers, K. M., & Elad, D. (2017). *Biomechanics of the human uterus*. 9(5).
- Nabulsi, M., Ghanem, R., Abou-Jaoude, M., & Khalil, A. (2019). Breastfeeding success with the use of the inverted syringe technique for management of inverted nipples in lactating women: A study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3880-8>
- Nabulsi, M., Ghanem, R., Smaili, H., & Khalil, A. (2022). The inverted syringe technique for management of inverted nipples in breastfeeding women: a pilot randomized controlled trial. *International Breastfeeding Journal*, 17(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00452-1>
- Nacional Institute for Health and Care Excellence. (2025). *Intrapartum care*

- (NG235). *September 2023*. www.nice.org.uk/guidance/ng235
- Neri, I., Pignatti, L., Fontanesi, F., & Facchinetti, F. (2018). Acupuncture in Postdate Pregnancy Management. *JAMS Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, 11(5), 332-336. <https://doi.org/10.1016/j.jams.2018.06.001>
- Nulty, A. K., Bovbjerg, M. L., Savitz, D. A., Herring, A. H., Bradley, C. B., & Evenson, K. R. (2022). Maternal Physical Activity at Term and Spontaneous Labor: A Case-Crossover Study. *Journal of Physical Activity and Health*, 19(2), 99-107. <https://doi.org/10.1123/jpah.2021-0160>
- Odent, M. (2016). *El bebé es un mamífero* (Editorial Ob Stare (ed.); 6th ed.).
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário Da República, II Série*(N.º 85 de 03-05-2019), 13560-13565. <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Luto perinatal*.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*.
- Payne, E., Silverio, S. A., Fellows, R. E., Heywood, L. E., Burgess, K., Storey, C., Oza, M., Kent-Nye, F. E., Haddad, L., Sampson, A., & Knighting, K. (2025). From mourning to memorialising - A lasting connection through remembrance: The role of memory making in preserving the identity of parenthood amongst women who have suffered a perinatal bereavement. *Women and Birth*, 38(3), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2025.101902>
- Peesay, M. (2017). Nuchal cord and its implications. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*, 3(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40748-017-0068-7>

- Pereira, I. B., Silva, R., Ayres-de-Campos, D., & Clode, N. (2022). Physical exercise at term for enhancing the spontaneous onset of labor: a randomized clinical trial. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 35(4), 775-779. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1732341>
- Pierce-Williams, R., Saccone, G., & Berghella, V. (2021). Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 34(6).
- Ramos-Rincón, A., & Cruz-Utrilla, A. (2015). Manejo de las circulares de cordón en el expulsivo. *Matronas Prof*, 16(3), 103-107. <https://s3-eu-south-2.ionoscloud.com/assetsedmayo/articles/eml4Z3fh2yFdkl8FtJdtSffF4j2Ac4p3RsjaWe0r.pdf>
- Rice, C., Ingram, E., & O'Mahen, H. (2022). A qualitative study of the impact of peer support on women's mental health treatment experiences during the perinatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04959-7>
- Robinson, G. E. (2014). Pregnancy loss. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28(1), 169-178. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.012>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2024). *Care of late intrauterine fetal death and stillbirth (Green-top Guideline No. 55)*. RCOG Press.
- Sadi, R., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Mirghafourvand, M., Javadzadeh, Y., & Ahmadi-Bonabi, A. (2016). Effect of saffron (Fan Hong Hua) on the readiness of the uterine cervix in term pregnancy: A placebo-controlled randomized trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(10), 1-9. <https://doi.org/10.5812/ircmj.27241>
- Salajegheh, Z., Nasiri, M., Imanipour, M., Zamanifard, M., Sadeghi, O., Ghasemi Dehcheshmeh, M., & Asadi, M. (2024). Is oral consumption of dates

- (Phoenix dactylifera L. fruit) in the peripartum period effective and safe integrative care to facilitate childbirth and improve perinatal outcomes: a comprehensive revised systematic review and dose-response meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 1-30. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06196-y>
- Sanchez-Ramos, L., Levine, L. D., Sciscione, A. C., Mozurkewich, E. L., Ramsey, P. S., Adair, C. D., Kaunitz, A. M., & McKinney, J. A. (2024). Methods for the induction of labor: efficacy and safety. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3), S669-S695. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.02.009>
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *J Nurs Sch.* <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Shahinfar, S., Abedi, P., Jahanfar, S., Khajehpoor, M., & Chashmyazdan, M. (2023). The effect of evening primrose oil on cervical ripening and birth outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Heliyon*, 9(2), e13414. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13414>
- Shideh, A., Nooshin, A., Seyyedeh, N. K., & Zahra, A. (2024). The Use of Evening Primrose Oil for Cervical Ripening in Low-Risk Women with Term Pregnancy: A Randomized Double-Blinded Controlled Trial. *Complementary Medicine Research*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1159/000535585>
- Simkin, P., Hanson, L., & Ancheta, R. (1999). *The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia*. Wiley Blackwell.
- Smith, C. A. (2003). Homoeopathy for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003399>
- Spinning Babies. (2024). *Maternal Positioning*.
- Tadokoro, Y., Takahata, K., Shuo, T., Shinohara, K., & Horiuchi, S. (2023). Changes in Salivary Oxytocin Level of Term Pregnant Women after Aromatherapy Footbath for Spontaneous Labor Onset: A Non-Randomized

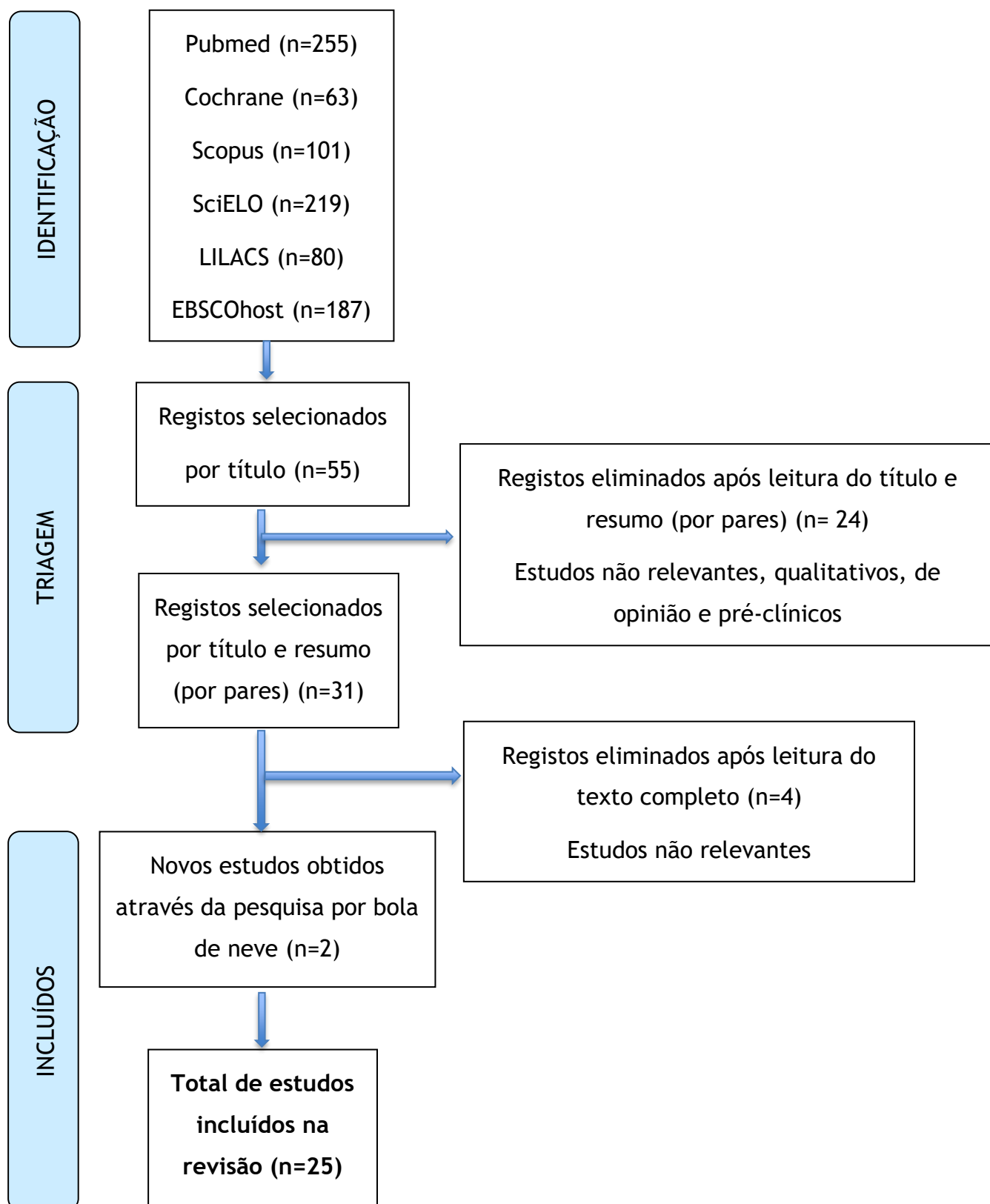
- Experimental Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(13). <https://doi.org/10.3390/ijerph20136262>
- Teimoori, B., Rajabi, S., Navvabi-Rigi, S. D., & Arbabisarjou, A. (2015). Evaluation effect of shiatsu technique on labor induction in post-term pregnancy. *Global Journal of Health Science*, 7(3), 177-183. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n3p177>
- Thornton, R., Nicholson, P., & Harms, L. (2019). Scoping Review of Memory Making in Bereavement Care for Parents After the Death of a Newborn. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 48(3), 351-360. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.02.001>
- Torkzahrani, S., Mahmoudikohani, F., Saatchi, K., Sefidkar, R., & Banaei, M. (2017). The effect of acupressure on the initiation of labor: A randomized controlled trial. *Women and Birth*, 30(1), 46-50. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.07.002>
- Tsikouras, P., Kotanidou, S., Nikolettos, K., Kritsotaki, N., Bothou, A., Andreou, S., Nalmpanti, T., Chalkia, K., Spanakis, V., Peitsidis, P., Iatrakis, G., & Nikolettos, N. (2024). Shoulder Dystocia: A Comprehensive Literature Review on Diagnosis, Prevention, Complications, Prognosis, and Management. *Journal of Personalized Medicine*, 14(6), 1-19. <https://doi.org/10.3390/jpm14060586>
- Vieira, F., Bachion, M., Delalibera, D., & Bouttelet, D. (2013). A Systematic Review of the Interventions for Nipple Trauma in Breastfeeding Mothers. *Journal of Nursing Scholarship*.
- Walter, M. H., Abele, H., & Plappert, C. F. (2021). The Role of Oxytocin and the Effect of Stress During Childbirth: Neurobiological Basics and Implications for Mother and Child. *Frontiers in Endocrinology*, 12(October), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.742236>
- WHO. (2022). WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term. In *Who*.
- Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2020). A

- plausible pathway of imprinted behaviors: Skin-to-skin actions of the newborn immediately after birth follow the order of fetal development and intrauterine training of movements. *Medical Hypotheses*, 134(October 2019), 109432. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2019.109432>
- Wieland, L. S., & Santesso, N. (2018). A summary of a Cochrane review: Acupuncture or acupressure for induction of labour. *European Journal of Integrative Medicine*, 17, 141-142. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2017.12.010>
- Wright, M., Karouni, F., Barton, F., & Kapaya, H. (2025). Enhancing the induction of labour services at Nottingham University Hospitals NHS Trust: A retrospective cohort study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 310(April), 113975. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2025.113975>
- Yang, J. ming, Li, Z. qin, Ye, H., Wu, Y. lin, Long, Y., Zhong, Y. biao, Luo, Y., & Wang, M. yuan. (2024). Effects of foot reflexology massage on pregnant women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *Scientific Reports*, 14(1), 1-12. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-51107-y>
- Zamora-Brito, M., Migliorelli, F., Pérez-Guervós, R., Solans-Oliva, R., Arranz-Betegón, A., & Palacio, M. (2024). Acupuncture before planned admission for induction of labor (ACUPUNT study): a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology MFM*, 6(10), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2024.101477>
- Zhang, H.-Y., Guo, R.-F., Wu, Y., & Ling, Y. (2016). Normal Range of Head-to-body Delivery Interval by Two-step Delivery. *Chinese Medical Journal*, 123(9).
- Ziegler, S. M., Heimann, Y., Schleussner, E., Weschenfelder, F., & Groten, T. (2024). Induction of Labor Using Castor Oil Cocktail - an Analysis of Real-world Data. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde*, 1050-1056. <https://doi.org/10.1055/a-2397-1490>

Zuckerwise, L. C., Pettker, C. M., Illuzzi, J., Raab, C. R., & Lipkind, H. S. (2014). Use of a novel visual aid to improve estimation of obstetric blood loss. *Obstetrics and Gynecology*, 123(5), 982-986. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000233>

6. APÊNDICES

APÊNDICE I. Diagrama de fluxo



APÊNDICE II. Tabela artigos

N.º	Título original	Autoria	País	Ano	Tipo de estudo	Objetivo do estudo	Características das participantes	Principais Resultados	Principais Conclusões
1	A summary of a Cochrane review: Acupuncture or acupressure for induction of labour	Wieland, L. Susan Santesso, Nancy	Internacional	2017	Revisão sistemática	Avaliar a eficácia e segurança da acupuntura ou acupressão para a maturação cervical e/ou indução do parto.	22 ECR com 3456 mulheres grávidas de baixo risco (38-42 semanas)	a acupuntura pode melhorar a preparação cervical ou facilitar o início do parto. Não se observou evidência de benefício da acupressão em mulheres que não estavam em trabalho de parto	a acupressão e a acupuntura parecem seguras e sugerem algum benefício potencial; no entanto, o momento específico de administração e o número de tratamentos ainda não estão claros.
2	Acupressure for inducing labour for nulliparous women with post-dates pregnancy	Gregson, Sarah Tiran, Denise Absalom, Janine	Reino Unido	2015	ECR	Determinar a eficácia da acupressão para induzir o parto	131 mulheres nulíparas a termo tardio	Sem diferenças no tempo entre o início do tratamento e o início do parto, nem nas necessidades de	A acupressão às 41 semanas em nulíparas não parece eficaz para induzir o parto

		Older, Lorraine Bassett, Paul						ocitocina ou modo de parto	
3	Acupuncture before planned admission for induction of labor (ACUPUNT study): a randomized controlled trial	Zamora-Brito, Montserrat Migliorelli, Federico Pérez-Guervós, Raquel Solans-Oliva, Rosa Arranz-Betegón, Angela Palacio, Montse	Espanha	2024	ECR	Avaliar a eficácia da acupuntura utilizando uma agulha filiforme para induzir o parto em mulheres com data de cesariana programada e avaliar a segurança e satisfação das mulheres submetidas à acupuntura	212 grávidas de baixo risco com indução programada para as 41 semanas	Admissão por início espontâneo/RPM antes do dia programado: 65,1% vs 39,6% (p<0,001)	A proporção de início espontâneo do parto e rotura prematura das membranas antes da data programada para a indução do parto aumentou no grupo de mulheres que seguiram o programa de acupuntura
4	Acupuncture in Postdate Pregnancy Management	Neri, Isabella Pignatti, Lucrezia Fontanesi, Francesca	Itália	2018	Coorte prospectiva	Avaliar se a acupuntura no final da gravidez reduz a necessidade de indução por gravidez a termo	375 mulheres que não deram à luz após 40 + 2 semanas de idade gestacional	Menor taxa de indução na acupuntura (19,6% vs 38%; p<0,01)	A acupuntura aplicada no final da gravidez parece ser eficaz para reduzir a taxa de indução do parto realizada em gestações a termo

		Facchinetti, Fabio				tardio (41+5 semanas)			tardio (41 + 5 semanas). Sugere-se a realização de mais estudos para obter evidências científicas sólidas.
5	Breast stimulation for cervical ripening and induction of labour	Kavanagh, Josephine Kelly, Anthony J. Thomas, Jane	Internacional	2005	Revisão sistemática	Determinar a eficácia e segurança da estimulação mamária para a maturação cervical e indução do parto em comparação com placebo/nenhum a intervenção ou outros métodos de indução do parto.	13 ECR com 719 mulheres de baixo risco, gravidez única a termo	Aumenta o início espontâneo do trabalho de parto e reduz a hemorragia pós-parto	Pode ser considerado em baixo risco. Não em alto risco
6	Castor oil, bath and/or enema for cervical priming and induction of labour	Kelly, Anthony J. Kavanagh, Josephine Thomas, Jane	Internacional	2013	Revisão sistemática	Determinar os efeitos do óleo de rícino (60 ml) para a maturação cervical ou indução do parto	3 ECR com 233 mulheres grávidas a termo.	Evidência insuficiente sobre a eficácia para a maturação cervical/indução; náuseas muito	São necessários ECR de maior qualidade

								frequentes com o óleo de rícino	
7	Changes in Salivary Oxytocin Level of Term Pregnant Women after Aromatherapy Footbath for Spontaneous Labor Onset: A Non-Randomized Experimental Study	Tadokoro, Yuriko Takahata, Kaori Shuo, Takuya Shinohara, Kazuyuki Horiuchi, Shigeko	Japão	2023	Estudo quase experimental	Avaliar se um banho de pés com aromaterapia (óleos essenciais) aumenta a ocitocina salivar em grávidas	41 grávidas de baixo risco entre 38 e 40 semanas	Aumentos da ocitocina salivar após o banho de pés com óleos em comparação com o controlo	A aromaterapia por banho de pés pode elevar a ocitocina salivar no final da gravidez; são necessários ECR sobre resultados obstétricos.
8	Complementary therapy and alternative medicine: effects on induction of labour and pregnancy outcome in low risk post-dates women	Koh, Li Mei Percival, Beccy Pauley, Tara Pathak, Sangeeta	Reino Unido	2019	Coorte retrospectiva	Determinar o impacto de um pacote de terapias (acupressão, reflexologia e aromaterapia) na taxa de indução e noutros resultados do parto	1044 mulheres de baixo risco a partir das 40 semanas de gestação	Redução das taxas de indução no final da gravidez	O uso de terapias complementares e alternativas tem efeitos variáveis na indução do parto e nos respetivos resultados. É necessária mais investigação

9	Effect and Safety of Castor Oil on Labor Induction and Prevalence of Vaginal Delivery	Amerizadeh, Atefeh Farajzadegan, Ziba Asgary, Sedigheh	Internacional	2022	Revisão sistemática e meta-análise	Analisar o efeito e a segurança do óleo de rícino na indução e na taxa de parto vaginal.	12 estudos quantitativos com 1653 grávidas a termo	Menor taxa de indução farmacológica do parto e maior prevalência de parto vaginal no grupo do óleo de rícino	O uso de óleo de rícino pode diminuir a taxa de indução farmacológica
10	Effect of Castor Oil on Cervical Ripening and Labor Induction: a systematic review and meta-analysis	Moradi, Maryam Niazi, Azin Mazloumi, Ehsan Lopez, Violeta	Internacional	2022	Revisão sistemática e meta-análise	Avaliar a eficácia do óleo de rícino na maturação cervical e na indução do parto	8 ECR, mulheres a partir de termo completo	A administração oral de óleo de rícino foi associada a uma maior probabilidade de maturação cervical/indução eficaz.	60 ml de óleo de rícino por via oral induz a maturação cervical e o trabalho de parto
11	Effect of saffron (Fan Hong Hua) on the readiness of the uterine cervix in term pregnancy: A placebo-controlled randomized trial	Sadi, Roghaieh Mohammad-Alizadeh-Charandabi, Sakineh Mirghafourvand, Mojgan	Irão	2016	ECR	Investigar os efeitos do consumo oral de açafrão na maturação cervical	50 mulheres a termo	Bishop significativamente maior às 20-24 h	O açafrão pode favorecer a maturação cervical; é necessária mais investigação

		Javadzadeh, Yousef Ahmadi-Bonabi, Afkham							
12	Effects of date fruit (Phoenix dactylifera L.) on labor and delivery outcomes: A systematic review and meta-analysis	Bagherzadeh Karimi, Alireza Elmi, Asghar Mirghafourvand, Mojgan Baghervand Navid, Roghaiyeh	Internacional	2019	Revisão sistemática e meta-análise	Avaliar os efeitos do consumo de tâmaras nos resultados do parto.	8 ECR, 653 mulheres grávidas a termo tardio	A tâmara pode reduzir a duração da fase ativa e melhorar o índice de Bishop	São necessários estudos adicionais com maior qualidade metodológica
13	Evaluation effect of shiatsu technique on labor induction in post-term pregnancy	Teimoori, Batool Rajabi, Shahnaz Navvabi-Rigi, Shahin Dokht Arbabisarjou, Azizollah	Irão	2014	ECR	Avaliar o efeito do shiatsu na indução do parto	288 mulheres com gravidez a termo tardio de baixo risco	Início espontâneo do parto: 56,9% no shiatsu vs 8,3% no controlo; diferença significativa	O shiatsu pode ser usado como método complementar seguro para a indução do parto

14	Homoeopathy for induction of labour	Smith, Caroline A.	Internacional	2003	Revisão sistemática	Determinar os efeitos da homeopatia na maturação cervical ou indução do parto	2 ECR com 133 mulheres	Estes ECR não demonstraram diferenças em nenhum resultado primário ou secundário entre o grupo de tratamento e o grupo de controlo	Não há evidência suficiente para recomendar o uso da homeopatia como método de indução do parto
15	Impact of acupressure on onset of labour and labour duration: A systematic review	Mollart, Lyndall J. Adam, Jon Foureur, Maralyn	Internacional	2015	Revisão sistemática	Avaliar se a acupressão influencia o início do parto e a duração do trabalho de parto	7 ECR, 748 mulheres a termo	Redução da duração do parto, especialmente na primeira fase. 1 estudo revelou uma probabilidade significativamente maior no grupo de intervenção para o início espontâneo do parto	Apenas um estudo analisou o efeito no início do trabalho de parto. São necessários mais estudos.
16	Induction of Labor Using Castor Oil Cocktail - an Analysis of Real-world Data	Ziegler, Stefanie Mona Heimann, Yvonne Schleussner, Ekkehard	Alema nha	2024	Coorte retrospectiva	Avaliar a eficácia e segurança de um "cocktail" de óleo de rícino com método de indução do parto.	444 mulheres multíparas a termo (≥ 37 semanas), sem cesariana prévia; 148 receberam coquetel de	Intervalo indução-parto mais curto com o cocktail de rícino; taxas de parto vaginal e resultados perinatais semelhantes entre os grupos; menos	O cocktail de óleo de rícino, preparado e administrado de forma padronizada em ambiente hospitalar, foi seguro e eficaz para induzir o

		Weschenfelder, Friederike Groten, Tanja					óleo de rícino e 296 e controles com métodos padrões de indução.	admissões na UCI neonatal no grupo do cocktail de rícino do que nos controlos.	parto em multiparas a termo.
17	Is oral consumption of dates (Phoenix dactylifera L. fruit) in the peripartum period effective and safe integrative care to facilitate childbirth and improve perinatal outcomes: a comprehensive revised systematic review and dose-response meta-analysis	Salajegheh, Zahra Nasiri, Morteza Imanipour, Mohammad Zamanifard, Mina Sadeghi, Omid Ghasemi Dehcheshmeh, Mohammad Asadi, Masoomeh	Internacional	2024	Revisão sistemática e meta-análise	Quantificar o efeito do consumo de tâmaras no final da gravidez/parto.	8 ECR, 101 mulheres grávidas a termo	Melhoria de Bishop e possível redução do primeiro estágio	Benefícios modestos: são necessários estudos adicionais com maior qualidade metodológica

18	Maternal Physical Activity at Term and Spontaneous Labor: A Case-Crossover Study	Nulty, Alison K. Bovbjerg, Marit L. Savitz, David A. Herring, Amy H. Bradley, Chyrise B. Evenson, Kelly R.	Estados Unidos	2022	Estudos de casos cruzados	Explorar a associação entre atividade física materna e início espontâneo do trabalho de parto	541 grávidas do estudo Pregnancy, Infection, and Nutrition 3; sem contraindicações para atividade física.	atividade física recreativa (30 min ou mais) nas 24 horas anteriores foi associada a maior probabilidade de início espontâneo	A atividade física recreativa poderia favorecer o início espontâneo
19	Onset of labor in post-term pregnancy by chamomile	Gholami, Fereshte Samani, Leila Neisani Kashanian, Maryam Naseri, Mohsen Hosseini, Agha Fateme	Irão	2016	ECR	Avaliar se a camomila induz o início do parto	80 mulheres primíparas baixo risco a termo completo	Maior início do trabalho de parto no grupo da camomila	Com estudos adicionais, pode-se sugerir a camomila, que não tem efeitos secundários químicos, para estimular o parto em gestações a termo tardio.

		Nejad, Seyed Abbas Hashemi							
20	Physical exercise at term for enhancing the spontaneous onset of labor: a randomized clinical trial	Pereira, Isabel Barros Silva, Rita Ayres-de-Campos, Diogo Clode, Nuno	Portugal	2022	ECR	Avaliar se caminhar 30 minutos, 3 vezes por semana a partir das 38 semanas, aumenta o início espontâneo do parto.	131 grávidas de baixo risco a termo	Maior início espontâneo do parto e menor taxa de parto instrumental com o programa de exercícios.	O exercício físico programado a termo é seguro e pode aumentar o início espontâneo
21	Sexual Intercourse for Induction of Spontaneous Onset of Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials	Carbone, Luigi De Vivo, Valentino Saccone, Gabriele D'Antonio, Francesco Mercurio, Antonio et al	Internacional	2019	Meta-análise	Avaliar a eficácia das relações sexuais para o início espontâneo do trabalho de parto	3 ECR, 1483 mulheres com gravidez única a termo e apresentação cefálica	Não aumentou o início espontâneo em comparação com o controlo	Sem evidência de benefício; seguro em baixo risco.
22	The effect of acupressure	Torkzahrani, Shahnaz	Irão	2017	ECR	Examinar se a acupressão induz	162 nulíparas de baixo	Não houve diferenças	A acupressão, tal como foi aplicada

	on the initiation of labor: A randomized controlled trial	Mahmoudikohani, Fatemeh Saatchi, Kiarash Sefidkar, Reyhaneh Banaei, Mojdeh				o início do trabalho de parto	risco a termo completo	significativas no início do trabalho de parto entre os grupos	no estudo, não foi eficaz para iniciar o trabalho de parto.
23	The effect of evening primrose oil on cervical ripening and birth outcomes: A systematic review and meta-analysis	Shahinfar, Sholeh Abedi, Parvin Jahanfar, Shayesteh Khajehpoor, Mahin Chashmyazdan, Mohammadreza	Internacional	2023	Revisão sistemática e meta-análise	Avaliar o efeito do óleo de onagra na maturação cervical e nos resultados do parto	6 ECR e 1 quase experimental ; 920 mulheres nulíparas com gravidez a termo	O óleo de onagra pode melhorar significativamente a pontuação de Bishop	O óleo de onagra pode oferecer uma forma natural de melhorar a maturação cervical. São necessários mais estudos
24	The impact of inpatient nipple stimulation on labor duration: a	Hoskins, Nathanael N. Stark, Elisabeth L.	Internacional	2025	Revisão sistemática com metanálise	Avaliar o impacto da estimulação mamária para a indução ou aumento do trabalho de parto	7 artigos com um total de 824 mulheres, que comparavam	A estimulação mamária hospitalar parece ser um método não farmacológico razoável para a	É necessário realizar ECR em larga escala e bem concebidos para validar estes resultados,

	systematic review and meta-analysis	Zullo, Fabrizio Son, Moeun Berghella, Vincenzo				no tempo total de trabalho de parto e nos resultados maternos e neonatais associados.	a estimulação mamária com outros métodos padrão de indução	indução ou aceleração do parto, uma vez que não tem um impacto significativo na duração total do parto, quando comparada com a ocitocina sintética ou o balão intrauterino transcervical.	estabelecer protocolos ótimos de estimulação mamária e determinar a eficácia da estimulação mamária como método alternativo independente para induzir ou aumentar o parto.
25	The Use of Evening Primrose Oil for Cervical Ripening in Low-Risk Women with Term Pregnancy: A Randomized Double-Blinded Controlled Trial	Shideh, Ariana Nooshin, Amjadi Seyyedeh, Neda Kazemi Zahra, Ahmadli	Irão	2024	ECR	Avaliar o efeito do óleo de onagra na maturação cervical	96 mulheres de baixo risco a termo	Melhoria do Bishop em comparação com o placebo	Método seguro e eficaz para a maturação cervical. São necessários mais estudos