



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO
PORTO**

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

**PERFIS DAS MULHERES EM CONTEXTO DE
EM TRABALHO DE PARTO**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Joana Celeste Ferreira Pereira

Porto, 2025

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

**PERFIS DA MULHERES EM CONTEXTO DE
TRABALHO DE PARTO
PROFILES OF WOMEN IN THE CONTEXT
OF LABOR**

Relatório de Estágio Profissional de
Desenvolvimento de competências clínicas
especializadas na área da enfermagem de
saúde materna e obstétrica.

Relatório orientado pela Professora Doutora
Alexandrina Cardoso e coorientado pela
Professora Arminda Nunes.

Porto, 2025

FRASE

“The best a health care system can do is to equip itself to meet the needs of each individual woman and birth.”

Ina May Gaskin

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a mim mesma, para que recorde sempre que, mesmo quando acreditamos que temos o nosso caminho traçado e alinhado num único sentido, há sempre outros mundos por explorar.

Ignorando a carta que escrevi no primeiro dia de aulas de mestrado, com os olhos vidrados, dedico também este trabalho a esta feliz surpresa que a vida me deu. Que ao reler estas páginas nunca me esqueça da plena emoção de sentir que encontrei o meu caminho profissional, aquele que me traz realização e felicidade.

AGRADECIMENTOS

Terminado este grande capítulo da minha vida, cabe-me agradecer a todos os que contribuíram para que me tornasse Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO).

Agradeço a Deus pelo conforto constante, amparo nos momentos de incerteza e guia mesmo quando o caminho parecia impossível.

Quero reconhecer aqui profunda gratidão a todas as professoras que me acompanharam nestes dois anos de mestrado, pelo conhecimento transmitido, inspiração e dedicação constante. Agradeço à Professora Doutora Sónia Brandão, pelas reflexões que inspirou, pela forma como me incentivou a olhar o cuidado com pensamento crítico e, pela prontidão em ajudar. Um agradecimento especial à Professora Doutora Alexandrina Cardoso por todos os momentos em que me ajudou (mesmo sendo fim de semana) e, por me ter ensinado a ver o mundo com o olhar de uma EE-ESMO: sábia para saber quando atuar, e acima de tudo, quando permanecer em silêncio e quietude. A sua forma serena e positiva de olhar a saúde materna, torna este mundo melhor.

Presto aqui homenagem à Enfermeira Gestora Irene Cerejeira pela disponibilidade e boa vontade em facilitar a minha adaptação. E, quero também aqui expressar a minha total gratidão a todas as EE-ESMO que tutoraram os estágios que realizei ao longo deste percurso e respetivas equipas com as quais contactei. O meu sincero obrigada pela forma construtiva como me acolheram e pelo muito que me ensinaram diariamente.

Agradeço às colegas de serviço que foram apoio constante nesta jornada, cada uma com um brilho especial e palavras de carinho.

Agradeço a todas as mulheres, pessoas significativas e recém-nascidos a quem tive o privilégio de cuidar.

Para as minhas colegas desta aventura, diga-se turma, todas as palavras de gratidão e afeto são insuficientes. O meu coração apertado traduz a emoção de saber que a nossa viagem juntas chegou ao fim, mas conforta-me a certeza de que posso contar com muitas de vós para outras aventuras no futuro.

Magda és a minha estrela de selenite, aquela a quem tantas vezes liguei quando a ansiedade surgiu e que tem sempre as palavras certas a dizer.

Eliete e Luísa, sois as minhas companheiras de risos, confidências e as melhores coautoras dos nossos melhores trabalhos científicos. Sois amor!

À Olga, companheira de viagem do bloco de partos, mesmo que à distância, és luz e aconchego em cada mensagem que partilhamos e iluminas o mundo com o teu amor, muito obrigada. Luciana, desde o início da nossa amizade, à primeira vista, que és colo e tens uma capacidade especial de me reforçar a coragem para seguir viagem. Isabel, foste a linda surpresa do segundo ano do mestrado, tantas vezes partilhamos emoções e trocamos abraços. Bárbara, a nossa delegada, estiveste sempre presente para todas e tens uma capacidade única de me conseguir tocar e melhorar o dia com palavras e gestos simples. O nosso grupo é tão especial que cada vitória individual se transformou sempre numa vitória de todas nós. Que esta autenticidade se perpetue e contagie o mundo.

Deixo aqui a minha gratidão à minha colega de profissão e amiga Ivânia. Obrigada por todo o material passado e horas a debater ideias. Apesar da minha impulsividade, a tua calma sempre nos trazia a melhor porto. Foi maravilhoso paralelamente ao mestrado ter a dádiva de construir contigo o nosso projeto.

À minha amiga Maria, quem diria que partilharíamos a mesma paixão. À distância de uma chamada, tantas vezes partilhei alegrias, dúvidas e inquietações, sempre encontrando em ti um porto seguro de amizade e compreensão. Muito obrigada.

À minha amiga Mariana, viveste diariamente comigo todas as vitórias e derrotas do caminho. Nestes dois anos fomos confidentes próximas sempre prontas a aturar mais um momento de devaneio e fragilidade, transformando-o em boa energia e esperança. Agradeço todo o carinho e amizade.

Aos meus pais e irmão, pilares de sempre, a quem recorro quando o mundo parece desabar e que sempre tem um sinal de esperança para dar, não há palavras para vos agradecer o apoio incondicional. Tudo o que conquisto tem um pouco de cada um de vocês.

Ao meu amor e companheiro de vida, agradeço toda a compreensão perante a inevitável ausência. Foste tu que desde o início acreditaste e me impulsionaste a seguir caminho. Obrigada por cada jantar preparado, roupa lavada, casa limpa, paciência nos dias de maior cansaço e irritabilidade e, acima de tudo, pelo

abraço e colo sempre pronto a devolver-me a força. Este trabalho é também teu,
porque sem o teu apoio eu não estaria aqui.

A todos, o meu profundo reconhecimento.

RESUMO

A gravidez, o trabalho de parto e o puerpério são uma experiência subjetiva e única para cada mulher, e é papel da EE-ESMO contribuir positivamente para que essa vivência decorra em segurança e com saúde. É com esta perspetiva que se apresenta este relatório final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica que reflete o desenvolvimento e integração de competências especializadas desenvolvidas ao longo dos estágios e através de um estudo de natureza qualitativa.

Perante a escassez de estudos que descrevem as características comportamentais diferenciadoras das mulheres para lidarem com o seu trabalho de parto, foi realizada uma reflexão-investigação qualitativa com o objetivo de descrever e compreender os perfis de mulheres em contexto de trabalho de parto, a partir do conhecimento experiencial de onze EE-ESMO, com mais de três anos de experiência em bloco de partos. Da análise emergiram cinco perfis distintos: idealista, dogmático, flexível, passivo e hipervigilante. Estes resultados podem constituir um contributo para uma prática clínica centrada na mulher. Descrevem-se, com recurso à análise crítica e evidência quatro casos clínicos. Dois relativos ao desenvolvimento de competências no contexto de bloco de partos. Em ambos procurou-se identificar o perfil da mulher face ao seu trabalho de parto. Uma revelou um perfil idealista perante o desafio de uma rotura prematura de membranas e outra um perfil dogmático, confrontada com mudanças face ao seu plano idealizado. No caso relativo ao pós-parto, refletiu-se sobre a adaptabilidade da díade mãe-recém-nascido perante a circunstância exigente de ficarem afastadas, implicando à EE-ESMO a gestão de um conflito de decisão parental. No internamento de gravidez de risco, acompanhou-se uma mulher perante a experiência exigente de ameaça de abortamento.

O relatório evidencia a integração entre investigação e prática clínica, reforçando a importância de colocar a mulher no centro dos cuidados. Demonstra-se que a atuação da EE-ESMO, sustentada em evidência científica, empatia e reflexão crítica, contribui para a qualidade e segurança dos cuidados em enfermagem de saúde materna e obstétrica, respondendo às necessidades específicas de cada transição vivida.

Palavras-chave: Enfermagem de saúde materna e obstétrica; Trabalho de parto;
Perfis das mulheres em trabalho de parto

ABSTRACT

Pregnancy, childbirth and the postpartum are a subjective and unique experience for each woman, and it is the role of the Nurse-Midwife to contribute positively so that this experience takes place safely and with satisfaction. From this perspective, this final report of the Master's in Maternal and Obstetric Health Nursing reflects the consolidation of specialized competencies developed throughout the clinical placements and within a qualitative study.

Given the scarcity of studies that describe the differentiating behavioural characteristics of women during childbirth, a qualitative reflective study was carried out with the aim of describing and understanding profiles of woman in the context of labour, based on the experiential knowledge of eleven Nurse-Midwife with more than three years of experience in childbirth. The analysis identified five distinct profiles: idealistic, dogmatic, flexible, passive, and hypervigilant. These results may represent a contribution to woman-centred clinical practice.

Four clinical cases are described through critical analysis and supported by evidence. Two, in the delivery ward, describe practice adapted to the needs and profile of the women: one with an idealistic profile facing the challenge of prelabour rupture of membranes, and another with a dogmatic profile confronted with changes to her idealized birth plan. In postpartum, reflection focused on the adaptability of the mother–newborn dyad to the demanding circumstance of being separated, which confronted the EE-ESMO with an dilemma. In the high-risk pregnancy unit, a woman was accompanied through the demanding experience of threatened miscarriage.

This report highlights the integration between research and clinical practice, reinforcing the importance of placing women at the centre of care. It demonstrates that the role of the Nurse-Midwife, supported by scientific evidence, empathy, and critical reflection, contributes to the quality and safety of maternal and obstetric health care, responding to the specific needs of each transition experienced.

Keywords: Maternal and obstetric health nursing; Childbirth; Women's profiles in labour.

CHAVE DE SIGLAS

AAP - American Academy of Pediatrics

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

APH - Associação Portuguesa de Hemofilia e outras Coagulopatias Congénitas

Bpm – batimentos por minuto

CTCU – Clampagem Tardia do Cordão Umbilical

CTG – Cardiotocografia

DGS - Direção Geral da Saúde

DHRN – Doença Hemorrágica do Recém-Nascido

DPPNI – Descolamento prematuro da placenta normalmente inserida

DUM – Data última menstruação

ECTS - European Credit Transfer System

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

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

FCM - Frequência Cardíaca Materna

FDA - United States Food and Drug Administration

LA – Líquido amniótico

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

mmHg – Milímetros de mercúrio

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RPM - Rotura Prematura de Membranas

U.I. - Unidades Internacionais

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura

UNICEF - United Nations Children's Fund

Índice

INTRODUÇÃO	13
1. PERFIS DAS MULHERES EM TRABALHO DE PARTO	17
1.1. Contextualização do estudo	17
1.2. Metodologia	18
1.3. Resultados	21
1.3.1. Perfil idealista	23
1.3.2. Perfil dogmático	25
1.3.3. Perfil flexível	26
1.3.4. Perfil passivo	28
1.3.5. Perfil hipervigilante	29
1.4. Discussão	32
1.5. Conclusões	36
2. CUIDAR DA MULHER EM TRABALHO DE PARTO	38
2.1. Evolução de uma rotura prematura de membranas para o primeiro período do trabalho de parto	40
2.2. De uma fase ativa desafiante ao pós-parto imediato	61
3. CUIDAR DA MULHER NO PUERPÉRIO	78
3.1. Primeiras doze horas após parto eutócico e o desafio de ficar afastada da recém-nascida	79
4. CUIDAR DA MULHER COM GRAVIDEZ DE RISCO	94
4.1. Vivência desafiante de uma adaptação à gravidez com complicações	95
5. CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	105
CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. – Características-chave dos perfis das mulheres em trabalho de parto

22

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. - Cinco perfis das mulheres em contexto de trabalho de parto ____ 32

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi redigido no âmbito da unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório final”, integrado no Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), fazendo-se cumprir o objetivo de elaborar um relatório de estágio, que coloque em evidência o desenvolvimento de competências e as experiências de aprendizagem mais significativas e sirva como pretexto para refletir criticamente sobre todo o percurso.

O relatório servirá igualmente de base à discussão em provas públicas para obtenção do grau de mestre. Assim, encontra-se estruturado tendo em consideração os descritores de Dublin, que orientam a demonstração de conhecimentos, competências clínicas especializadas e atitudes éticas e reflexivas, fundamentais para a prática avançada da EE-ESMO e do mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Para além disso, a opção pela realização da unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório final” permite a obtenção do título profissional de Enfermeira Especialista nesta área, atribuída pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

A unidade curricular tem 45 *European Credit Transfer System* (ECTS) e uma carga total de trabalho da estudante na ordem das 1260 horas, entre contacto presencial nos contextos de internamento de grávidas/materno-fetal (200 horas), puerpério (100 horas) e bloco de partos (500 horas) e desenvolvimento de outras atividades necessárias como a elaboração do relatório. Objetiva-se que o desenvolvimento de competências nos contextos descritos promova uma consciência profissional sobre o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EE-ESMO) de modo a responsabilizar cada estudante na construção de itinerários e projetos de vida profissional, numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida e de promoção de um espírito empreendedor. Pretende-se, também, que identifique

diagnósticos e implemente intervenções de enfermagem especializadas centradas nas necessidades da mulher com afeções ginecológicas, mulher/família com gravidez normativa e com complicações, no trabalho de parto, no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco; consolide a capacidade de resolução de problemas em contexto de multidisciplinaridade e mobilize a evidência científica para a tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna, obstetrícia e ginecologia.

A realização dos estágios decorreu numa instituição de apoio perinatal nível 1 da zona norte de Portugal, no período entre setembro de 2024 e maio de 2025. Este foi um período de crescimento pessoal e profissional, proporcionado pela riqueza e diversidade de experiências clínicas. O estágio foi supervisionado por EE-ESMO com uma ampla experiência profissional, que permitiu aprofundar e integrar competências específicas na área de especialidade.

A diversidade comportamental e de perfis marcou a prestação de cuidados, a partir da reflexão-investigação desenvolvida. Os cuidados assistenciais foram ajustados à individualidade e fisiologia de cada mulher. Foi com base nesta premissa que se desenvolveram os cuidados apresentados no presente relatório, bem como todos os que aqui não estarão expressos.

Deste modo, pretende-se demonstrar a capacidade de integrar conhecimentos, aplicá-los criticamente e refletir sobre as implicações e responsabilidades com uma capacidade de comunicação clara e objetiva dos conhecimentos e raciocínios subjacentes.

Cada um dos cenários clínicos descritos proporcionou oportunidades distintas de aprendizagem, exigindo a mobilização de conhecimentos e capacidades técnicas, científicas, éticas e relacionais para a gestão dos cuidados, com responsabilidade profissional, ética e legal, procurando a melhoria contínua da qualidade assente no desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE, 2019b).

A conceção de cuidados refere-se ao modo como os enfermeiros planeiam, implementam e avaliam as intervenções de enfermagem com base em

referenciais teóricos próprios da disciplina e evidência científica. Este processo garante a segurança, qualidade e eficácia dos cuidados prestados. Os cuidados prestados encontram-se descritos, tendo por base a ontologia de enfermagem (ESEP, 2025).

Primeiramente apresenta-se o artigo de investigação qualitativa desenvolvido no âmbito dos perfis das mulheres em contexto de trabalho de parto, com base na experiência empírica de EE-ESMO. Trata-se de uma área que apresenta dificuldades na apresentação de evidência apesar de ser uma área fulcral para o atendimento individualizado e para a qualidade dos cuidados especializados. Os resultados encontrados apresentam-se como muito pertinentes para a oferta de um referencial prático, de rápida aplicabilidade que ajude as EE-ESMO a interpretar, em tempo real, o perfil da mulher no seu trabalho de parto, de modo a adequar as intervenções.

Seguidamente, encontra-se exposto o cuidado especializado em enfermagem de saúde materna e obstétrica no bloco de partos tomando por exemplo dois casos clínicos: um representa o cuidado a uma mulher e pessoa significativa perante uma rotura prematura de membranas e o primeiro período do trabalho de parto e o outro retrata o cuidado a uma mulher desde a sua fase ativa ao período expulsivo de trabalho de parto, que apresentou múltiplos desafios.

Posteriormente, apresenta-se um capítulo representativo do cuidado EE-ESMO a mulheres no puerpério, especificando o exemplo de uma puérpera/mãe, pai e recém-nascida que vivenciaram o desafio da separação aquando do internamento na neonatologia. Neste mesmo caso clínico a EE-ESMO depara-se com um conflito de decisão parental e encontra uma solução individualizada para o procurar resolver.

No seguinte capítulo, está explanado o cuidado EE-ESMO a mulheres com gravidez de risco. Optou-se por explorar um caso clínico de uma segunda gesta, com um abortamento anterior que está perante o risco de abortamento da atual gravidez, com todas as implicações psicofisiológicas que essa situação

apresentou para a sua vida. Explorou-se o modo como a EE-ESMO procurou solucionar esta situação desafiante.

Por último, a autora apresenta o contributo que, na sua opinião, o presente relatório expõe para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE-ESMO.

1. PERFIS DAS MULHERES EM TRABALHO DE PARTO

“Somewhere, something incredible is waiting to be discovered.”

Carl Sagan

1.1. Contextualização do estudo

Na prática clínica decorrente do estágio no bloco de partos observou-se que as mulheres têm diferentes abordagens e atitudes perante o trabalho de parto. Este é um campo emergente na comunidade científica, pois reconhece que diversos fatores individuais impactam profundamente a experiência e os resultados do trabalho de parto. Assim, tornou-se pertinente descrever e compreender os perfis das mulheres em contexto de trabalho de parto.

A experiência do trabalho de parto é um momento significativo e singular. A forma como é vivenciado depende em grande medida das características individuais de cada mulher – como a história pessoal, experiências prévias, crenças culturais, vivência sociocultural, características emocionais e expectativas em relação ao trabalho de parto. Estas variáveis subjetivas moldam o comportamento, a interação com os profissionais de saúde e com o próprio trabalho de parto. Para efeitos deste estudo, entende-se por perfil uma configuração de características diversas que se manifestam de forma consistente em determinadas mulheres durante o trabalho de parto.

O trabalho de parto é um processo tido como um evento crítico da transição para a maternidade, seguindo a teoria de médio alcance proposta por Meleis. Para a autora, os eventos críticos constituem momentos de maior

vulnerabilidade, condicionando o decurso da transição (Meleis *et al.*, 2000). Esta perspetiva reforça a relevância clínica do tema, ao evidenciar a necessidade de cuidados de enfermagem personalizados, capazes de integrar o perfil emocional e as expectativas de cada mulher. Assim, a identificação dos perfis das mulheres oferece contributos valiosos para uma prática mais individualizada, empática e eficaz por parte das EE-ESMO. A compreensão destes perfis pode facilitar uma comunicação mais ajustada, uma melhor adequação das intervenções clínicas e, conseqüentemente, uma experiência de parto mais positiva e segura, promovendo cuidados de melhor qualidade.

Apesar da crescente valorização da experiência subjetiva da mulher no contexto obstétrico, permanecem escassos os estudos que descrevam as manifestações comportamentais observáveis no momento crítico do trabalho de parto. O percurso inicial deste trabalho contemplava a realização e uma revisão narrativa da literatura, contudo, a escassez de literatura encontrada motivou uma mudança de rumo. Propõe-se, assim, uma abordagem qualitativa da realidade, com o objetivo de descrever os diferentes perfis das mulheres em contexto de trabalho de parto, recorrendo ao conhecimento experiencial das EE-ESMOS que as acompanham. Acredita-se que este é o primeiro passo rumo a um futuro no qual os enfermeiros apliquem deliberadamente intervenções ajustadas à individualidade de cada mulher, considerando o seu perfil específico.

1.2. Metodologia

Este capítulo descreve o processo usado para responder à questão: Que perfis podem ser identificados nas mulheres em contexto de trabalho de parto?

Trata-se de uma abordagem da realidade de natureza qualitativa. Permite descrever de forma rigorosa e estruturada um fenómeno tal como é

percecionado pelos participantes, preservando a sua linguagem e experiência e fundamentando as interpretações diretamente dos dados recolhidos (Fortin, 2009).

De facto, a investigação qualitativa visa explorar e compreender um fenómeno atribuindo significado ao objeto de estudo através da observação ou realização de entrevistas a vários indivíduos que o vivenciam (Fortin, 2009). Neste caso, recorreu-se ao conhecimento experiencial das EE-ESMO em contexto de trabalho de parto, recolhendo dados sobre as suas perceções e submetendo-as posteriormente a análise de conteúdo.

A recolha de dados foi realizada por meio de entrevistas informais a EE-ESMO com um mínimo de 3 anos de experiência direta no acompanhamento de mulheres em trabalho de parto e que manifestassem disponibilidade para participar voluntariamente. Revelaram interesse 11 EE-ESMO, todas do sexo feminino, com 4 a 21 anos de experiência. Todas exerciam funções no mesmo serviço de bloco de partos, onde realizei o meu estágio de natureza profissional.

As “entrevistas” – conversas informais, realizaram-se presencialmente com questões abertas e promotoras de reflexão. No desenrolar das entrevistas, procurou-se aprofundar as características referidas e, sempre que pertinente, estimular as participantes a agrupar as características em perfis, baseado na sua própria perceção.

Enquanto exercício, a análise dos dados seguiu os princípios da análise de conteúdo de Bardin (2013), estruturada em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento/interpretação dos resultados, respeitando os princípios da exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade.

O processo de recolha e análise de dados progrediu num movimento em espiral. À medida que as entrevistas foram transcritas, procedeu-se à leitura inicial e à interpretação dos dados. As interpretações iniciais orientaram a recolha de dados subsequente, podendo afirmar-se que foi atingida a saturação teórica.

Procedeu-se à codificação, classificação e categorização. Analisaram-se todas as entrevistas e sublinharam-se as unidades de registo pertinentes, que constituíram a base para a análise. Estas unidades comparáveis de pesquisa foram agrupadas em categorias provisórias, segundo o critério temático.

Quanto ao tratamento e interpretação dos resultados (fase 3), os perfis construídos foram analisados em profundidade. Nesta etapa, atribuiu-se significado às categorias finais, articulando-as com os referenciais teóricos e com a questão de partida do estudo.

Este estudo foi conduzido com observância dos princípios éticos fundamentais da investigação em ciências da saúde, nomeadamente o respeito pela autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça. As participantes no estudo foram EE-ESMO que colaboraram de forma voluntária, tendo sido previamente informadas sobre o objetivo que era pretendido e garantia de anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.

No presente trabalho, a recolha de dados decorreu junto de colegas do serviço, de forma informal e no âmbito de um contexto profissional próximo. Esta opção teve por base a perceção de ausência de risco para os participantes, a natureza não invasiva da recolha e o objetivo inicial centrado na melhoria contínua dos cuidados e não na publicação científica. Tratando-se de um exercício de reflexão conjunto, que se torou num trabalho interessante não houve pedido antecipado a uma Comissão de Ética.

Contudo, reconhece-se que, independentemente da proximidade relacional ou do carácter aparentemente inócuo da recolha, a boa prática ética exige a submissão prévia à Comissão de Ética, bem como a obtenção de consentimento informado documentado, mesmo em contextos internos.

Esta reflexão é assumida como parte integrante do compromisso com a integridade profissional e científica. Em futuras iniciativas de recolha de dados, será assegurado o cumprimento rigoroso dos trâmites éticos formais.

Ainda assim, foram assegurados todos os procedimentos para proteger a integridade e privacidade das participantes, incluindo a codificação dos dados

recolhidos em cada conversa e a omissão de qualquer informação que as pudesse identificar. Neste sentido, para garantir a confidencialidade das EE-ESMO entrevistadas e preservar a autenticidade dos discursos, cada entrevista foi identificada por uma sigla composta pela letra E, seguida de um número sequencial (E1, E2, ..., E11). Ao longo do artigo, na apresentação dos resultados, estas siglas acompanham as citações ilustrativas das EE-ESMO, permitindo reconhecer a diversidade das perspetivas sem comprometer o anonimato.

A participação foi voluntária, sem qualquer compensação, a não ser um pretexto para refletir sobre as características das mulheres. Os dados recolhidos foram utilizados exclusivamente para fins deste estudo, com o objetivo de contribuir para a melhoria das práticas clínicas no contexto do parto e para eventual publicação dos resultados.

1.3. Resultados

A análise das entrevistas realizadas permitiu compreender que todas as EE-ESMO entrevistadas consideram que existe diversidade de perfis das mulheres em contexto de trabalho de parto. A partir da análise dos dados, identificaram-se cinco perfis de mulheres em trabalho de parto. Cada perfil foi caracterizado a partir da articulação entre as características individuais da mulher, as expectativas que expressa relativamente ao trabalho de parto e a relação com as EE-ESMO.

Os perfis identificados revelam a complexidade da experiência do trabalho de parto, influenciada por múltiplos fatores, nomeadamente aspetos emocionais, contextos socioculturais, perceção de autoeficácia, traços de personalidade, relação individual com a dor, grau de informação adquirida

durante a preparação para o parto, confiança na equipa de saúde e expectativas face ao processo.

As características distintivas de cada perfil estão sistematizadas no Quadro 1.

Quadro 1. – Características-chave dos perfis das mulheres em trabalho de parto

Perfil Idealista

- Visão do parto como processo natural e fisiológico
- Visão da dor como parte integrante do processo
- Expectativas ajustadas sobre lidar com a dor
- Serenidade, introspeção e vivência da espiritualidade
- Elevada perceção de autoeficácia e autocontrolo
- Independente, mas colaborativa com as EE-ESMO

Perfil Dogmático

- Ideias rígidas sobre o parto e lidar com a dor
- Recusa absoluta de intervenções farmacológicas
- Elevada necessidade de controlo
- Postura defensiva e desconfiada face à equipa
- Vulnerabilidade a bloqueios perante imprevistos

Perfil Flexível

- Expectativas ajustadas e realistas sobre o trabalho de parto
- Lida com a dor com recurso a estratégias não farmacológicas e farmacológicas, decidindo conforme a necessidade
- Tranquilidade, otimismo e capacidade de adaptação
- Confiança e parceria com as EE-ESMO

Perfil Passivo

- Desejo de parto rápido e indolor
- Solicitação precoce de analgesia por via epidural
- Delegação de decisões nas EE-ESMO
- Confiança quase absoluta nas EE-ESMO
- Satisfação dependente da rapidez e conforto

Perfil Hipervigilante

- Insegurança, ansiedade excessiva e medo excessivo
- Visão da dor como sofrimento
- Lida com a dor com métodos farmacológicos
- Desconfiança e dificuldade em relaxar
- Necessidade constante de validação e repetição de perguntas

Os perfis são descritos de seguida, ilustrados com excertos das EE-ESMO, que sustentam a sua construção.

1.3.1. Perfil idealista

Este perfil caracteriza mulheres que percebem o trabalho de parto como um processo natural e fisiológico, muitas vezes em concordância com o seu estilo de vida de harmonia com a natureza. Recorrem a estratégias não farmacológicas e entendem a dor como parte integrante e necessária do processo. Valorizam a autonomia, demonstram elevada perceção de autoeficácia, revelam serenidade e introspeção face ao que está a acontecer e, confiança na sua capacidade de parir. Mantêm-se independentes em relação ao profissional, mas reconhecem-no como parceiro de cuidados sempre que necessitam de apoio, podendo integrar mudanças de forma ajustada, quando necessário.

As EE-ESMO descrevem que estas mulheres assumem uma filosofia de vida centrada na natureza e vêem o parto como extensão dessa vivência: *“É a forma como elas vivem em contacto com a natureza (...) tudo na cabeça delas é fisiológico e natural e o parto não deixa de ser também um processo natural.”* (E4) e *“há quem tenha uma perspetiva que já seja a sua filosofia de vida e sentem que faz sentido no momento do parto terem um caminho mais fisiológico.”* (E11). Reconhecem o parto como processo fisiológico, onde a dor é entendida como

parte integrante do percurso: *“dor como um caminho necessário para chegar ao objetivo final.”* (E3) e escolhem estratégias não farmacológicas para lidar com a dor *“querem uma vertente mais natural, ou seja, querem meios de gestão da dor não farmacológicos.”* (E9). As EE-ESMO afirmam que, no seu dia a dia, são *“mulheres que estão habituadas à não medicação (...) e que são muito mais treinadas em termos de autocontrolo.”* (E4), associando-se a *“uma melhor autoeficácia e uma perceção de um melhor desfecho”* (E4), são *“mulheres empoderadas que pretendem fazer um caminho mais fisiológico”* (E11), *“são mais introspectivas, aceitam melhor a adversidade”* (E7).

São mulheres que tendem a mobilizar a espiritualidade como recurso, *“uma mulher que trabalha a sua espiritualidade é mais serena em trabalho de parto.”* (E10). A adversidade é vista como parte de um destino que acreditam ser capazes de superar, *“acreditam que era uma coisa que estava destinada a ser para elas e que vão ter competências para superar, porque só é para elas aquilo que elas conseguem superar.”* (E10). Esta visão do parto como uma extensão de uma filosofia de vida ligada à natureza, encontra-se, muitas vezes enraizada em referências culturais ou familiares, como destacam as EE-ESMO: *“vê-se muito o cultural a permanecer (...) esta vontade da mulher de parir e de acreditar no próprio corpo. (...) sinto que se nota muito como foi o parto da mãe (...) acho que são pessoas que procuram muito grupos de amigos que estão na mesma filosofia. Sente-se muito enraizado o poder da mulher.”* (E11)

Sintetizando algumas características traço deste perfil: E4: *“(...) todas as peças do puzzle se encaixam, porque o facto de nós vermos o parto num processo natural e fisiológico, encaixa uma dor fisiológica, uma melhor gestão da dor durante o trabalho de parto e o parto em si, uma melhor autoeficácia ou uma melhor perceção de um melhor desfecho naquilo a que nós podemos chamar de um trabalho de parto e um parto com uma experiência positiva.”* (E4)

1.3.2. Perfil dogmático

As mulheres com perfil dogmático chegam ao trabalho de parto com uma ideia rígida de um parto exclusivamente fisiológico, recusando intervenções farmacológicas e defendendo de forma quase absoluta a não utilização de analgesia epidural para controlo da dor. Demonstram uma postura defensiva e desconfiada perante as EE-ESMO. Apresentam planos de parto extensos, muito detalhados e pouco flexíveis, procurando manter um elevado controlo sobre todo o processo.

A gestão da dor centra-se em estratégias não farmacológicas, ainda que, por vezes, pouco eficazes. Trata-se, segundo as EE-ESMO de uma mulher *“habituada a controlar a dor no dia a dia com medicação”* (E4), mas que chega ao trabalho de parto com dogmas instaurados: *“As fundamentalistas em termos de alívio da dor (...) já vêm muito com ideias e decisões tomadas, enraizadas”* (E8), *“ideias predefinidas sobre aquilo que vai ser o parto delas”* (E6). A analgesia epidural é muitas vezes percecionada como ameaça e fator de insucesso: *“formatadas para não ter analgesia e só desistem do não à analgesia numa fase de exaustão total”* (E1), *“a partir do momento que coloca a epidural, se o parto não corresponder às restantes expectativas, vão dizer que o parto não correspondeu porque colocaram aquele cateter epidural”* (E2).

As expectativas elevadas e pouco realistas são apontadas como fator dificultador, nas palavras de uma EE-ESMO: *“temos senhoras que vêm com expetativas muito acima daquilo que provavelmente será possível, criam expetativas não realistas”* (E8). As EE-ESMO referem que *“acabam por ter a perceção, numa fase inicial, de não tão autoeficácia, quanto esperariam relativamente à gestão da dor”* (E4). Apesar de uma perceção inicial de elevada autoeficácia, frequentemente revelam dificuldade em lidar com a intensidade da dor, bloqueando a evolução do trabalho de parto: *“Muitas vezes criam os ditos bloqueios e depois condicionam todo o processo.”* (E10), *“parece que a parte hormonal bloqueia e as coisas deixam de acontecer”* (E3).

Estas mulheres demonstram uma atitude de reserva perante a equipa, assumindo que as EE-ESMO serão *“aquelas pessoas que vão tentar por tudo ser intervencionistas ou fazer violência obstétrica”* (E5). Acontece de ouvirem as propostas da equipa com resistência: *“se sugerimos alguma alteração ao plano de parto, pelas circunstâncias o exigirem, parece que consideram que aquilo que nós estamos a sugerir é uma ameaça”* (E3). A sua preparação para o parto é por vezes realizada com outros profissionais fora da equipa de EE-ESMO, o que reforça a perceção de confiança nesses referenciais externos em detrimento da equipa de enfermagem: *“as mulheres que fazem preparação para o parto com outras profissionais: fisioterapeutas, doulas, entre outras, acabam por ver nessas pessoas as suas figuras de referência.”* (E6) Essa desconfiança é acentuada quando estão acompanhadas em trabalho de parto por outros profissionais: *“se vêm acompanhados por doula (...) ainda que tentes entrar no mundo deles, existe uma certa barreira entre aquele núcleo e tu”* (E6).

São mulheres que procuram um parto absolutamente fisiológico, com o mínimo de intervenções ou sem recurso fármacos. Confiam mais em referenciais externos do que na equipa de EE-ESMO e revelam necessidade em manter o controlo absoluto. Esta postura, associada a expectativas rígidas e, por vezes, pouco realistas, conduz, frequentemente a bloqueios, insegurança e maior vulnerabilidade quando confrontadas com imprevistos.

1.3.3. Perfil flexível

Este perfil integra mulheres que desejam iniciar o trabalho de parto recorrendo a estratégias não farmacológicas para lidar com a dor, mantendo abertura para recorrer à analgesia epidural quando sentirem essa necessidade. Demonstram consciência dos seus limites e reconhecem a imprevisibilidade do

trabalho de parto, ajustando-se às circunstâncias. As expectativas são geralmente ajustadas à realidade, tendem a viver o processo com tranquilidade e estabelecem uma boa relação com a equipa. Mantêm uma participação ativa construindo uma parceria colaborativa com as EE-ESMO.

São descritas como *“aquelas que têm noção dos seus limites”* (E4) e que, nas palavras de uma EE-ESMO dizem *“quero saber até onde é que consigo ir”* (E1). Esta abertura traduz-se em escolhas adaptadas ao momento: *“apesar de pretenderem uma vertente mais natural, quando chega o momento em que não conseguem lidar com a dor, aceitam bem e não estão em negação”* (E6). Como sintetiza outra entrevistada, *“normalmente elas tentam numa primeira fase (...) gerir a dor com técnicas não farmacológicas, mas nunca fecham a porta à eventual necessidade de mudar e optar por controlar a dor com técnicas farmacológicas”* (E10). As expectativas quanto à dor são realistas:

Trata-se de mulheres mais relaxadas e otimistas, que não alimentam expectativas excessivas e vivem o processo com serenidade: *“têm consciência realista em relação ao controlo da dor”* (E4), *“vêm com expectativas bastante adequadas à realidade (...) ajustadas a uma realidade menos romantizada”* (E8). Algumas chegam sem planos rígidos, mas com disponibilidade para se adaptarem: *“há senhoras que vêm supertranquilas e (...) pensam: o que quer que aconteça eu vou estar bem com isso”* (E8).

A relação com a equipa é facilitada, baseada em confiança e respeito: *“confiam nos profissionais, querem ou aceitam ser guiadas no processo”* (E10), *estabelecendo “uma parceria com o profissional”* (E11). Muitas vezes, trata-se de casais informados e alinhados, que reconhecem a importância de um parto com o mínimo de intervenções, mas entendem a analgesia epidural como um aliado no processo.

Sintetizando, são mulheres que encaram o parto com abertura, confiança e capacidade de adaptação. Mantêm um equilíbrio entre a valorização de uma experiência fisiológica e a aceitação da imprevisibilidade, o que favorece uma vivência positiva e fluida do trabalho de parto, vendo as EE-ESMO como parceiras.

1.3.4. Perfil passivo

A este perfil dizem respeito mulheres que desde cedo expressam o desejo de recorrer à analgesia epidural e a outras intervenções para acelerar o trabalho de parto, procurando um trabalho de parto rápido e sem dor. Tendem a delegar as decisões nas EE-ESMO, confiando nestas profissionais para conduzir o parto de forma rápida e eficaz. Vivem o parto de modo mais passivo e geralmente ficam satisfeitas com a experiência quando esta corresponde ao esperado em termos de eficácia e conforto.

As EE-ESMO relatam que estas mulheres afirmam que *“não querem ter dor absolutamente nenhuma”* (E1) e, muitas vezes, *“até dizem logo à partida que vão querer logo ter epidural”* (E6). Esta escolha está associada a uma expectativa de conforto imediato: *“preferem um trabalho de parto onde não querem qualquer tipo de dor e daí a analgesia ser importante”* (E9). A prioridade é a rapidez do processo, segundo as EE-ESMO as mulheres dizem: *“eu quero um trabalho de parto rápido, quero um trabalho de parto feliz”* (E1), ou ainda *“faça o que estiver a fazer, eu quero é uma coisa rapidinha”* (E6).

No que diz respeito à tomada de decisão, delegam-na facilmente nos profissionais de saúde, adotando uma postura de confiança quase absoluta: *“querem que a EE-ESMO faça tudo, que vá e que tome as decisões por elas”* (E3), *“não questionam muito as nossas práticas e confiam no nosso trabalho”* (E2), *“confiam que tudo o que nós fizermos vai estar bem”* (E5). Esta confiança, embora positiva em alguns contextos, pode traduzir-se numa certa desresponsabilização: *“não diria confiança, elas delegam (...) as desresponsabiliza”* (E11). Muitas vezes, veem as EE-ESMO como responsáveis por conduzir o processo: *“entendem que nós é que temos de fazer as coisas”* (E3) e assumem uma atitude descrita como *“confiar cegamente nos profissionais”* (E6).

Estas mulheres geralmente ficam satisfeitas quando a experiência corresponde às suas expectativas em termos de conforto e eficácia (rápido e bem). No entanto, como alertam as EE-ESMO, podem surgir discrepâncias entre a perceção subjetiva e a evolução clínica: *“mulheres que têm parto rápido, mas dizem-te que demorou muito tempo e que não correu bem”* (E6).

Em síntese, são mulheres que procuram um parto sem sensação de dor e com evolução rápida, delegando decisões na equipa e confiando nos profissionais para conduzir todo o processo. A sua postura passiva e orientada para a eficácia traduz-se numa experiência satisfatória quando os resultados correspondem ao esperado em termos de rapidez e conforto. Contudo, pode gerar frustração quando há desencontros entre a perceção subjetiva e a realidade.

1.3.5. Perfil hipervigilante

Este perfil alberga mulheres que vivenciam a dor como sofrimento, chegando ao trabalho de parto marcadas por um medo e/ou ansiedade excessivos e insegurança. Solicitam analgesia de forma precoce, mesmo antes de sentirem dor significativa, e necessitam de validação constante, colocando repetidamente as mesmas questões e procurando confirmação junto de diferentes profissionais. São descritas como ansiosas, contidas, assustadas ou inseguras, apresentando hipervigilância e dificuldade em relaxar, o que condiciona a evolução do parto.

Uma EE-ESMO descreve que estas mulheres *“entendem a dor como sofrimento, a gente entra nas salas e é quase um velório em vez de ser um trabalho de parto”* (E3). Outra acrescenta: *“é uma mulher que está a entrar com um centímetro e meio cheia de medo, toda a dor que está a viver é horrível para*

ela, vê o trabalho de parto como uma cruz que vai ter que carregar” (E9). Muitas manifestam ansiedade antecipatória, pedindo analgesia mesmo antes de sentir dor: “até antes de sentir dor querem saber se já podem pôr epidural (...) ficam à espera de validação” (E5). Este comportamento repete-se ao longo do processo: “a pessoa ansiosa (...) pergunta-te 20 vezes a mesma coisa, vai validar tudo com toda a gente para ter a certeza de que aquilo é certo” (E7).

Muitas vezes trazem consigo experiências negativas próprias ou relatos familiares que reforçam a perceção de ameaça e aumentam a ansiedade: *“tem muitos medos, muitas vezes associados a experiências anteriores ou experiências de outras pessoas que elas absorvem, normalmente são aquelas pessoas que absorvem tudo” (E10), “quando a experiência é péssima, já está a condicionar muito a seguinte, a pessoa não quer voltar a viver aquilo.” (E7)*

Apresentam diferentes formas de manifestar a sua insegurança e hipervigilância. Há mulheres que reagem com receio ao contacto com os profissionais. *“entras na sala e elas já ficam a olhar para ti do género: o que é que vem a seguir?” (E3) pois “acredita sempre que alguma coisa vai correr mal” (E7). Algumas apresentam-se sérias e excessivamente polidas, “como se estivessem com medo de incomodar” (E5). Por outro lado, também há mulheres com este perfil que “fazem muitas perguntas e ficam muito preocupados, mesmo antes de ter sinais de dor.” (E5).*

Quando nos referimos ao perfil hipervigilante, falamos de emoções que ultrapassaram a sua função adaptativa e cuja vivência emocional intensa interfere com a evolução do trabalho de parto: *“todas estas emoções (...) determinam a evolução hormonal do trabalho de parto e no caso de existir ansiedade vai fazer com que as coisas não evoluam como era suposto. Entramos aqui num ciclo vermelho” (E2), a “ansiedade, a nível hormonal, não é nada favorável àquela cascata que é preciso que aconteça durante um trabalho de parto.” (E7). A dificuldade em relaxar traduz-se em menor perceção de autoeficácia e em bloqueios que atrasam a progressão, “pode ter dificuldade ou um desafio maior no autocontrolo.” (E6).*

Ainda que a ansiedade condicione a experiência, algumas mulheres revelam a capacidade de transformar a experiência num ponto de viragem: *“tanto a pessoa medrosa como a pessoa ansiosa acha sempre que não vai conseguir e depois fica agradavelmente surpreendida. Às vezes o parto é um ponto de viragem na vida delas, na forma como olham para si próprias”* (E7). Na maioria das vezes esta transformação acontece com a intervenção ativa das EE-ESMO que assumem como prioritária a proximidade e suporte contínuo para quebrar esse ciclo de ansiedade e favorecer a evolução do parto. Como referem duas entrevistadas, E4: *“vem com muitos receios (...) e precisa de muito colo. Precisa de muita sensibilidade para acolher todas as emoções que ela traz (...)”, “se conseguir perceber o porquê daquele medo. Quando passas a mensagem de que já percebeste e vais tentar ajudá-la e protegê-la, já se consegue estabelecer uma relação diferente”* (E5).

Em síntese, trata-se de mulheres hipervigilantes, marcadas pelo medo e ansiedade excessivos, que vivem a dor como sofrimento e necessitam de suporte emocional próximo, desmistificação e reforço positivo. Embora a insegurança e a desconfiança condicionem a evolução do trabalho de parto, a experiência pode constituir, em alguns casos, um momento de superação e de reconstrução da perceção autoeficácia.

Os perfis são apresentados de forma distinta, no entanto não são estanques. Os dados indicam que muitas mulheres transitam entre perfis ao longo do trabalho de parto, tal como refere uma EE-ESMO:

“se calhar as pessoas ao longo de um trabalho parto vão rodando entre os perfis. Talvez não estejam sempre num determinado perfil e podem ir aceitando as coisas de forma diferente ao longo do trabalho de parto. Acredito que não podemos dizer que o perfil que era no início será o mesmo do final. Elas podem ir mudando e por isso temos de nos ir adaptando ao momento e explicando à pessoa que temos à nossa frente porque é que as coisas mudam. Umas não aceitam no início, mas no final já dizem que como as coisas não estão a evoluir como imaginado, já estão

por tudo, como eu digo. É quase deitar a toalha ao chão e, pronto, agora é com vocês.”.

Esta plasticidade exige dos profissionais sensibilidade e capacidade de adaptação às necessidades de cada mulher, em cada momento do processo.

1.4. Discussão

A análise de conteúdo revelou cinco perfis (idealista, dogmático, flexível, passivo e hipervigilante) que comprovam que a vivência do trabalho de parto é moldada por um conjunto multifatorial de dimensões que se inter-relacionam.



Figura 1. - Cinco perfis das mulheres em contexto de trabalho de parto

Apesar de existir uma crescente atenção da comunidade científica à experiência subjetiva no trabalho de parto, a descrição operacional dos perfis observáveis permanece escassa, pelo que se recorreu à comparação das características observáveis nos perfis com referenciais teóricos.

A mulher com perfil idealista recorre a estratégias não farmacológicas para lidar com a dor e apresenta elevada perceção de autoeficácia, confiando na sua capacidade de parir. Numa revisão integrativa, Tilden e colaboradores (2016), reportam uma associação positiva entre níveis elevados de autoeficácia e uma maior capacidade de lidar com a dor na fase ativa do trabalho de parto, em linha com o observado. Na mesma linha de resultados, num estudo observacional analítico, de corte transversal, conduzido na fase latente, os autores aplicaram uma análise multivariável para estimar a associação entre autoeficácia e intensidade de dor, concluindo que, mulheres com maior perceção de autoeficácia relatam menor perceção da intensidade da dor, lidando melhor com a mesma (Huang *et al.*, 2024).

Os perfis idealista e dogmático partilham a valorização do parto fisiológico, mas diferem no grau de autoconhecimento, preparação, flexibilidade e relação com a EE-ESMO. O primeiro, tende a integrar alterações ao plano inicial sem vivenciar perda de identidade e relaciona-se construtivamente com as EE-ESMO. Por outro lado, o perfil dogmático, tende a interpretar o desvio como ameaça ao autocontrolo e encara as propostas da equipa com resistência. Fisiologicamente, níveis altos de catecolaminas libertadas sob stresse correlacionam-se com menor atividade uterina e maior duração do trabalho de parto, o que ajuda a justificar por que razão duas mulheres com crenças pró-fisiologia poderem ter experiências opostas (Stjernholm *et al.*, 2021).

Algumas mulheres interpretam a dor como funcional e positiva, enquanto outras a encaram como um sofrimento evitável (Simkin *et al.*, 2004). No perfil idealista a dor é entendida como parte fisiológica do processo, um caminho necessário para o nascimento. Enquanto, nos perfis hipervigilante e passivo, predomina a evitabilidade da dor, por razões distintas. No hipervigilante, o medo excessivo e a insegurança amplificam a perceção de ameaça, pelo que a

analgesia funciona para a mulher como estratégia de segurança. No passivo, a expectativa de conforto ao longo de todo o processo, leva a preferir evitar a dor. Em ambos é frequente a solicitação precoce de analgesia.

A intensidade de emoções da mulher em trabalho de parto e o modo como as gere têm um papel importante. As emoções básicas são essenciais para fazermos face aos desafios que encontramos ao longo da vida: alegria, tristeza, medo e raiva. A sua presença é espectável e saudável. As emoções apenas podem apresentar um impacto negativo quando ultrapassam a sua função adaptativa e não são reconhecidas e integradas. É esta a realidade que a mulher com perfil hipervigilante sente, o medo e a ansiedade assumem elevada intensidade: a mulher antecipa a ameaça, procura validação constante e tem dificuldade em relaxar. Huang e colaboradores (2024) mostraram que o medo e ansiedade excessivos é um preditor da intensidade da dor percebida durante o trabalho de parto. Esta comparação ajuda a explicar a solicitação precoce de analgesia e os “bloqueios” descritos pelas EE-ESMO.

As mulheres apresentam diferentes perceções de necessidade de autocontrolo sobre o processo de trabalho de parto: duração, decisões e expressão emocional (Gibbins & Thomson, 2001). Dois dos perfis identificados posicionam-se dicotomicamente nesses polos. O perfil passivo caracteriza-se pela baixa necessidade de autocontrolo na progressão do trabalho de parto: delega as tomadas de decisão para as EE-ESMO, privilegiando conforto e rapidez. Por outro lado, o perfil dogmático situa-se no polo oposto, com elevada necessidade de autocontrolo: procura definir o ritmo e a duração, mantém expectativas rígidas e interpreta propostas de mudança como ameaças ao controlo.

As mulheres que adotam uma postura de aceitação e flexibilidade, designada como *‘going with the flow’* por Borrelli e colaboradores (2018), demonstram maior capacidade de adaptação às circunstâncias do parto, o que lhes permite lidar com a incerteza de forma serena. A descrição de Borrelli de *“going with the flow”* aproxima-se do perfil flexível aqui identificado, no qual as mulheres se ajustam às circunstâncias e vivem o processo com tranquilidade.

Importa sublinhar que os dados indicam que o perfil não é estático, trata-se de uma configuração dinâmica que pode mudar ao longo do trabalho de parto. Esta plasticidade ajuda a compreender mudanças observadas na prática, reforçando a utilidade de um acompanhamento em proximidade com ajuste contínuo do plano de cuidados.

Foi possível compreender que o processo de inferência de um perfil é intrínseco ao exercício profissional das EE-ESMO. A descrição apresentada resultou de uma construção essencialmente empírica, na medida em que todas as EE-ESMO afirmaram ajustar a sua prática de forma intuitiva ao comportamento de cada mulher. Este dado reforça a relevância da sistematização dos perfis, permitindo sintetizar o conhecimento e transformar práticas empíricas em referenciais estruturados, potenciando a sua otimização. Pretende-se suscitar uma reflexão crítica na comunidade científica acerca dos resultados obtidos.

Objetiva-se que, futuramente, aquando da interação da EE-ESMO com a mulher na admissão, se trace de forma breve e orientadora o perfil da parturiente, ajustando as intervenções ao perfil identificado, de modo a garantir cuidados individualizados e de qualidade que favoreçam a progressão saudável do trabalho de parto. Contudo, este processo deve manter-se flexível, uma vez que o perfil é uma configuração dinâmica, suscetível de mudar ao longo do percurso. Acredita-se que, tal prática individualizada exige rácios de uma EE-ESMO por cada parturiente, uma vez que, cada um dos perfis tem desafios de prestação de cuidados que requer um atendimento individual. Ainda, a adoção desta linguagem comum de nomenclatura dos perfis na equipa pode facilitar o registo no processo clínico, a transmissão de informação em momentos de passagem de turno.

Este estudo apresenta algumas limitações que importa reconhecer. Os resultados devem ser entendidos como um contributo interpretativo, uma vez que a sua natureza não permite generalizar os resultados para outros contextos ou populações. A construção dos perfis decorreu da análise dos discursos das EE-ESMO, o que implica sempre uma componente de subjetividade associada

à interpretação do investigador. Acresce ainda que a ausência da perspetiva direta das mulheres em trabalho de parto limita a compreensão do fenómeno à ótica profissional. Por fim, o número de participantes e o enquadramento específico em que a investigação decorreu podem não refletir a realidade universal. Ainda assim, por se tratar de um estudo inovador e pioneiro, esta linha de análise favoreceu a agregação dos dados e construção de conclusões.

Aponta-se para várias possibilidades de investigação futura. Seria pertinente replicar a investigação em diferentes contextos para testar a consistência dos resultados e verificar a sua aplicabilidade em realidades diversas. Ainda, incluir a voz das mulheres em estudos subsequentes, de modo a validar e aprofundar a tipologia dos perfis aqui proposta. Também seria relevante, numa segunda fase explorar a relação entre a adequação das intervenções ao perfil da mulher e os desfechos obstétricos, maternos e neonatais. Face ao interesse suscitado ao longo deste percurso de mestrado, perspetiva-se a possibilidade de aprofundar a investigação em sede de doutoramento, explorando de forma mais ampla a aplicabilidade dos perfis e os seus impactos clínicos.

1.5. Conclusões

As mulheres são diferentes. Diferentes mulheres exigem diferentes atitudes terapêuticas. Os cinco perfis aqui representados (idealista, dogmático, flexível, passivo e hipervigilante) demonstram que a experiência de trabalho de parto resulta da interação de múltiplas dimensões da mulher. A tipologia proposta não pretende fixar identidades, mas antes oferecer um referencial prático, com rápida aplicabilidade que ajude as EE-ESMO a interpretar, em tempo real, a experiência subjetiva da mulher e a adequar a sua intervenção. Os resultados

sugerem que os perfis são dinâmicos e podem mudar ao longo do percurso, o que reforça a importância de uma vigilância clínica próxima com rácios de um para um, comunicação clara e ajuste contínuo do plano de cuidados.

Ao procurar identificar os perfis que, muitas vezes, são analisados de forma implícita na prática, este trabalho contribui para uma linguagem comum entre profissionais, apoia a tomada de decisão clínica e promove cuidados mais individualizados e seguros no contexto intraparto. Sem perder de vista as limitações inerentes ao desenho qualitativo e ao contexto estudado, os resultados apontam para a relevância de validar esta tipologia noutros cenários e de integrar a perspetiva das parturientes em investigações futuras. Desafio que a autora se propõe concretizar em sede de doutoramento.

Em síntese, este estudo inovador respondeu a uma curiosidade científica, oferecendo uma tipologia compreensiva do perfil da mulher, sustentada na opinião de peritas. Provou, ainda que reconhecer e mobilizar os perfis como ferramenta clínica das EE-ESMO pode permitir orientar uma assistência intraparto centrada nas características próprias de cada parturiente. Acredita-se, que esta investigação pode servir de meio para valorizar e dar visibilidade ao trabalho das EE-ESMO.

2. CUIDAR DA MULHER EM TRABALHO DE PARTO

“Parir con respeto es un derecho; acompañar con respeto, un deber.”

Ibone Olza

O estágio realizado no Bloco de Partos proporcionou a oportunidade de acompanhar diversas grávidas, parturientes, pessoas significativas, fetos e recém-nascidos. Permitiu desenvolver e consolidar competências essenciais para a prática como EE-ESMO no cuidado da mulher inserida na família e comunidade durante o período de trabalho de parto e pós-natal imediato (OE, 2019a).

O serviço segue um modelo de assistência individualizada, garantindo que cada EE-ESMO acompanha uma a duas parturientes. Esta abordagem permite uma prestação de cuidados em proximidade e personalizada, favorecendo a aplicação de estratégias para lidar com a dor e de evolução do trabalho de parto conducentes com os objetivos da mulher e que promovem o seu empoderamento. O empoderamento é um processo essencial de reconhecimento, promoção e fortalecimento das capacidades da mulher de fazer face às suas necessidades, mobilizando os recursos necessários para se sentir no controlo (Gibson, 1991).

Este contexto de cuidados revelou-se um espaço dinâmico de aprendizagem, assente num ambiente de prestação de cuidados seguro e acolhedor que salvaguarda a saúde materno-fetal, promove experiências de parto positivas e integra no cuidado uma visão abrangente e inovadora, com o seu lema: “Nascer em Família”. O serviço é um espaço de partilha, conexão e vivência familiar no qual as pessoas significativas que acompanham a grávida são envolvidas nos cuidados, contribuindo para uma experiência de parto mais positiva e transformadora.

O EE-ESMO assume no seu exercício profissional intervenções autónomas e interdependentes, tendo por base as situações de baixo e alto risco, respetivamente. No presente relatório encontram-se explanados dois casos clínicos que ilustram o trabalho desenvolvido e a aquisição de competências especializadas ao longo deste percurso formativo, promovendo a saúde materno-fetal durante o trabalho de parto, otimizando a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina e identificando precocemente e prevenindo complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido (OE, 2019a).

O primeiro caso retrata o acompanhamento de uma mulher desde a chegada ao serviço com rotura prematura de membranas até à fase ativa do primeiro período do trabalho de parto. Há uma considerável prevalência de mulheres admitidas no serviço com contextos clínicos semelhantes, pelo que se considerou pertinente abordar o presente caso por forma a refletir criticamente acerca de como a EE-ESMO pode contribuir, nomeadamente explorando uma área pouco implementada: a indução não medicamentosa do trabalho de parto. Isto é, estimular condições favoráveis para que o trabalho de parto se inicie, sem recurso a fármacos.

O segundo caso retrata o acompanhamento de uma mulher em fase ativa até ao pós-parto imediato. Durante o acompanhamento, refletiu-se sobre o conceito de trabalho de parto estacionário, tendo o caso evoluído para um desfecho de parto eutócico, com contribuição relevante da EE-ESMO. Considerou-se pertinente abordá-lo no relatório por forma a refletir criticamente acerca da conduta decidida com base em intervenções autónomas de enfermagem de saúde materna e obstétrica.

2.1. Evolução de uma rotura prematura de membranas para o primeiro período do trabalho de parto

A Sandra¹, com 34 anos, encontrava-se com 39 semanas e 4 dias de gestação (DUM: 05-02-2024). Era primigesta (1G 0P), saudável, desconhecendo alergias, a gravidez foi vigiada por EE-ESMO e obstetra e decorreu sem intercorrências. Estes dados concorrem para classificar o trabalho de parto da Sandra como de baixo risco, tendo por base a orientação n.º 002/2023 da Direção-Geral da Saúde (DGS) (2023), permitindo um acompanhamento focado na promoção da fisiologia do parto, assegurado na íntegra pela EE-ESMO. O hospital encontra-se a trabalhar no sentido de implementar integralmente a orientação e serem as EE-ESMO a internar as parturientes de baixo risco, a curto prazo.

O seu grupo sanguíneo é O Rh+. Não existe incompatibilidade Rh, contudo, pode ocorrer incompatibilidade ABO caso o feto seja do grupo A, B ou AB (Cunningham *et al.*, 2022). Ainda, este dado constitui uma informação essencial para eventuais situações hemorrágicas no período peri-parto que exijam uma ação rápida (Watkins & Stem, 2020).

A Sandra está acompanhada pelo Rui², seu marido. Irá nascer uma recém-nascida do sexo feminino, a Alda³.

Residem numa aldeia rural, em estreito contacto com a natureza, característica que parece refletir-se nas suas preferências e valores, nomeadamente em relação ao parto. Ambos são músicos, o que contribui para a sua sensibilidade e atenção aos detalhes, tanto no ambiente quanto na sensibilidade auditiva. Quando a EE-ESMO ligou o CTG e puderam ouvir os batimentos cardíacos da filha, procuram validar o valor de frequência cardíaca

¹ Nome fictício atribuído para salvaguarda da identidade da grávida

² Nome fictício atribuído para salvaguardar a identidade da pessoa significativa

³ Nome fictício atribuído para salvaguardar a identidade do feto/recém-nascida

fetal como normativo, referindo facilidade em identificar o número de batimentos por minuto, por usarem frequentemente o metrônomo enquanto músicos. A Sandra toca na sua barriga alegremente e ambos se referem ao feto como “*filha*” ou “*Alda*”, com afeto. Acrescentaram que costumam tocar e cantar juntos músicas para a filha, com a intenção de criarem ligação e interagir com ela. Denotaram-se, comportamentos de ligação mãe/pai-filho efetivos. O comportamento de ligação mãe/pai-filho é alvo da atenção da EE-ESMO, enquanto competência específica na conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções de promoção da ligação mãe/pai/recém-nascido/pessoa significativa (OE, 2019a).

O processo de reformulação da identidade, pela incorporação de um novo papel de mãe, desenvolve-se em quatro fases sequenciais (Antecipatória, Formal, Informal e Pessoal) (Mercer, 1981; Rubin, 1967). Foi possível denotar que a Sandra e o Rui na fase antecipatória iniciaram o ajustamento psicológico e social para o papel, tentando nutrir-se de informações relevantes para a adaptação à parentalidade ao longo da gravidez e realizando ajustes no seu estilo de vida por forma a integrar a recém-nascida. Reorganizaram o espaço físico da casa, a Sandra melhorou os hábitos de descanso (deixou de ir a tantas atuações noturnas do Rui, por decisão conjunta) e realizaram ajustes na alimentação. A Sandra refere terem passado a comer carne e procurado seguir uma dieta equilibrada durante a gravidez, suplementando com ácido fólico. Durante a gravidez, as necessidades nutricionais encontram-se aumentadas. Por forma a gerir os cuidados de modo efetivo e seguro, avaliou-se a hemoglobina concluindo que a mesma tem um valor normativo (12 g/dl) (superior a 11g/dl), excluindo-se a hipótese de deficiência nutricional de ferro (Areia *et al.*, 2019; Calabria *et al.*, 2020; Finkelstein *et al.*, 2024).

Aquando da admissão no serviço de bloco de partos, pela 01:00 hora, EE-ESMO apresentou-se e procurou deixá-los à vontade perante qualquer assunto que quisessem ver abordado. O Rui expressou ser desejo da Sandra: “*Ficar num quarto com janela.*”. A Sandra completou: “*Para mim é essencial sentir arejamento e manter uma conexão com o mundo exterior.*”. Havia um quarto disponível com essas características, pelo que foram acompanhados até lá, após

lhes ser apresentado o serviço. É competência da EE-ESMO garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto, concebendo, planeando, implementando e avaliando intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos (OE, 2019a).

A grávida preparou-se para o parto e para o início da parentalidade, usufruindo dos serviços oferecidos no centro hospitalar, via online, e estabeleceu um plano de parto usando como referência os parâmetros do documento do hospital, disponível no sistema de informação do serviço. O plano de parto é uma intenção e representa um conjunto de disposições que a grávida assume como preferenciais para o seu trabalho de parto. É um instrumento que promove o empoderamento da grávida e contribui para a sua autoconfiança e perceção de controlo, que favorecem o desenrolar do trabalho e parto. Este planeamento é flexível, e pode ser ajustado a qualquer momento. Para a EE-ESMO importa conhecer o perfil e desejos da grávida, presentes no seu plano de parto (seja ele escrito ou verbal) por forma a ajustar a sua prática clínica, construindo cuidados personalizados que contribuem para cuidados de qualidade (Cardoso *et al.*, 2023a; OE, 2021)

O plano de parto da Sandra foi consultado através do sistema informático. A grávida pretendia que, aquando da admissão se incentivasse o trabalho de parto com início espontâneo e que a indução medicamentosa fosse apenas considerada se a situação clínica materno-fetal o indicasse. No seu plano de parto indicou desejar um ambiente com luz suave, calmo e com privacidade. Desejou a presença da sua mãe e do Rui na sala de partos. Aceitou a vigilância do bem-estar fetal por cardiotocografia contínua. Para lidar com a dor do trabalho de parto expressou querer liberdade de movimentos, recorrer à bola de pilates, técnicas de relaxamento, musicoterapia, hidroterapia, massagem, rebozo, aplicação de calor/frio, dança e vocalização. Não manifestou nenhum desejo específico acerca da posição no período expulsivo, referindo que decidiria isso no momento.

A EE-ESMO reconheceu que este momento pode trazer novas necessidades e ajustes, pelo que se evidenciou importante transmitir a liberdade

para mudança de decisão durante o trabalho de parto. A grávida assentiu que a sua vontade permanecia inalterada. A equipa comprometeu-se a respeitar as suas escolhas e propor oportunamente opções ajustadas aos seus desejos, salvaguardando a segurança da Sandra e do feto.

À luz dos perfis das mulheres em trabalho de parto, identificados no estudo apresentado neste relatório, identificamos a Sandra como muito próxima do perfil idealista. Residente em meio rural e com uma vida em contacto com a natureza, encara o parto como um processo fisiológico, coerente com o seu estilo de vida. Preparou-se ativamente para o momento de trabalho de parto, elaborou um plano de parto, privilegia estratégias não farmacológicas (música, bola de pilates, rebozo, calor local, dança) e um ambiente sensorialmente ajustado às suas preferências. Trouxe consigo objetos que lhe transmitem conforto (playlist preparada e candeeiro de luz suave). Valorizou a autonomia e a capacidade de ouvir o seu corpo, embora tenha reconhecido a EE-ESMO como parceira e recorrido ao seu apoio quando sentiu necessidade. A identificação do perfil da Sandra é fundamental, pois permite ajustar a prática clínica da EE-ESMO às suas necessidades e expectativas, favorecendo a progressão fisiológica do trabalho de parto e potenciando uma experiência positiva, em segurança.

O trabalho de parto é um processo poderoso e unipessoal que se segue naturalmente à gravidez, num *continuum*. Ao longo da gestação as células maternas alteram o seu comportamento, desenvolvendo recetores para a ocitocina. Esta preparação ocorre sem que a mulher se aperceba, «*até que chega o momento em que o “corpo” pede ajuda mais intensa à “mente”: este é o momento em que a mulher entra em trabalho de parto*» (p.36) (Cardoso *et al.*, 2023b).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) TM (2019) define trabalho de parto como “*evento ou episódio: processos corporais perinatais, desde o início da dilatação do colo do útero até à expulsão da placenta*”. Biologicamente estar em trabalho de parto configura: apresentar contrações uterinas cada vez mais longas, intensas e frequentes com repercussão na dilatação e extinção progressivas do colo do útero e evolução

posterior na descida da apresentação fetal (Lowdermilk & Perry, 2006). A distinção entre contrações de *Braxton Hicks* e de trabalho de parto é relevante para realizar o diagnóstico diferencial: as contrações de trabalho de parto têm uma duração entre 30 a 90 segundos, tornando-se cada vez mais longas no decorrer do trabalho de parto e produzem alterações no colo uterino (extinção/dilatação) (Cardoso, *et al.*, 2023c). Na admissão, afirmou sentir “*por momentos a barriga mais dura, cada vez mais frequentemente e esta sensação não desaparece com o mudar de posição*”, sem dor associada. Recorreu-se à avaliação cardiotocográfica (CTG) para efetuar o registo da contratilidade uterina, concluindo que apresenta contratilidade uterina irregular. A Sandra apresentava um colo uterino em início de extinção e um centímetro de dilatação, posterior e de consistência firme. Concluiu-se que, na admissão, a Sandra não se encontrava em trabalho de parto.

O feto estava acima do 1.º plano de hodge, em apresentação cefálica e com o dorso no quadrante inferior direito. Cardoso e colaboradores (2023c) aconselham a realização das manobras de Leopold e exame vaginal, se necessário, por forma a verificar a apresentação fetal e assim contribuir para a decisão sobre a via de parto. Estes dados servirão de base de comparação perante a evolução da Sandra.

À chegada apresentava rotura espontânea das membranas da bolsa amniótica com três horas de evolução. Quando a rotura de membranas ocorre antes do trabalho de parto se iniciar, estamos perante rotura prematura de membranas (RPM). A RPM tem uma prevalência de 10% dos trabalhos de parto, segundo o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), 2020a). A integridade das membranas mantém-se inalterada durante grande parte da gestação para proteção do feto das infeções ascendentes, via vaginal e, em conjunto com o líquido amniótico (LA), amortecem os possíveis traumatismos abdominais maternos, impedem o prolapso do cordão e asseguram um desenvolvimento fetal harmonioso (prevenindo deformações anatómicas). As membranas fetais são constituídas por uma fina camada – âmnios – que limita a cavidade amniótica e, por uma camada mais espessa – córion – que assenta diretamente sobre a decídua. A manutenção da força tênsil

das membranas fetais requer um equilíbrio entre a síntese e degradação dos componentes da matriz extracelular (Graça, 2017).

Embora a RPM possa resultar de um enfraquecimento fisiológico normal das membranas juntamente com as forças de cisalhamento originadas pelas contrações uterinas, pode também ocorrer por agentes patológicos. A infeção após RPM está descrita como um efeito adverso, não se sabendo se essa infeção se deve a agentes infecciosos que causam a RPM ou que são consequência da RPM (Graça, 2017). Independentemente da sua causa, esta infeção pode traduzir-se em implicações: materno-fetais (corioamniotite, deslocamento prematuro da placenta normalmente inserida (DPPNI) e fetais (doença da membrana hialina, hipolasia pulmonar, deformações fetais, hipoxia fetal e sépsis fetal). O risco de infeção intra-amniótica aumenta com o intervalo de duração da rotura de membranas (ACOG, 2020a; Lowdermilk & Perry, 2006; Graça, 2017).

Uma avaliação atenta e intervenções adequadas são essenciais para cuidar a grávida com RPM, pelo que se recomenda o internamento (ACOG, 2020a). A Sandra tem um resultado negativo para streptococos grupo B - dado importante por ser um dos agentes patogénicos que aumenta o risco de infeção intra-amniótica (Graça, 2017). Enquanto parte da equipa e sempre com o ónus máximo no bem-estar da grávida e feto, a EE-ESMO deve ter em atenção dados relevantes quer do ponto de vista de intervenções dependentes como interdependentes e protocolos institucionais (Caism, 2020a; OE, 2019a; Pereira *et al.*, 2004). Perante uma primigesta com um rastreio de streptococcus grupo B negativo, apenas há indicação de iniciar profilaxia antibiótica se febre intraparto ou rotura de membranas superior a 18 horas (Caism, 2020a; OE, 2019a; Pereira *et al.*, 2004).

A identificação e monitorização do risco materno-fetal durante o trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação, é uma competência específica do EE-ESMO (OE, 2019a). Deve-se manter a atenção perante sinais de complicações da RPM: sinais de corioamniotite - febre materna, taquicardia materna, taquicardia fetal, dor à

palpação uterina, LA com odor fétido. E ainda atentar perante sinais DPPNI ou de risco de DPPNI – LA hemático, dor abdominal súbita e intensa, hipertonia uterina, diminuição dos movimentos fetais, taquissistolia e traçado do CTG com alterações suspeitas ou patológicas (Graça, 2017). Aquando da admissão a Sandra não apresentava perda sanguínea vaginal, o LA tinha características de normalidade (claro, cheiro *sui generis* e reduzida quantidade), tinha uma Frequência Cardíaca Materna (FCM) de 71 bpm e temperatura timpânica de 36,5°C.

A Sandra referiu sentir os movimentos fetais como habitualmente: *“pequenos chutos, mais prevalentes após comer e durante a noite”*, sendo este um dado compatível com bem-estar fetal. O movimento fetal constata a presença de vida, refletindo a integridade dos sistemas nervoso e músculo-esquelético do feto (Cardoso *et al.*, 2023b).

A monitorização cardiotocográfica fetal é um método de avaliação primário do bem-estar fetal intraparto. É capaz de identificar com grande precisão os fetos bem oxigenados, não sendo tão específica no diagnóstico de hipoxia fetal. Pelo que se caracterizam os traçados cardiotocográficos como normais, suspeitos ou patológicos, tendo em conta várias características a analisar: linha de base, variabilidade, acelerações e desacelerações (Graça, 2017). A frequência cardíaca fetal (FCF), lida pela linha de base do CTG, deve encontrar-se entre 110 e 160 bpm. A variabilidade é considerada normal entre um diferencial acima de 5 até 25 bpm. Acelerações são um bom prognóstico quando tem um aumento de 15 bpm ou mais acima da linha de base, com uma duração entre 15 segundos a 2 minutos. Cerca de 90 % das acelerações associam-se a movimentos fetais. Podem associar-se a pior prognóstico quando prolongadas (de 2 a 10 minutos) ou se existir um aumento da linha de base de 15 ou mais bpm por mais de 10 minutos – taquicardia fetal. As desacelerações constituem uma diminuição brusca da FCF abaixo da linha de base em mais de 15 bpm por mais de 15 segundos. Podem ser: precoces (o ponto mais baixo coincide com o pico da contração, associam-se a estimulação dos barorreceptores intracranianos e não têm significado patológico); tardias (início, ponto mais baixo e final da curva de desaceleração não coincidentes com a curva da contração, ocorrem por

estimulação dos quimiorrecetores do feto e exigem atenção redobrada), variáveis (visualmente ocorre uma queda abrupta da FCF de até 15 bpm, com recuperação rápida e duração de 15 segundos a 2 minutos) e prolongadas (redução da FCF igual ou superior a 15 bpm com duração de 2 a 10 minutos). Uma queda da FCF igual ou superior a 15 bpm por mais de 10 minutos corresponde a uma nova linha de base – bradicardia fetal (ACOG, 2010). A avaliação cardiotocográfica (CTG) do feto da Sandra reflete um traçado da FCF com características de normalidade (linha de base de 125bpm, com variabilidade entre 5 e 25 bpm e acelerações).

Determinou-se a evolução do bem-estar fetal e sinais de início de trabalho de parto, através da intervenção de avaliar evolução do trabalho de parto que engloba: dor, contratilidade uterina, perda sanguínea vaginal, características do colo uterino (posição, consistência, extinção e dilatação), descida fetal, características do LA, movimentos fetais, frequência cardíaca fetal, temperatura materna, frequência cardíaca materna e evolução comportamental da Sandra.

"Gostávamos de saber se já estou em trabalho de parto e o que significa o estado em que me encontro para o que vai acontecer a seguir.", iniciou a Sandra. Acrescentou, com curiosidade, que ao longo da gravidez foi formando uma ideia de como seria estar em trabalho de parto, mas caso ainda não esteja, não sabe quanto tempo poderá demorar até esse momento. Após a EE-ESMO reconhecer o desejo de estarem informados, envolvidos no processo e disponíveis para aprender, identificou-se o diagnóstico: potencial para melhorar conhecimento sobre trabalho de parto. Objetivou-se: promover empoderamento para lidar com o trabalho de parto, promover tranquilidade e gerir expectativas, através das intervenções: ensinar sobre trabalho de parto. Sentada à altura deles começou por explorar que, neste momento a Sandra ainda não estava em trabalho de parto, apesar de já apresentar sinais do seu corpo se estar a preparar. Foi descrito o conceito de trabalho de parto como um *continuum* e reforçado que está tudo a evoluir com parâmetros que demonstram normalidade: rotura de membranas com LA claro e bem-estar fetal. Abordou-se que as mulheres com rotura da bolsa sem estar em trabalho de parto iniciam trabalho de parto numa média de um dia e meio (trinta e três horas). Acrescentando que,

um trabalho de parto de primeiro filho poderá demorar cerca de vinte e sete horas (ACOG, 2020a; Graça, 2017).

Os valores de referência para duração do trabalho de parto numa primípara são: até vinte horas na fase latente; um virgula dois centímetros por hora, na fase ativa (o que perfaz três a quatro horas) e três horas no segundo estágio do trabalho de parto. Estes valores indicativos contribuem para a EE-ESMO discernir acerca do processo de evolução do trabalho de parto da parturiente, comparativamente com os valores de referência. Neste caso em concreto, recorreu-se a estes por forma a promover a tranquilidade da Sandra e gerir as suas expectativas (Graça, 2017).

Explicaram-se os sinais e sintomas de início de trabalho de parto e reforçou-se a partilha da Sandra relativa ao que sentia, pois só ela poderia perceber a evolução do seu trabalho de parto. Informou-se que, associado à RPM, após dezoito horas de RPM será proposto iniciar antibioterapia profilática, segundo protocolo institucional.

Seria avaliado, oportunamente, o conhecimento sobre trabalho de parto, por forma a avaliar se a grávida cumpre o critério de resultado: - que a Sandra, seja capaz de identificar sinais de trabalho de parto.

Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica, no âmbito do autocuidado, autocontrolo e mestria afirmam ser papel da EE-ESMO identificar as necessidades em cuidados, centrados nos conhecimentos, capacidades, autoeficácia, significados, consciencialização e disponibilidade para aprender, relacionadas com o lidar com o trabalho de parto. Realizando posteriormente a prescrição, implementação e avaliação das intervenções de enfermagem, baseadas na evidência, face aos diagnósticos identificados. E, implementando sempre intervenções de enfermagem, em conformidade com as características individuais de cada cliente dos cuidados (OE, 2021).

A Sandra continuou: *“Como podemos fazer para acelerar o início do trabalho de parto, de forma mais natural possível, enfermeira? Quero contribuir para entrar mais rápido em trabalho de parto”*. Apesar de a RPM não ser

considerada um método indutor do trabalho de parto, pode desencadear o seu início espontâneo. Após a rotura, há um aumento da produção e libertação de prostaglandinas endógenas, o que pode facilitar a maturação cervical e promover a contratilidade uterina (ACOG, 2020b). Segundo as “clinical management guidelines (...): prelabor rupture of membranes” da (ACOG, 2020a) no caso de RPM aconselha-se iniciar a indução do trabalho de parto de forma a abreviar o tempo até ao parto e o risco de infeção intra-amniótica. No entanto, caso se trate de indução medicamentosa, considera-se clinicamente apropriado oferecer à mulher a possibilidade de aguardar um curto período, de até doze horas, desde que não existam sinais de corioamniotite nem de sofrimento fetal agudo (Novaes *et al.*, 2022).

A indução do trabalho de parto pode ser realizada por diversos métodos: farmacológicos, que aumentam a atividade uterina; mecânicos, cujo alvo é o colo do útero; e complementares, que atuam simultaneamente sobre o colo uterino e a contratilidade uterina. Entre os métodos mecânicos incluem-se a utilização da sonda de Foley, o descolamento de membranas e a amniotomia; nos métodos complementares encontram-se a estimulação mamilar, a relação sexual, a fitoterapia (como o óleo de rícino), o relaxamento e a acupuntura (ACOG, 2020b; Gisele *et al.*, 2023). O descolamento de membranas e a amniotomia não constituem opções válidas neste caso, uma vez que já ocorreu RMP.

A sonda de foley é num método no qual um balão de uma sonda vesical é introduzido no polo superior do colo uterino e insuflado com cloreto de sódio, exercendo uma força mecânica que promove a dilatação cervical. A indução com sonda de Foley é, habitualmente, utilizada como método coadjuvante em associação a agentes farmacológicos (Sanchez-Ramos *et al.*, 2024). No serviço de bloco de partos, a aplicação da sonda de foley é realizada pela equipa médica. Esta prática foi objeto de reflexão e pesquisa. De acordo com o regulamento de competências específicas do EE-ESMO, este profissional “*Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto*” (OE, 2019a, p. 13563). O regulamento, contudo, não faz referência explícita a intervenções específicas de indução do trabalho de parto. Considera-se, todavia,

que a abrangência das competências do EE-ESMO descritas pode incluir esta intervenção, desde que se observe uma colaboração estreita entre as equipas médica e de enfermagem e o cumprimento dos protocolos institucionais. Assim, a execução da técnica deve ser assegurada pelo profissional com maior experiência na tarefa, independentemente da sua categoria profissional, garantindo-se a segurança e o bem-estar da mulher. A utilização da sonda de Foley em casos de RPM apresenta resultados contraditórios na literatura: embora alguns estudos sustentem a sua segurança, outros associam a técnica a um risco aumentado de corioamniotite (Sanchez-Ramos *et al.*, 2024). Por este motivo, não foi a primeira opção a propor à Sandra.

A estimulação mamilar semelhante à que ocorre aquando da amamentação resulta na produção de ocitocina endógena, produzida pela glândula pituitária posterior. Consequentemente, a ocitocina é libertada pelos recetores uterinos aumentando a contratilidade uterina e estimulando o início ao trabalho de parto. Vários métodos de estimulação mamilar têm sido descritos na literatura, nomeadamente o uso de bomba extratora de leite (Sanchez-Ramos *et al.*, 2024). Stark e colaboradores (2022) compararam a terapia de estimulação mamilar intraparto com a perfusão de ocitocina. Propuseram às mulheres a estimulação com bomba extratora de leite elétrica ou manual por períodos de, pelo menos, trinta minutos, com intervalos de até quinze minutos, por pelo menos duas horas, antes de se considerar um início de indução com ocitocina. Concluíram que ambas as vias de indução são eficazes e que, em média as mulheres necessitaram entre vinte e um e oitenta minutos de estimulação para iniciar três contrações em cada dez minutos. Uma revisão da *Chocrane* concluiu que para além da estimulação mamária contribuir para a indução do trabalho de parto também reduz as taxas de hemorragia pós-parto, sendo uma estratégia aconselhada em mulheres de baixo risco. Para além de trazer consigo o benefício de permitir à mulher um maior controlo sobre o processo de auto-indução do trabalho de parto, questão que relevou para Sandra dado o seu perfil (Kavanagh *et al.*, 2005).

A relação sexual pode teoricamente induzir o trabalho de parto pela libertação endógena de ocitocina (cujo pico máximo na relação sexual ocorre

com o orgasmo feminino), estimulação física e ação direta das prostaglandinas presentes do sêmen que relaxam o colo uterino (Kavanagh *et al.*, 2001). Embora os mesmos autores na sua revisão sistemática tenham concluído que este é um método que necessita de investigação para a sua eficácia ser validada. Perante o risco de infeção intra-amniótica, pode propor-se como método a troca de carícias, beijos e estimulação, sem coito.

A fitoterapia, pode ser aplicada sob variadas formas: chá estimulante (canela, cravo, gengibre, verbena, cacau em pó e pimenta preta), massagem estimulante (exemplo: com óleo de cravo e gengibre) ou ingestão de óleo, como o de ricínio) (Gisele *et al.*, 2023). O óleo de ricínio foi o primeiro método de indução de trabalho de parto usado, embora ainda hoje o *United States Food and Drug Administration (FDA) (2010)* o descreva apenas como um laxante de venda livre reconhecido como seguro e eficaz, não lhe reconhecendo oficialmente a função de indução do trabalho de parto. Após a sua ingestão é libertado no intestino pelas lípases e induz um estado laxante e de relaxamento indutor do trabalho de parto. A ingestão de sessenta mililitros de óleo de ricínio parece correlacionar-se com uma maior probabilidade de iniciar trabalho de parto em vinte e quatro horas com melhores desfechos fetais e maternos, sendo igualmente eficaz em mulheres com e sem RPM. As mulheres relatam náusea e diarreia após ingestão de óleo de ricínio. Sendo estes sintomas possíveis de controlar com medicação oral, sem hospitalização (Neri *et al.*, 2018). Gisele e colaboradores (2023) acrescentam a opção do óleo de ricínio (uma a duas colheres de sopa) poder ser preparado em batido ou com adição de óleo ao ovo frito. O hospital não dispõe deste óleo por forma a oferecer esta opção à Sara.

O relaxamento é uma estratégia amplamente utilizada no trabalho de parto, dado facilitar a progressão do mesmo ao atenuar a ação do sistema nervoso simpático e fazer prevalecer a ação do sistema nervoso parassimpático. Assim, ao reduzir os níveis de stresse e ansiedade (redução de produção de adrenalina) promove-se uma resposta neuro-hormonal que liberta ocitocina endógena que atua como indutora do trabalho de parto. Podem aplicar-se técnicas como manutenção de um ambiente calmo e seguro e técnicas de

relaxamento como respiração, imaginação guiada, música e toque terapêutico (Cardoso *et al.*, 2023a).

A acupuntura consiste no recurso a finas agulhas que quando usadas em pontos específicos do corpo estimulam áreas energeticamente relacionadas com órgãos vitais que libertam hormonas indutoras do trabalho de parto. Há evidências de que esta estratégia pode melhorar a maturação do colo do útero. A acupuntura com electroestimulação é mais eficaz do que a manual, conseguindo reduzir o rácio de cesarianas, aumentando os partos vaginais (eutócicos e instrumentados) (Smith *et al.*, 2017) A acupuntura não foi proposta à Sandra por se tratar de uma técnica que necessita formação extra e nenhuma das EE-ESMO estar habilitada para tal.

A avaliação do estado basal da grávida, desejos e efetividade da estratégia é prioritária no que concerne à escolha do método não farmacológico de indução do trabalho de parto (Sanchez-Ramos *et al.*, 2024). No contexto do momento no bloco de partos foi proposto à grávida como opção a estimulação mamilar, o relaxamento e a relação sexual sem coito, tendo a Sandra preferido a estimulação mamilar e o relaxamento. O casal trouxe uma playlist preparada e um candeeiro, referindo que a luz baixa e a música calma contribuem positivamente para o relaxamento e este para a evolução do trabalho de parto, manifestando disponibilidade para aprender e sendo o momento próprio para intervir.

A Sandra apresentava potencial para melhorar conhecimento sobre métodos não farmacológicos de indução do trabalho de parto. Objetivou-se: promover que a Sandra iniciasse atividades promotoras de indução do trabalho de parto e promover o empoderamento para adotar métodos não farmacológicos de indução do trabalho de parto a partir das intervenções: ensinar sobre métodos não farmacológicos de indução do trabalho de parto e valorizar as perceções e sentimentos da Sandra. Os critérios de resultado que se pretenderam atingir foram: que a Sandra aplicasse no seu internamento no bloco de partos os métodos não farmacológicos com os quais se identificou e que o trabalho de parto se inicie espontaneamente após as ações da Sandra

A EE-ESMO começou por validar os benefícios do relaxamento com base nos métodos referidos e incentivou a sua aplicação. A Sandra colocou de imediato a sua playlist (previamente preparada) e o candeeiro que trouxeram consigo e já tencionavam utilizar por lhes *“transmitir paz”*. De seguida, a EE-ESMO explicou os benefícios da manipulação mamilar e o recurso à técnica de manipulação esporádica do mamilo, sem uma explicação criteriosa e detalhada. Após efetuar uma reflexão crítica sobre a prática, compreendeu-se que a intervenção deveria ter englobado a explicação detalhada de como aplicar o método de manipulação mamilar, do ponto de vista da capacitação da grávida, tendo por base os artigos científicos com protocolos descritos acima. A todo o momento a EE-ESMO deve avaliar a qualidade das práticas clínicas e procurar melhorá-las com base em evidência científica e normas necessárias para promover a melhoria contínua dos cuidados (OE, 2019a).

Ao longo da interação a Sandra referiu que: *“a natureza sabe o que faz”* e preferiu recorrer a métodos não farmacológicos por se sentir mais segura e com ação direta na sua indução do trabalho de parto. Foi perceptível um significado facilitador associado ao trabalho de parto e a estratégias não farmacológicas para indução do trabalho de parto. Segundo os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica, a EE-ESMO deve integrar na sua prática clínica a identificação dos significados e reformulação dos mesmos, se necessário (OE, 2021).

A EE-ESMO valorizou as perceções e sentimentos da Sandra, reconhecendo o esforço que ambos fizeram ao longo da gravidez para se prepararem para este momento: *“Estamos aqui para ajudar, propondo o que for melhor em cada momento e ajustando-nos sempre ao que faz mais sentido para si.”* Esta frase reforçou o sentimento de confiança da Sandra, evidenciado pelo sorriso que esboçou. Concluiu-se a interação reforçando a liberdade para expressar quaisquer dúvidas ou mudanças de decisão ao longo do processo.

Pelas 02:40 horas, a EE-ESMO avaliou a dor, contratilidade uterina e perda sanguínea com o objetivo de determinar sinais de início de trabalho de parto. A Sandra descreveu contrações associadas a uma sensação de dor ligeira na região infra umbilical que irradiava para a lombar e que surgia *“ao mesmo*

tempo que a barriga fica dura”. A grávida continua a interagir verbalmente durante as contrações. Não foi observada perda sanguínea vaginal. Durante a avaliação obstétrica, confirmou-se que o feto se encontra em apresentação cefálica de vértice, mantendo o dorso fetal no quadrante inferior direito. Apresentou contratilidade uterina irregular, registando-se zero a uma contração a cada dez minutos. Não foram avaliadas as características do colo uterino.

O LA manteve características de normalidade, sendo claro, com odor *suis generis* e de quantidade reduzida. A grávida relatou sentir movimentos fetais, o CTG demonstrou um traçado da FCF dentro dos parâmetros de normalidade, com linha de base de 125 bpm, boa variabilidade e presença de acelerações. Estes achados cumprem o objetivo de determinar a evolução do bem-estar fetal e correspondem a parâmetros tranquilizadores.

A Sandra permaneceu com CTG contínuo por telemetria ao longo de todo o turno, respeitando o seu desejo de mobilidade. Salvaguardando-se uma boa prática baseada na evidência, recomendada pela (OE, 2021), procurou-se saber mais acerca desta decisão clínica, equacionando entre a realização de CTG contínuo ou intermitente. O objetivo da monitorização fetal passa por identificar sinais precoces de mal-estar fetal, permitindo intervenções oportunas. A principal razão para a prática de CTG contínuo a todas as mulheres no bloco de partos, com feto vivo, passa pela crença de que dessa forma se detetam precocemente alterações e se reduz a morte perinatal e lesões originadas por hipoxia continuada. No entanto, os estudos científicos analisados não demonstram associação entre a mortalidade fetal, baixo índice de APGAR e o tipo de monitorização cardíaca fetal, exceto em casos de gestação de alto risco. Quando se recorre a auscultação contínua aumenta-se o risco de diagnósticos de suposto compromisso fetal. Estando descrito um aumento do número de cesarianas, partos instrumentados e intervenções no pós-parto ao recém-nascido, associados ao uso de monitorização contínua, independentemente do risco clínico, o que significa uma redução dos partos eutócicos. Os estudos analisados referem que a cardiotocografia contínua pode ser um desafio para a mulher por incapacitá-la de se mobilizar como pretende (ACOG, 2010; Alfirevic *et al.*, 2008; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2020a). Recomenda-se a

avaliação da frequência cardíaca fetal de modo intermitente em grávidas em trabalho de parto espontâneo, com ou sem RPM desde que sem fatores de risco (sem sinais de infeção). A monitorização contínua está indicada em casos de risco aumentado, como suspeita de corioamnionite, LA meconial ou padrões anormais no traçado da FCF. (Birgisdottir *et al.*, 2025; Rosen & Yogev, 2023; Yamaguchi-Goto *et al.*, 2023). Não obstante, é essencial a EE-ESMO garantir um registo continuado, não necessariamente contínuo, como suporte para a decisão clínica (deteção de alterações no padrão) e salvaguarda da responsabilidade ética e legal no cuidado prestado (Henriques, 2016).

Perante um padrão de contractilidade crescentemente mais frequente e mais intensa, algumas mulheres relataram sensações positivas de excitação e expectativa. Estas emoções associam-se à dopamina que aumenta a produção de ocitocina e, por essa via, a frequência das contrações. Nesta fase, as capacidades cognitivas e emocionais da mulher estão ativas, pode continuar com suas atividades diárias e até sentir-se excitada e com vontade de partilhar o que sente (Cardoso *et al.*, 2023b; Dixon *et al.*, 2014; Olza *et al.*, 2018).

A Sandra referiu ter ido à casa de banho e destacou a sua preferência por se manter em movimento, falando, caminhando e usando a bola de pilates. Afirmou: *"é o que sinto que o meu corpo precisa neste momento e ajuda-me a lidar com a dor das contrações"*. Esta escolha foi valorizada e respeitada, considerando os benefícios do movimento para lidar com a dor do trabalho de parto e foi incentivada a importância da escuta ativa ao seu corpo, promovendo a conexão com as suas necessidades físicas e emocionais. A EE-ESMO manteve uma postura de apoio e incentivo à autonomia da grávida, respeitando a sua experiência individual e promovendo uma experiência positiva e centrada no seu bem-estar, compatível com perfil que a mesma apresenta. Observou-se que a Sandra mantinha uma respiração ritmada e atitude centrada em si durante as contrações, revelando capacidade para lidar com a dor do trabalho de parto.

Pelas 03:05 horas a Sandra apresentava contrações com frequência de três em cada dez minutos. Referiu que a sua dor infra-abdominal e lombar havia aumentado paulatinamente, ainda que a caracterizasse como ligeira,

continuando a interagir verbalmente no intervalo das contrações. A Sandra informou a presença de uma pequena quantidade de muco avermelhado, interpretando-o como um sinal indireto de evolução da dilatação/extinção do colo do útero e como sinal de início de trabalho de parto por estar associado à contratilidade uterina. A EE-ESMO confirmou que perante uma contratilidade uterina crescentemente mais regular e intensa, associada a sinais indiretos de dilatação do colo uterino, podemos afirmar que estamos perante sinais de início de trabalho de parto. Foi dado termo ao objetivo: determinar sinais de início de trabalho de parto. Identificou-se o diagnóstico: trabalho de parto e os objetivos: determinar evolução do trabalho de parto e facilitar trabalho de parto, mantendo o objetivo de determinar bem-estar fetal. É competência específica do EE-ESMO identificar e monitorizar o trabalho de parto. (OE, 2019a). Identificaram-se as intervenções: avaliar trabalho de parto, envolver pessoa significativa, incentivar ingestão de líquidos e vigiar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto.

Ainda, a Sandra demonstrou efetividade ao percecionar estes sinais e sintomas como início do trabalho de parto, informando a EE-ESMO. Ao cumprir-se o critério de resultado enunciado no diagnóstico potencial para melhorar conhecimento sobre trabalho de parto, foi dado termo ao diagnóstico.

O primeiro estadio do trabalho de parto corresponde ao período de dilatação/extinção do colo uterino e decorre desde o início das contrações uterinas regulares e termina na dilatação completa do colo uterino. Divide-se em duas fases: a latente (até aos quatro a seis centímetros de dilatação) e a ativa (dos quatro a seis centímetros até à dilatação completa). A Sandra encontrava-se, nesse momento, na fase latente: a dor é ligeira e as suas características comportamentais são: continuar a interagir verbalmente no intervalo das contrações e encontrar-se em posição de pé, a deambular. A análise do parto enquanto processo psiconeuroendócrino, justifica que na fase latente há uma resposta ao cortisol e adrenalina por forma a direcionar a mulher para o momento de nascimento, interligada com o aumento dos níveis de ocitocina, que promove uma sensação de bem-estar, felicidade, humor positivo e redução de stresse. Isto facilita a interação social e expressão verbal, traduzindo-se numa mulher

que se mantém ativa, com liberdade de movimentos, sociável, comunicativa e que partilha experiências (Dixon *et al.*, 2014; Graça, 2017; Olza *et al.*, 2018).

Mantendo o objetivo de determinar o bem-estar fetal, verificou-se que o LA se mantém com características de normalidade (claro, odor sui generis e reduzida quantidade). Confirmou-se que o feto se encontrava em apresentação cefálica de vértice, mantendo o dorso fetal no quadrante inferior direito. A ausculta fetal revelou uma frequência cardíaca dentro dos parâmetros de normalidade (boa variabilidade, linha de base de 135 bpm e presença de acelerações em resposta às contrações). A parturiente relatou sentir os movimentos fetais de forma habitual.

Pelas 04:00 horas a Sandra aumentou a necessidade de movimento, mas apresentou-se mais introspetiva. Interagia no intervalo das contrações e caracterizava a dor como moderada e infra-abdominal durante as contrações. Aplicou como estratégias não farmacológicas para lidar com a dor do trabalho de parto a liberdade de movimentos (andar, dançar e movimentos na bola de pilates) e manteve-se com capacidade para lidar com a dor. Apresentava três contrações em cada dez minutos, mantendo uma perda hemática misturada com o muco vaginal ligeira, LA e traçado cardiotocográfico com características de normalidade.

Pelas 05:20 horas a Sandra encontrava-se menos dinâmica e menos interativa, mantendo a posição vertical. Aparente diminuição da sua capacidade de interação pela gradual ativação do sistema nervoso parassimpático e desativação do simpático. Referiu dor (em moedeira) moderada focalizada na região lombar que agudizava aquando das contrações e solicitou à EE-ESMO que lhe propusesse outras medidas não farmacológicas de controlo da dor. Apresentaram-se medidas de entre as presentes no seu plano de parto, recorrendo a perguntas de resposta fechada por forma a compreender e ajustar quais as que melhor resultavam para si. A EE-ESMO interveio implementando estratégias para a Sandra lidar com a dor do trabalho de parto (diagnóstico trabalho de parto, objetivo promover autocontrolo da Sandra para lidar com a dor do trabalho de parto). Das estratégias propostas e experimentadas, a parturiente

optou pela aplicação de calor na região lombar, rebozo e massagem. Mais informou que, naquele momento a posição mais confortável para ela era estar de pé, debruçada num dispositivo (*cub*) posicionado em cima da cama e com liberdade de movimentos (balançar).

O Rui manifestou que pretendia participar nas estratégias não farmacológicas para lidar com a dor do trabalho de parto, o que agradou a Sandra. O Rui apresentou disponibilidade para aprender pelo que tem potencial para melhorar capacidade para implementar estratégias não farmacológicas para a Sandra lidar com a dor do trabalho de parto. Objetivou-se: promover empoderamento do Rui para aplicar estratégias para a Sandra lidar com a sua dor; promover autocontrolo: lidar com a dor do trabalho de parto da Sandra. Foram instruídas e treinadas técnicas não farmacológicas para alívio da dor: aplicação de calor na região lombar, rebozo e massagem, incentivando o apoio ativo do Rui à Sandra, perante um ambiente de segurança e empoderamento. Explicou-se que o melhor momento para interagir com a Sandra seria no intervalo das contrações e que é essencial aguardar a resposta positiva da mesma para perceber se a técnica, posição e momento são os ideais para manter a estratégia. Demonstrou-se que o calor local sob a forma de almofada de gel aquecida e lençóis aquecidos deveria ser aplicado no local onde é referida dor e gerido pela Sandra com o apoio do Rui: para segurar e estar atento aquando fosse necessário reaquecer o material. Demonstrou-se ao Rui como posicionar o Lençol e como realizar o rebozo. Explicou-se como realizar massagem livre nos ombros, mãos, braços e costas. Os critérios de resultado determinados foram: que o Rui implementasse eficazmente as estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto da Sandra e que a Sandra lidasse eficazmente com a dor do trabalho de parto.

Pelas 06:30 horas a Sandra referiu sentir-se nauseada e vomitou. A EE-ESMO validou a sensação desagradável associada ao vómito e, explicou que as hormonas que lhe provocam o vómito são as mesmas que fazem avançar o trabalho de parto. O que significava que o seu corpo estava a trabalhar de forma positiva para conhecer a Alda, como ela manifestou que deseja. Segundo

descreve Cardoso e colaboradores (2023c), estar nauseada e vomitar são sinais de que as hormonas do parto estão a atuar.

A EE-ESMO ajustou a forma de realizar o rebozo, nomeadamente agarrar o pano mais próximo da anca da Sandra e instruiu a técnica noutra posição: quatro apoios, por solicitação da parturiente. O Rui foi realizando a técnica de massagem livre, apresentando-se afetivo, respeitoso pelo momento que está a Sandra viver e com boa capacidade de interagir e compreendê-la. Para além disso, foi solicitando a renovação do material aquecido usado na região lombar como estratégia não farmacológica para lidar com a dor. Alternaram-se as estratégias de acordo com os desejos da Sandra e a mesma afirmou que as estratégias estavam a ajudá-la a lidar com a sua dor.

Numa fase mais avançada quando as hormonas do trabalho de parto aumentam (ocitocina, endorfinas e corticotropina) e a ocitocina controla as hormonas de stresse previamente presentes, coadjuvante a um trabalho do útero mais intenso e rítmico as mulheres podem experimentar um efeito analgésico e relaxante. A mulher pode centrar-se em si própria e começar a desligar-se do mundo exterior. Poderá sentir menos força nas pernas, vontade de aninhar-se, baloiçar ou embalar-se, mudar a posição da pelve e sentir menos vontade de falar (Cardoso *et al.*, 2023b).

Pelas 07:10 horas a Sandra encontrava-se ainda mais introspetiva com necessidade de ficar próxima do chão em posição de cócoras com o Rui a fazer-lhe massagem. Interagia apenas no intervalo das contrações e descreveu uma dor infra-abdominal e lombar moderada que controlava com o calor local e massagem. Nesta fase referiu que não quer o rebozo. Manteve uma perda hemática vaginal escassa, LA claro com cheiro *suis geniris* e escassa quantidade, com contratilidade uterina de três contrações em cada dez minutos. Perante estas alterações comportamentais sugestivas de evolução do trabalho de parto, a EE-ESMO propôs avaliar o colo uterino.

Segundo Caism (2020a) no caso de RPM não se deve realizar toque vaginal, exceto na presença de atividade uterina compatível com trabalho de parto. Quando em trabalho de parto, a OMS (2020a) aconselha que a avaliação

do colo uterino por exame vaginal, no primeiro período do trabalho de parto seja realizada a cada quatro horas. Aqui a avaliação foi proposta por existirem sinais comportamentais de evolução do trabalho de parto, pretendendo-se confirmar a avaliação com o dado de evolução do colo uterino.

O colo uterino da Sandra encontra-se com 90% de colo extinto e cinco centímetros de dilatação, amolecido, posição intermédia e apresentação fetal acima do 1.º plano. A avaliação do colo corroborava com as alterações de comportamento observadas, concluindo-se que a parturiente se encontra na fase ativa do primeiro período do trabalho de parto. Numa primípara é expectável encontrar este comportamento do colo uterino em que primeiro ocorre a extinção e posteriormente a dilatação do colo. A produção de ocitocina endógena atua ao nível do útero estimulando as contrações bem como ao nível do cérebro, atuando como analgésico no controlo dos níveis de hormonas de stresse. Podendo haver até um efeito sedativo que a faz aproximar do chão e ficar sonolenta, centrando-se em si própria numa procura de se desligar do mundo exterior, principalmente se se sentir segura (Cardoso *et al.*, 2023c; Dixon *et al.*, 2014; Graça, 2017). Com base nestes achados validou-se os sinais de sintomas de evolução do trabalho de parto, promovendo tranquilidade e sensação de empoderamento na Sandra (diagnóstico: trabalho de parto).

A decisão de avaliar o colo uterino da Sandra neste momento pode ser discutida do ponto de vista da sua pertinência dado existirem sinais comportamentais de evolução do trabalho de parto e perante o risco de infeção intra-amniótica, considerando as questões éticas subjacente. Antes de se decidir realizar uma intervenção deve-se ponderar o custo-benefício da ação, respeitando a dignidade da parturiente. Destaca-se o princípio da não maleficência, um dos pilares da bioética, que estabelece que os profissionais devem evitar causar qualquer dano aos pacientes, devendo evitar procedimentos desnecessários e até potencialmente prejudiciais (como é o caso dado existir rotura das membranas e um maior risco de infeção). Dessa forma, o princípio da não maleficência sustenta a decisão de postergar a avaliação até existirem critérios inegáveis para a realizar, garantindo que o cuidado prestado

seja ético, seguro e respeitoso (Caism, 2020a; OE, 2021; Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura [UNESCO], 2005b)

Pelas 07:40 horas a Sandra encontrava-se deitada na cama, referindo que se sentia cansada e que queria tentar descansar. Manteve o ambiente escurecido com música ambiente calma e o calor local como estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto.

O acompanhamento da Sandra, do Rui e da Alda, permitiu aprofundar e refletir sobre o acompanhamento da mulher com RPM e no trabalho de parto, albergando os conhecimentos científicos e um cuidado individualizado neste momento de transição. Enquanto futura EE-ESMO, esta experiência representou uma oportunidade significativa de aprendizagem, reflexão e crescimento profissional.

2.2. De uma fase ativa desafiante ao pós-parto imediato

A Tânia⁴ tem 32 anos e encontrava-se com 38 semanas e 6 dias de gestação (DUM: 19/02/2024). O seu índice obstétrico era 3G 0P 2A. Saudável, fez suplementação de ácido fólico (medicação habitual) e desconhecia alergias. A sua gravidez foi vigiada por EE-ESMO e médico obstetra e decorreu sem intercorrências. Está acompanhada pelo Hugo⁵, seu marido. Irá nascer um recém-nascido do sexo masculino, o Oliver.

O seu grupo sanguíneo é B Rh+. O exame de streptococcus grupo B apresentou-se negativo. Não tinha varizes, hemorroides nem edema. Nem um

⁴ Nome fictício atribuído para salvaguarda da identidade da grávida

⁵ Nome fictício atribuído para salvaguarda da identidade da pessoa significativa

nem outro eram fumadores e referiram não consumir bebidas alcoólicas nem outras substâncias por questões religiosas.

São ambos estrangeiros falantes de inglês, turco e alemão e apresentaram-se acompanhados por uma doula que faz também o papel de tradutora, quando necessário.

O acompanhamento desta parturiente iniciou-se pelas 08:00. Por essa altura, aquando da passagem de turno a EE-ESMO transmitiu a informação acerca do desenrolar do trabalho de parto e outras características importantes.

A Tânia foi admitida no serviço pelas 17:30, com membranas íntegras e em trabalho de parto, na fase latente. Aquando da admissão apresentava um colo uterino com 80% de extinção e três centímetros de dilatação, posterior e de consistência média. O feto encontrava-se acima do 1.º plano de Hodge, em apresentação cefálica e com o dorso fetal no quadrante inferior direito.

O plano de parto é um instrumento de empoderamento e promoção da autonomia da mulher com uma utilidade ímpar e diversa. É o veículo para a promoção da preparação para o parto e permite à mulher expressar as suas preferências e expectativas face ao trabalho de parto e nascimento do seu filho. O plano de parto favorece a comunicação entre a mulher e a equipa de saúde, garantindo que as decisões tomadas são informadas e respeitadas. Atinge o seu expoente máximo quando funciona como um guia flexível, que pode ser ajustado ao longo do processo, de acordo com as necessidades da parturiente e a sua evolução clínica, promovendo uma experiência de parto mais positiva e alinhada com os seus valores e desejos que naturalmente se podem alterar no desenrolar do trabalho de parto (Cardoso, Aires, *et al.*, 2023b).

No seu plano de parto a parturiente deixou escrito que pretende *“Uma vertente o mais natural possível e utilizar o termo ondas no lugar de contrações.”* e, *“Se rotura precoce quer aguardar até vinte e quatro horas, para iniciar indução do trabalho de parto.”*. Desejou o acompanhamento do Hugo, da doula (também tradutora) e da sua mãe. Preferia lidar com a dor do trabalho de parto com estratégias não farmacológicas nomeadamente: liberdade de movimentos,

respiração, técnicas de relaxamento, bola de pilates, música, hidroterapia/imersão, massagem, rebozo, aplicação de calor/frio; dança e vocalização. Referiu não pretender métodos farmacológicos para controlo da dor do trabalho de parto. Não quer a sugestão da analgesia, afirmando que ela o irá referir se pretender. Disse preferir cesariana a parto instrumentado, no caso de surgir esse desenrolar do trabalho de parto. Referiu ainda pretender que só se clampe o cordão quando este deixar de pulsar e que gostaria que fosse o Hugo a cortar o cordão. Pretendeu visualizar a placenta e levá-la para casa. Afirmou ser também seu objetivo cumprir a hora de pele com pele e amamentar o recém-nascido nessa primeira hora de vida. Aceita a administração de vitamina K ao recém-nascido após o nascimento.

Desde a admissão a Tânia lidou com a dor do trabalho de parto recorrendo a liberdade de movimentos, respiração, bola de pilates, música, aplicação de calor e imersão, que iniciou pelas 21:10 horas. Interagiu o mínimo possível com a EE-ESMO, procurando validar qualquer situação proposta primeiramente com a sua doula, demonstrando que a vê como figura de referência.

A partir da avaliação constante no plano de partos da Tânia, depreendeu-se que a parturiente apresenta um perfil dogmático. Trazia a ideia rígida de um parto exclusivamente fisiológico, indicando como é que a EE-ESMO se devia dirigir a ela, com questões obrigatórias (ondas em vez de contrações) e outras proibidas (como é o caso de propor analgesia epidural). Demonstrava uma postura pouco flexível e defensiva em relação à EE-ESMO.

A EE-ESMO respeitou todas as decisões e seguiu as indicações constantes no plano de parto da parturiente. Pelas 04:00 horas a parturiente referiu sentir-se exausta e solicitou analgesia epidural revelando tristeza e um sentimento de não ter conseguido cumprir o seu objetivo. A EE-ESMO acolheu os seus sentimentos e procurou apoiá-la referindo que todas as suas decisões são legítimas e o trabalho de parto é um momento imprevisível. Foi aplicado cateter epidural e desde então fez a gestão da dor desse modo. A última dose de 10 ml de Ropivacaina a 0,2%, via epidural, foi administrada pelas 07:10 horas, sendo que tem sido necessário administrar analgesia de hora em hora. Manteve

as estratégias de liberdade de movimentos, uso da bola de pilates, luz baixa e música, nos intervalos de administração da medicação.

A última avaliação do colo uterino ocorreu pelas 06:00 horas, o mesmo encontrava-se extinto com oito centímetros de dilatação, amolecido e em posição intermédia. Ocorreu rotura espontânea das membranas pelas 07:00 horas da manhã, com LA claro, quantidade moderada e cheiro *suis generis*. A última micção da parturiente foi no WC pelas 07:00 horas.

Permaneceu com avaliação cardiotocográfica por telemetria contínua, exceto quando experimentou a estratégia de imersão, durante a qual a avaliação passou a intermitente. O CTG manteve contratilidade uterina regular, frequência cardíaca fetal com características de normalidade (linha de base de 130 bpm, com variabilidade entre 5 a 25 bpm e acelerações).

Encontrava-se identificado o diagnóstico de enfermagem: trabalho de parto com os objetivos: facilitar trabalho de parto (intervenções: envolver pessoas significativas, propor estratégias para promover evolução do trabalho de parto e incentivar ingestão de líquidos), determinar o bem-estar fetal (intervenção: avaliar o bem-estar fetal) e determinar evolução do trabalho de parto (intervenção: avaliar trabalho de parto). Avaliar o bem-estar fetal engloba verificar as características do LA, do CTG e movimentos fetais. Avaliar o trabalho de parto abrange: dor, contratilidade uterina, perda sanguínea vaginal, características do colo uterino (posição, consistência, extinção e dilatação), descida fetal, apresentação fetal, características do LA, temperatura materna, tensão arterial materna, frequência cardíaca materna e evolução comportamental da Tânia.

A Tânia manteve-se com um perfil dogmático tendo-se notado uma sensação de maior vulnerabilidade e insegurança ao se ver confrontada com a necessidade de lidar com a dor com analgesia epidural. Esse momento de maior vulnerabilidade levou-a a encarar a EE-ESMO como uma possível parceira, iniciando-se, assim, uma melhor relação terapêutica entre ambas.

Pelas 08:00 horas, a EE-ESMO entrou na sala e observa que a parturiente se encontrava deitada a descansar. Apresentou-se procurando estabelecer uma relação terapêutica com todos os presentes e demonstrando disponibilidade para apoiar a Tânia no seu trabalho de parto. Estavam na sala a Tânia, o Hugo, a doula (que auxiliava na tradução) e a mãe da Tânia, conforme o desejo da parturiente.

O presente serviço de bloco de partos permite que a parturiente tenha até três pessoas significativas em permanência, quando o seu desejo assim o determine. Ultrapassa, desde modo, a oferta que a Lei Portuguesa expressa no seu decreto-lei n.º 110/2019 de 9 de setembro de 2019 *“é garantido o acompanhamento até três pessoas por si indicadas, em sistema de alternância, não podendo permanecer em simultâneo mais do que uma pessoa junto da utente”* (p.94). Este acompanhamento revelou-se essencial para o bem-estar da Tânia, em alinhamento com o seu perfil e desejos expressos no plano de parto, pelo que se considera que a conduta do serviço em tudo favorece os direitos e bem-estar das parturientes, proporcionando um ambiente mais acolhedor, humanizado e alinhado com as suas expectativas e necessidades emocionais e espirituais da parturiente no seu trabalho de parto.

Pelas 09:00 horas a parturiente referiu dificuldade em lidar com a dor do trabalho de parto e solicitou dose de analgesia epidural. Referiu também que sente vontade de realizar esforços expulsivos. A Tânia tem rotura da bolsa e atualmente o LA encontra-se claro, quantidade moderada e cheiro *suis generis*.

A EE-ESMO propôs avaliar a evolução do colo uterino, realizar as manobras de Leopold e administrar analgesia conforme avaliação, a Tânia concorda. Segundo a OMS (2020a), a avaliação do colo uterino por exame vaginal no primeiro período do trabalho de parto deve ser realizada a cada quatro horas. No entanto, a reavaliação antes desse intervalo foi justificada diante de sinais clínicos de progressão, como a sensação de esforços expulsivos relatada pela Tânia, mesmo sob analgesia epidural.

O colo uterino apresentava-se edemaciado na região anterior mantendo os oito centímetros de dilatação, apresentação fetal cefálica centrada e acima do

primeiro plano. Pelas manobras de Leopold e avaliação do colo uterino compreendeu-se que o feto está em variedade occipito direita anterior em aparente assinclitismo e/ou deflexão. A Tânia apresentava atividade uterina regular com três contrações em cada dez minutos.

A analgesia epidural, sendo um método eficaz no alívio da dor, modifica os sinais comportamentais típicos da transição para a fase expulsiva, interferindo na perceção de evolução do trabalho de parto das mulheres que relatam dificuldade em perceber a evolução da fase ativa para o período expulsivo. Isto interfere, cumulativamente, na avaliação da EE-ESMO. Estudos recentes, posteriores a 2005, revelam que as abordagens modernas da epidural não aumentam o número de partos instrumentados nem cesarianas, embora seja fraca a evidência que sustenta estes achados. A bibliografia assegura, ainda, um prolongamento do período expulsivo em cerca de trinta minutos e sugere um possível prolongamento da fase ativa, associado ao uso de analgesia epidural (Anim-Somuah *et al.*, 2018; Tan *et al.*, 2022; Zhang *et al.*, 2001).

O edema do colo uterino em trabalho de parto pode ser secundário a vários fatores: características cervicais, stresse, características fetais (assinclitismo, deflexão ou hiperflexão da cabeça), eventos iatrogénicos (diagnóstico incorreto de início de trabalho de parto, prolongamento do segundo estágio, indução eletiva em nulíparas, uso inapropriado de ocitocina, imobilidade materna, medicamentos e desidratação), características pélvicas não normativas, fatores uterinos (hipertonia uterina, contrações ineficientes) e características dos tecidos moles (alterações no tônus ou tensão dos ligamentos uterinos, cervicais, pélvicos e espinais, músculos e fáscia). Este edema pode causar à mulher uma falsa sensação de necessidade de empurrar a apresentação fetal, aumentando a pressão sobre o colo edemaciado e agravando progressivamente o edema, pelo que a primeira medida deve ser indicar à parturiente para parar os esforços expulsivos (Simkin & Ancheta, 2011; Vasquez & Desai, 2010). Orientação que se deu de imediato, coadjuvante a outras intervenções.

A abordagem para a resolução do edema cervical inclui mudanças posturais para posições que aliviem a pressão sobre o colo, técnicas de relaxamento da musculatura pélvica e intervenções para reposicionamento fetal facilitadoras da evolução do trabalho de parto. Os artigos analisados propõem manobras de *spinning babys* nomeadamente *knees to chest*, *side lying with a peanut ball*, *lateral side release*, *rebozo*, estratégias farmacológicas, aplicação de gelo diretamente no colo uterino, *rebozo* e a manipulação manual do colo uterino. Os casos de edema cervical parcial tendem a ser mais responsivos a essas intervenções, permitindo uma evolução mais favorável do trabalho de parto (Fumagalli *et al.*, 2024; LoGiudice *et al.*, 2022; Witkiewicz *et al.*, 2023).

No caso particular, a Tânia encontrava-se chorosa e referiu sentir-se “desesperada com a dor e que não irá conseguir fazer nascer o seu filho”, solicitando analgesia epidural. A parturiente demonstrava com dificuldade em lidar com a dor associada a uma atitude de desesperança e stress, o que dificultava a autogestão da situação. Este quadro é coerente com o perfil dogmático, descrito no artigo aqui apresentado, em que a discrepância entre as expectativas idealizadas e a realidade do trabalho de parto frequentemente desencadeia bloqueios emocionais que condicionam a evolução do trabalho de parto.

Face a isto, numa primeira fase procurou-se o controlo da dor com analgesia epidural. Paralelamente, foi prestado suporte emocional, validando os progressos alcançados e intervindo na dimensão da esperança como recurso para assim melhorar a perceção de autoeficácia e facilitar o trabalho de parto. Associado ao diagnóstico de trabalho de parto e ao objetivo de facilitar o trabalho de parto foram identificadas as intervenções: validar progressos alcançados e incentivar esperança.

Posteriormente, dada apresentação fetal, foi proposta e aplicada a estratégia *lateral side release* cujo mecanismo de ação consiste em proporcionar mais espaço para a mobilidade fetal e favorecer a descida fetal, recorrendo ao alongamento estático para relaxar suavemente a musculatura pélvica. A bibliografia recomenda a realização da manobra bilateralmente, embora não haja

consenso sobre o tempo de permanência na posição. No caso da Tânia a opção da equipa foi realizar a manobra 20 min em cada lado com o apoio de EE-ESMO, otimizando o alongamento com suporte manual no trocânter e intercalando entre suporte estático e dinâmico, conforme tolerância da parturiente. A mobilidade e a adoção de posturas maternas ativas revelaram-se determinantes na evolução do parto, podendo reduzir a necessidade de cesariana, desde que aplicadas de forma individualizada e adaptada à resposta clínica da parturiente (Fumagalli *et al.*, 2024; Le Ray *et al.*, 2016; LoGiudice *et al.*, 2022; Witkiewicz *et al.*, 2023).

A utilidade desta técnica bem como outras de *spinning babies* têm vindo a ser amplamente descrita por EE-ESMO, na sua procura por soluções seguras e menos invasivas para promover um parto eutócico. Embora o número de estudos científicos de alta evidência seja reduzido, a experiência empírica acumulada e documentada em casos clínicos é tida como uma aceitável fonte de informação neste contexto.

A técnica pode ser implementada isoladamente ou em combinação com outras estratégias, incluindo farmacológicas, tal como foi aplicado neste caso clínico. Alguns estudos sugerem que a analgesia epidural pode contribuir indiretamente para o relaxamento do colo uterino, secundário ao alívio da dor, reforçando a importância de intervenções interativas para otimizar a evolução do parto (LoGiudice *et al.*, 2022).

A utente solicitou manter-se deitada pelo que, de seguida se aplicou a posição *side lying with a peanut ball*, invertendo o lado do posicionamento a cada 15 minutos, por forma a promover a assimetria da pelve e assim o realinhamento fetal.

Cumulativamente a estas intervenções autónomas, informou-se a equipa médica da evolução da Tânia que forneceu indicações administrar de tramadol e metoclopramida EV, que foram administrados. O tramadol, é um analgésico opioide de ação central, que atua modulando a transmissão nociceptiva através da inibição da recaptção de serotonina e norepinefrina, além de exercer ação agonista nos recetores opioides μ , pelo que a sua administração funciona como adjuvante à medicação para controlo da dor administrada via cateter epidural. A

metoclopramida é tradicionalmente utilizada na prevenção e tratamento de náuseas e vômitos associados ao uso de opioides ou ao próprio trabalho de parto, mas assume também um papel relevante em obstetrícia devido seus efeitos relaxantes sobre o colo uterino. Trata-se de um antagonista dos recetores dopaminérgicos D2, com propriedades antieméticas e pró-cinéticas, mas que exerce igualmente ação sobre a musculatura lisa. Essa ação pode traduzir-se em redução do tônus e maior elasticidade do colo uterino, aspeto particularmente pertinente em situações de trabalho de parto prolongado ou complicações como o edema do colo uterino, que dificultam a progressão da dilatação (Ellaithy *et al.*, 2019). Do ponto de vista fisiológico, a inibição da dopamina pela metoclopramida pode desencadear a liberação de prolactina, aumentando a sensibilidade do miométrio e do colo uterino à ocitocina endógena. Esse mecanismo parece contribuir para um efeito semelhante ao de fármacos indutores de maturação cervical, favorecendo a evolução do primeiro período de trabalho de parto. Estudos clínicos reforçam esta hipótese, sugerindo que a administração de metoclopramida pode estar associada a maior facilitação da dilatação cervical e a uma progressão mais eficaz do trabalho de parto (Ellaithy *et al.*, 2019; Khalaf *et al.*, 2022; Rani & Prasad, 2015).

Perante a hipótese de diagnosticar trabalho de parto estacionário e a equipa médica propor uma cesariana à Tânia, foi fundamental considerar a variabilidade natural da progressão do parto e os achados clínicos específicos deste caso. Embora a dilatação cervical tenha permanecido nos oito centímetros durante cinco horas com aparecimento de edema cervical (num total de fase ativa do trabalho de parto de oito a doze horas até ao momento), o contexto obstétrico atual reconhece que a ausência de progressão rápida não é, por si só, indicativa de distocia na progressão do trabalho de parto, especialmente na presença de contrações eficazes e de um traçado cardiotocográfico com características de normalidade. As características de normalidade amplamente aceites na fase ativa em nulíparas são uma dilatação igual ou superior a 1,2 centímetros por hora, num total de até cinco horas e meia. No entanto, os critérios de trabalho de parto estacionário têm sido amplamente discutidos nos últimos anos e, estudos recentes demonstram que o progresso do trabalho de

parto é altamente variável e que a aplicação rígida de critérios de dilatação pode levar a diagnósticos errados e intervenções desnecessárias, incluindo cesarianas precoce. Estudos indicam que aproximadamente 20% de todos os trabalhos de parto que terminam num nado vivo envolvem algum grau de abrandamento ou paragem progressiva (ACOG & Society for Maternal-Fetal Medicine, 2014; Graça, 2017; He *et al.*, 2023; Lothian, 2019; Simkin & Ancheta, 2011).

No caso da Tânia, o edema cervical pode ter sido um fator impeditivo para a progressão e, conforme descrito na literatura, intervenções não invasivas, como analgesia para relaxamento, mudanças posturais e técnicas para reposicionamento fetal, são estratégias eficazes na reversão deste quadro antes da decisão por uma cesariana. Assim, em vez de uma intervenção precoce, a melhor conduta foi a adoção de medidas para otimizar a evolução do trabalho de parto, respeitando a fisiologia materno-fetal e minimizando riscos desnecessários, em conformidade com as evidências mais recentes sobre intervenções seguras e individualizadas, seguindo os desejos da Tânia expressos no seu plano de parto e reafirmados por várias vezes aquando do decorrer do trabalho de parto (ACOG & Society for Maternal-Fetal Medicine, 2014; He *et al.*, 2023; Lothian, 2019; Simkin & Ancheta, 2011;).

Foi reforçada a hidratação oral ao longo de todo o turno. Pelas 11:20 horas o colo uterino apresentava-se sem edema, extinto e com nove centímetros de dilatação. Concluiu-se que as intervenções realizadas juntamente com uma atitude expectante foram positivas para o desenrolar do trabalho de parto. O feto encontra-se em posição cefálica centrada, acima do primeiro plano. O LA manteve-se claro, cheiro sui generis e reduzida quantidade. O CTG apresentava contratilidade uterina regular (três contrações em cada dez minutos) e frequência cardíaca fetal com características de normalidade (linha de base de 130 bpm, com variabilidade entre 5 e 25 e acelerações). A Tânia apresentava dor com foco na região das virilhas, possivelmente relacionada com a pressão exercida pela apresentação cefálica sobre as estruturas ligamentares e musculares da pelve, tendo sido gerida a dor com calor local e analgesia por via epidural.

Observou-se que a Tânia interagiu de forma mais aberta com as EE-ESMO, demonstrando menor desconfiança e procurando-as preferencialmente para validar dúvidas, em detrimento da doula. Após o intervalo de segurança posterior à administração da analgesia epidural e garantidas as condições de segurança (nomeadamente a força muscular da parturiente), foi possível cumprir o seu desejo de mobilização ativa, permitindo-lhe caminhar.

Às 12:30 horas, o colo uterino encontrava-se completamente dilatado com a apresentação fetal cefálica a descer para segundo plano. O LA passou a ter uma coloração tingida com mecónio e cheiro característico, em quantidade escassa. A Tânia iniciou esforços expulsivos espontaneamente. O CTG apresentava características de normalidade compatíveis com o período expulsivo do trabalho de parto.

O LA tingido com mecónio tem uma prevalência de 20% nas gestações a termo e na maioria das vezes não leva a complicações neonatais. É um fenómeno que embora seja fisiológico é fator de risco para complicações maternas e neonatais (hipoxia fetal e infeção/inflamação intraamniótica). A presença de desacelerações ou alterações da variabilidade fetal, podem indicar hipoxia intrauterina, com necessidade de intervenção imediata. Assim, na presença de LA com mecónio, recomenda-se a monitorização cardiotocográfica contínua da frequência cardíaca fetal (Cloherty *et al.*, 2012; Gallo *et al.*, 2023; Moxley, 2017). De momento, o traçado cardiotocográfico apresenta características de normalidade (linha de base de 130 bpm, com variabilidade e acelerações) exclui hipoxia fetal, mantendo-se uma conduta expectante de vigilância com monitorização contínua por telemetria.

A Tânia referira, no seu plano de parto, preferir cesariana a parto instrumentado, caso o trabalho de parto evoluísse nesse sentido. Diante da situação clínica observada, esta questão foi abordada pela equipa médica com a parturiente. A Tânia foi informada de que, até ao momento, o feto apresentava sinais de bem-estar, embora existisse um fator de risco — a presença de líquido amniótico (LA) tingido com mecónio. Foi-lhe igualmente explicado que, na fase de progressão atual na pelve, a realização de cesariana ainda seria possível,

mas que, após a descida da apresentação para o 2.º/3.º plano de Hodge, essa opção deixaria de ser viável. Assim, foi-lhe questionado se mantinha o desejo expresso no plano de parto; caso assim fosse, seria proposta a realização imediata de cesariana, interrompendo-se o trabalho de parto.

Esta situação imprevista abalou emocionalmente a Tânia, que necessitou de refletir sobre a decisão. Para tal, recorreu à EE-ESMO e aos seus acompanhantes em busca de apoio. Após reflexão, a Tânia decidiu manter os esforços expulsivos e prosseguir com o trabalho de parto.

O 2.º estadio do trabalho de parto começa com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto. É constituído por duas fases: transição e ativa. A fase latente ou de transição é o período que se inicia com a dilatação completa e em que a mulher não sente vontade de fazer esforços expulsivos, está em repouso ou realizando pequenos esforços nas contrações e pode ter uma duração de até três horas. A fase ativa consiste no período em que a mulher faz esforços expulsivos voluntários e o plano fetal avança, com uma duração entre quarenta e cinco a sessenta minutos. Na maioria das nulíparas a descida da apresentação fetal dá-se no período expulsivo do trabalho de parto. Como já referido anteriormente, a analgesia epidural parece prolongar este estadio. O período expulsivo da Tânia teve uma duração de duas horas e cinquenta minutos (Graça, 2017; Lowdermilk & Perry, 2006).

O nascimento ocorreu às 14:50 horas, por parto eutócico, em posição lateral, respeitando as preferências da parturiente. Nasceu o Oliver⁶ e ficou em contacto pele com pele com a mãe, conforme expresso no seu plano de parto e, tendo por base uma prática baseada na evidência.

O contacto pele com pele imediato e ininterrupto entre mãe e recém-nascido na primeira hora de vida é uma prática amplamente recomendada pela OMS, devido aos seus benefícios para a adaptação neonatal e promoção da ligação mãe-filho. Favorece a termorregulação do recém-nascido, reduz os níveis de cortisol e contribui para a estabilização dos parâmetros fisiológicos:

⁶ Nome fictício atribuído para salvaguarda da identidade do recém-nascido

frequência cardíaca, respiratória e glicemia, promovendo uma adaptação mais tranquila ao ambiente extrauterino. Desempenha um papel fundamental na promoção da amamentação, favorecendo o reflexo de busca e de sucção do recém-nascido e está associado a maiores taxas de iniciação e manutenção do aleitamento materno exclusivo a longo prazo. Estimula a libertação de ocitocina pela mãe, reduzindo o stresse materno e promovendo a ejeção de leite (Brimdyr *et al.*, 2023; Moore *et al.*, 2016; OMS & United Nations Children's Fund (UNICEF), 2018). No caso do Oliver, o contacto pele com pele foi garantido sem interrupções, respeitando-se o desejo materno e as boas práticas baseadas na evidência, contribuindo para uma experiência de parto positiva e fortalecendo os laços afetivos entre mãe e filho.

São competências EE-ESMO conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto da puérpera e recém-nascido bem como de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (OE, 2019a).

Aquando da clampagem do cordão cumpriu-se o desejo expresso pela Tânia de realizar clampagem tardia, aguardando a cessação da pulsação do cordão antes do clampeamento. O cordão deixou de pulsar pelos sete minutos.

A clampagem precoce do cordão umbilical tem lugar logo após o nascimento, antes dos primeiros sessenta segundos, independentemente do cordão umbilical ainda pulsar ou não, enquanto a clampagem tardia do cordão umbilical (CTCU), dá-se, pelo menos, um minuto após o parto ou até o cordão umbilical cessar a pulsação. Se o cordão for clamped imediatamente, cerca de um terço do sangue que pertence ao recém-nascido ficará retido na placenta, enquanto a CTCU permite uma transfusão eficaz de sangue da placenta para o recém-nascido, aumentando do valor de hemoglobina ao nascimento, melhorando o armazenamento de ferro e diminuindo a anemia por défice de ferro durante o primeiro ano de vida quando comparado com a clampagem precoce. Por outro lado, o corte tardio aumenta em 1,6% a necessidade de fototerapia, sendo este risco largamente ultrapassado pelos seus benefícios. No que se refere aos resultados maternos, não há aumento do risco de hemorragia nem

afetação dos níveis de hemoglobina em comparação com a clampagem precoce (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2023; ACOG, 2020b). Estudos adicionais, como o de Farrar e colaboradores (2011), demonstram que a transfusão placentária resultante de uma clampagem tardia de dois a três minutos pode atingir cem mililitros de sangue, o que perfaz um a dois terços do volume de sangue do recém-nascido. Uma revisão Cochrane confirmou que a clampagem tardia aumenta significativamente os níveis de hemoglobina e ferro até aos seis meses, sem aumentar o risco de hemorragia materna (McDonald *et al.*, 2013).

Por conseguinte, considera-se a intervenção de CTCU como segura tanto para os recém-nascidos como para as mães, proporcionando uma transição mais fisiológica da vida fetal para a neonatal e influenciando positivamente a ligação mãe-filho, sendo caracterizada como Standard pela Sociedade Portuguesa de Neonatologia (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2023). Desde 2012, o American Academy of Pediatrics [AAP] e a ACOG recomendam a CTCU para recém-nascidos de termo ou pré-termo que não necessitam de reanimação neonatal, propondo como tempo ideal um a três minutos após o nascimento. A prática protocolar no Hospital, em todos os partos eutócicos de baixo risco, é a clampagem tardia do cordão aos três minutos, o que segue as *guidelines* existente. No entanto este protocolo é passível de ser ajustado à solicitação da parturiente, tal como é exposto neste caso clínico.

O recém-nascido Oliver apresentou um Apgar de 9, 10 e 10 ao 1.º, 5.º e 10.º minutos, respetivamente. A pontuação de 9 ao primeiro minuto deveu-se à presença de cianose nas extremidades (acrocianose), um achado comum em recém-nascidos de termo saudáveis, que não indica sofrimento fetal e resolve-se espontaneamente com a adaptação cardiovascular neonatal. A rápida recuperação para 10 no 5.º e 10.º minutos indica uma transição neonatal bem-sucedida, sem necessidade de intervenções adicionais (AAP & ACOG, 2012).

A avaliação do índice de apgar é o método amplamente utilizado para avaliar a vitalidade e adaptação neonatal nos primeiros minutos de vida. Criado por Virginia Apgar em 1952, este índice permite uma avaliação sistematizada

baseada em cinco critérios fisiológicos: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele. Cada critério recebe uma pontuação entre zero e dois, totalizando um escore máximo de dez pontos. Valores de Apgar entre sete e dez são considerados normais e indicam boa adaptação neonatal ao meio extrauterino (Apgar, 2015).

O terceiro período do trabalho de parto, denominado de dequitação, inicia-se com o nascimento e termina com a dequitação da placenta. A duração do terceiro estadio é variável, sendo considerado dentro dos limites de normalidade até uma hora após o parto. Aconselha-se aguardar por um descolamento espontâneo comparativamente ao dequite ativo. (Lowdermilk & Perry, 2006).

A dequitação ocorreu pelas 15:15 horas com um tipo de descolamento de Schultze (o descolamento começa no centro da placenta, a face expulsa primeiro é a fetal e sangra mais após a expulsão). Imediatamente após a dequitação confirmou-se primeiramente a formação efetiva do globo de Pinard e a perda sanguínea como adequada.

Foram administradas dez Unidades Internacionais (U.I.) de ocitocina via endovenosa, para prevenir a hemorragia pós-parto, conforme recomendado pela OMS (2020b).

A inspeção sistemática da placenta é fundamental para excluir retenção de restos placentários intrauterinos, que podem causar hemorragia após o parto, precoce ou tardia. A placenta da Tânia apresentava membranas completas (passíveis de reconstituir a bolsa), cotilédones íntegros (sem sinais de lacerações ou falhas, garantindo a sua totalidade). O cordão estava inserido lateralmente na placenta e apresentava as duas artérias e a veia. O aspeto geral da placenta é compatível com uma gestação de termo, sem calcificações excessivas, sinais de envelhecimento placentário ou outras alterações patológicas.

A puérpera manifestou interesse em levar a placenta para casa, o que reflete um significado simbólico e cultural para a mesma. Em diversos países,

incluindo Portugal, não há legislação explícita que proíba esta prática, desde que respeitadas as normas de segurança sanitárias. Alguns hospitais exigem documentação específica para garantir que a paciente compreende os cuidados necessários para o armazenamento e transporte da placenta. No caso específico deste Hospital, a mulher necessita de informar a equipa do seu desejo, trazer consigo um recipiente fechado para a transportar e retirá-la do serviço antes de ser transferida para o serviço de puerpério, não sendo necessária quaisquer assinaturas de documentação para o efeito. Esta forma de estar das EE-ESMOS, demonstra respeito perante a decisão das puérperas. A decisão da Tânia foi então validada, a sua doula tinha consigo um recipiente onde se colocou a placenta e logo após o parto levou-a consigo.

As duas horas subsequentes à dequitação correspondem ao período de recuperação imediata do pós-parto, fase em que a mulher está mais vulnerável a complicações, sobretudo à hemorragia pós-parto primária, responsável por elevada morbilidade e mortalidade materna. Neste intervalo, a homeostase uterina e hemodinâmica ainda se encontra em processo de estabilização, justificando uma vigilância contínua e sistematizada (Lowdermilk & Perry, 2006). A vigilância no pós-parto inclui a avaliação dos sinais vitais, contração uterina, perda sanguínea, contração uterina e função urinária, garantindo que a adaptação fisiológica ocorre sem intercorrências (Lowdermilk & Perry, 2006). Esta vigilância é realizada no bloco de partos dado ser o serviço que dispõe de meios técnicos (medicação, equipamento de reanimação, acesso cirúrgico) com acesso mais facilitado e um maior conjunto de recursos humanos especializados para atuar prontamente em caso de emergência obstétrica.

A Tânia apresentava o seu períneo íntegro. Executou-se a sua higiene perineal, e apoiou-se a Tânia a levar o recém-nascido à mama. Mamou nas duas mamas, totalizando cinquenta minutos de mamada. Após a amamentação procedeu-se à avaliação dos parâmetros antropométricos do recém-nascido: peso, comprimento, perímetro cefálico. O Oliver tinha 3871 kg, 52 centímetros de comprimento e 34 centímetros de perímetro cefálico. Foi também administrada fitomenadiona intra-muscular ao recém-nascido.

A administração de fitomenadiona (vitamina K1) intramuscular ao recém-nascido é recomendada para prevenir a doença hemorrágica do recém-Nascido (DHRN). Condição potencialmente grave causada pela deficiência de vitamina K, essencial para a coagulação sanguínea. A vitamina K não atravessa a placenta em quantidades suficientes, pelo que a administração de um miligrama intramuscular logo após o nascimento mostrou-se altamente eficaz na prevenção da DHRN, sendo considerada a abordagem padrão mais segura para evitar complicações hemorrágicas neonatais (Sankar *et al.*, 2016).

Efetivou-se a passagem de turno ao serviço de puerpério, garantindo uma transição segura e adequada para a continuidade dos cuidados materno-infantil. A Tânia foi transferida para o serviço de internamento estável, sem queixas algicas e com sinais vitais dentro dos parâmetros normais (tensão arterial: 112/60 mmHg, frequência cardíaca: 70 bpm, sem dor, temperatura: 36,6°C). Apresentava útero contraído em nível peri-umbilical, sem sinais de atonia uterina, perda sanguínea escassa hemática.

Dessa forma, garantiu-se que a Tânia e o Oliver recebessem cuidados humanizados, individualizados e baseados em evidência científica, promovendo segurança, bem-estar e uma experiência de parto e pós-parto positiva, respeitando as suas necessidades e preferências.

O acompanhamento da Tânia permitiu articular conhecimento científico com uma prestação de cuidados empática e que respeita o seu perfil e suas preferências, conciliando o plano de parto expresso com a evolução clínica. A abordagem centrada na mulher, o uso de estratégias de promoção do trabalho de parto e o apoio emocional contínuo favoreceram um parto eutócico e uma experiência positiva. Esta vivência reforçou competências essenciais da EE-ESMO.

3. CUIDAR DA MULHER NO PUERPÉRIO

“Every woman who gives birth creates a story — a story of meanings that shape her as a mother and shape the way she cares for her child.”

Sheila Kitzinger

O estágio realizado no serviço de puerpério possibilitou a oportunidade de acompanhar diversas parturientes, pessoas significativas e recém-nascidos. O serviço procura garantir a qualidade de cuidados tendo por base as competências específicas do EE-ESMO e comuns ao enfermeiro especialista. Foi possível desenvolver e consolidar competências essenciais para a prática no cuidado da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal (primeiros três dias), salvaguardando a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a; 2019b).

É seguido um modelo de assistência que assegura por turno um rácio de duas a oito díades (mulheres e recém-nascidos) por enfermeira, seja ela EE-ESMO ou de cuidados gerais (a frequentar a especialização em enfermagem de saúde materna e obstétrica). Porém, este rácio nem sempre se encontra em conformidade com o Regulamento n.º 743/2019, referente à dotação segura de enfermeiros. O mesmo explana que os serviços de internamento de puérperas devem dispor de uma EE-ESMO por cada seis mulheres em puerpério normal, podendo também ser incluídas EE-ESIP e enfermeiras de cuidados gerais, atuando em complementaridade. A discrepância entre a prática observada e o normativo exige reflexão crítica: rácios acima do recomendado podem comprometer a vigilância em proximidade, a segurança clínica e a deteção precoce de alterações na díade (mãe e recém-nascido), atrasando a implementação de intervenções adequadas e atempadas (OE, 2019b).

A prestação de cuidados de enfermagem no puerpério implica uma abordagem próxima e efetiva que contemple e favoreça a transição para a

parentalidade, saúde/doença ou outras. A aplicabilidade da teoria das transições de Afaf Meleis é inquestionável e imprescindível por expressar as suas ideias a partir de conceitos direcionados para situações da prática clínica. No contexto do puerpério, esta teoria fornece uma estrutura conceitual que suporta como compreender e intervir nos processos significativos de mudança na vida da mulher e figura parental (Meleis *et al.*, 2000). Durante todo o estágio procurou-se integrar esta perspetiva, favorecendo a adaptação da mulher e do homem ao novo papel parental.

De seguida, encontra-se descrito um caso clínico que ilustra o cuidado especializado em enfermagem de saúde materna e obstétrica no acompanhamento de uma mulher no serviço de puerpério, após um parto eutócico, e da sua recém-nascida durante as primeiras sete horas de vida. Foi necessário responder às necessidades clínicas da puérpera e recém-nascida, bem como atuar como facilitadora do processo de transição para a parentalidade da mãe e do pai, perante um evento crítico. A tomada de decisão partilhada com base em comunicação clara assente em evidência científica, a mediação de conflitos com atenção à vontade expressa dos pais e emoções bem como à segurança para o recém-nascido mostraram-se determinantes para assegurar cuidados de qualidade, sempre salvaguardando a responsabilidade profissional, ética e legal.

3.1. Primeiras doze horas após parto eutócico e o desafio de ficar afastada da recém-nascida

A Catarina⁷ encontrava-se nas primeiras horas após parto eutócico. Era uma segunda gesta com um parto eutócico anterior há dois anos. Nasceu a sua filha, Emília⁸, recém-nascida de termo (38 semanas e 1 dia), com 2675gr, 47 centímetros de comprimento, 35 centímetros de perímetro cefálico e um índice de apgar de 10/10/10 ao 1.º, 5.º e 10.º minuto, respetivamente. O parto ocorreu

⁷ Nome fictício atribuído para salvaguardar a identidade da puérpera

⁸ Nome fictício atribuído para salvaguardar a identidade da recém-nascida

às 14:45 horas, tendo a EE-ESMO contactado com a puérpera, recém-nascida e pai, Alex⁹ a partir das 20:30 horas, já com quase seis horas volvidas desde o parto.

Aquando da passagem de turno a EE-ESMO informou que a Catarina se encontrava com leve sensação de lipotimia e cansaço. Encontrava-se normotensa (tensão arterial: 105/60 mmHg), normocardica (frequência cardíaca: 80 bpm), com saturação periférica de oxigénio de 98% a ar ambiente e com palidez cutânea, com início após o parto. Não foi possível realizar levante porque a puérpera referiu sensação de lipotimia, encontrando-se com a cabeceira elevada a 30°. Apresentou perdas hemáticas uterinas aumentadas no período imediatamente após a dequitação, tendo sido administradas vinte U.I. de oxitocina endovenosa nesse momento. Ficou com indicação para colheita de sangue para hemograma na manhã seguinte. À observação, apresentava perda hemática uterina em pequena quantidade (conforme esperado) e útero bem contraído infra-umbilical. Urinou espontaneamente pelas 18:00 horas para a aparadeira. Apresenta laceração perineal grau I, com ligeiro edema e dor associada, com aplicação de gelo no períneo. Referiu dor ligeira de contração uterina pós-parto, associada aos momentos de amamentação, que contribui para a involução uterina. Foi administrado ibuprofeno (400mg), via oral, pelas 17:30 horas. Encontrava-se identificado o objetivo de determinar evolução da recuperação pós-parto, associado ao domínio puerpério.

A EE-ESMO, aquando da passagem de turno, acrescentou que, a recém-nascida apresenta gemido intermitente desde as três horas de vida, sem agravamento. A Emília apresentava boa reatividade, bom tônus e bons reflexos primitivos. Já evacuou e, ainda não urinara, desde o nascimento. Mamou eficazmente logo ao nascimento, esteve uma hora à mama e apresenta boa pega e bons reflexos de sucção e deglutição. Tem 36°C de temperatura corporal. Pelas 18:30 horas foi avaliada pela equipa médica, por solicitação da enfermeira. A pediatra prescreveu colheita de hemograma e bioquímica, bem como reforço

⁹ Nome fictício atribuído para salvaguardar a identidade do pai

das medidas de aquecimento com os objetivos de atingir uma temperatura de 36,5°C e cessar o gemido.

Segundo a OMS (2003), os valores de referência da temperatura do recém-nascido são entre 36,5°C a 37,5°C. Podem sofrer alterações classificadas em hipotermia moderada (32,0°C e 36,4°C), hipotermia grave (menor que 32,0°C), e hipertermia acima de 37,5°C. A hipotermia e hipertermia podem ser sinais de doença, como a sépsis. A hipotermia é uma das principais agravantes do quadro clínico dos recém-nascidos, sendo mais prevalente de ocorrer nas primeiras seis horas de vida. (Oliveira *et al.*, 2022). Perante o contexto apresentado, a recém-nascida poderia apresentar sinais de hipotermia pelo que se deve sempre vigiar o aparecimento de extremidades e tórax frios; intolerância alimentar (pela diminuição da motilidade gastrointestinal); vômitos; distensão abdominal; dificuldade de sucção; letargia (se a hipotermia se prolongar); choro fraco; hipotonia; acidose metabólica; hipoglicemia, mudança de coloração na pele (pálida ou marmoreada), irritabilidade (que é consequência da hipoxemia), valor de glicemia capilar (se for inferior a 45mg/dL deve ser tratado como hipoglicemia) e a frequência respiratória (deve ser entre 30 a 60 ciclos por minuto) (OMS, 2003; Tamez, 2017).

O gemido do recém-nascido corresponde a um som expiratório produzido pela passagem de ar contra a glote parcialmente fechada, é um sinal frequente com pouca especificidade e de significado variável. A sua presença pode traduzir tanto um mecanismo de adaptação fisiológica como um sinal de doença grave, de dificuldade respiratória (AAP, 2021; Sweet *et al.*, 2019). Se algum dos vários mecanismos de adaptação à vida extrauterina estiver alterado, pode manifestar-se pela presença de gemido. As causas de gemido podem agrupar-se em pulmonares (sintomas de transição, síndrome de aspiração, hemorragia pulmonar, pneumonia, pneumotórax e edema pulmonar) ou extrapulmonares (cardíacas, infeção, sistema nervoso central, hematológicas e metabólicas como acidose, hipoglicemia e hipotermia) (Coelho *et al.*, 1993; Cloherty *et al.*, 2017). A avaliação do stresse respiratório é realizada com base em critérios, distribuídos pelo grau de gravidade, respetivamente: movimento do peito (move-se com o abdómen, afunda ligeiramente enquanto o abdómen sobe ou peito afunda

enquanto o abdómen sobe); tiragem intercostal (nenhuma, mínimas ou marcadas); retração do xifoide (nenhuma, apenas visível ou marcadas); gemido expiratório (nenhum, ouvido apenas com estetoscópio ou audível sem estetoscópio) e adejo nasal (nenhum, mínimo ou marcado) (Tappero *et al.*, 2016).

São domínios de atenção de enfermagem relativos ao recém-nascido a eliminação urinária (intervenção: avaliar evolução da eliminação urinária), eliminação intestinal (intervenção: avaliar evolução da eliminação intestinal), termorregulação (intervenção: avaliar evolução da temperatura corporal; avaliar sinais de hipotermia), sistema respiratório (intervenção: avaliar sinais de dificuldade respiratória), sistema tegumentar (avaliar evolução da coloração da pele) e recém-nascido (intervenção: avaliar evolução dos reflexos primitivos, avaliar evolução da reatividade, avaliar evolução do tônus muscular).

A Catarina amamentara a primeira filha durante um ano e meio. No que se refere aos comportamentos para amamentar e segundo a EE-ESMO na passagem de turno, a Catarina, foi capaz de oferecer a mama quando reconheceu sinais de fome, terminou a mamada quando reconheceu sinais de saciedade, teve manifestações de pega adequada e a mama apresentava pele íntegra. Apesar da experiência prévia da Catarina, teve dificuldade em adotar posições confortáveis e eficazes para facilitar a mamada neste novo contexto e demonstrou alguma dificuldade em utilizar estratégias efetivas para estimular o mamar.

Com o objetivo de promover a autogestão da amamentação, a EE-ESMO referiu ter ensinado posições do recém-nascido durante a mamada e estratégias para estimular o amamentar, correspondendo ao diagnóstico de enfermagem “potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação”. Paralelamente, assistiu a puérpera durante a amamentação, instruiu e treinou a técnica, enquadrando-se no diagnóstico “potencial para melhorar capacidade para amamentar”. Foram definidos como objetivos de cuidados: determinar a evolução da amamentação, avaliando os comportamentos maternos durante o amamentar, e determinar a evolução da autogestão da amamentação, avaliando

o conhecimento e a capacidade da mãe para amamentar. Os critérios de resultado estabelecidos foram que a Catarina adotasse uma posição confortável para facilitar o mamar e utilizasse estratégias eficazes para estimular a sucção. A última mamada registara-se pelas 18:00 horas.

À chegada, a Catarina encontrava-se verbalmente ativa e manifestava alguma preocupação com o bem-estar da filha. Questionou acerca do que poderia acontecer. Foi informada dos possíveis caminhos futuros, salvaguardando que irá depender da evolução da Emília. Revelou tristeza face à possibilidade da filha ser transferida para a neonatologia, recordando uma experiência anterior negativa com a filha que ficou internada no 1.º mês de vida, na qual se sentiu desprezada pelos profissionais de saúde, referindo que só atenderam às necessidades da filha, desvalorizando as suas necessidades e desejos e acrescentou que a amamentação foi muito difícil por pressão dos profissionais de saúde para que ela fizesse leite artificial à filha. Verbalizou: *“Foi por ter tido uma má experiência anterior no parto e também no pós-parto que decidimos vir para aqui. Foi maravilhoso o meu parto... Agora não quero que a tirem de mim... tenho medo de não conseguir amamentar.”*. A EE-ESMO procurou apoiar emocionalmente a puérpera e interveio como facilitadora do processo. O enfermeiro, segundo Meleis e colaboradores (2000), deve atuar como facilitador da transição, fornecendo informação clara, reforçando a autoconfiança e promovendo a tomada de decisão partilhada.

A Catarina referiu cansaço, mas negava sensação de tontura (em decúbito dorsal com a cabeceira elevada a 30º). Mantinha palidez cutânea, sem sudorese. A tensão arterial registava 110/67 mmHg, a frequência cardíaca a 79 bpm, a saturação de oxigénio a 98%. A perda hemática uterina visível foi escassa, compatível com o expectável naquele momento de pós-parto. A puérpera referiu dor perineal associada à laceração, pelo que se recomendou a colocação de penso de gelo no períneo externamente. A aplicação de gelo reduz o fluxo sanguíneo local e favorece a drenagem linfática, reduzindo a formação de edema e a dor local. Em 2020 foi publicada uma revisão sistemática de literatura da Cochrane, realizada por East e colaboradores, que concluiu que o uso da crioterapia perineal (por entre dez e vinte minutos por aplicação) nos

primeiros dois dias após o parto é segura e não apresenta efeitos adversos, embora exista pouca evidência e de reduzida qualidade para o justificar. Segundo Senol e Aslan (2017), após a primeira colocação de embalagem de gelo os níveis de dor perineal reduzem de 2,6 a 1,2 e, o nível de conforto pós-parto aumenta após a segunda aplicação de gelo. No entanto, os métodos farmacológicos de controlo da dor ainda tendem a ser a principal opção das *midwives* nos serviços de puerpério para gerir a dor aguda perineal (93, 8% das *midwives* escolhem os analgésicos e 71,9% os anti-inflamatórios), surgindo o gelo como seguinte opção (escolhido por 59,4% das *midwives*). O gelo é a primeira opção se edema ou hematoma (Peleckis *et al.*, 2017).

A Emília encontrava-se no colo do Alex com duas camadas de roupa, gorro e manta. Mantinha gemido respiratório intermitente, sem adejo nasal, sem tiragem intercostal, o peito movia-se com o abdómen, sem retração do xifoide, normotonia, frequência respiratória de quarenta e cinco ciclos por minuto e uma temperatura de 35,7°C. Informou-se a pediatra, que decidiu aguardar-se pelos resultados analíticos e recomendou manter medidas de aquecimento corporal, reforçando a quantidade de roupa que a mesmo tem vestida e, mantendo a vigilância da recém-nascida.

A EE-ESMO propôs à Catarina amamentar, explicando que, para além de favorecer os reflexos de procura e sucção, contribui para o controlo térmico da recém-nascida, reduzindo o risco de hipotermia. O mamar estimula os reflexos de procura e sucção da recém-nascida e contribui para a regulação da sua temperatura corporal, reduzindo o risco de hipotermia. A Catarina aceitou de imediato, pediu ao Alex para elevar ligeiramente a cabeceira da cama (tolera elevação de 50°), colocou a Emília em posição tradicional com recurso a almofada de apoio, acariciou-lhe o queixo com o propósito de a despertar, estimulou a região entre o nariz e lábio superior com o seu mamilo e iniciou a mamada com uma pega eficaz. Foi reforçada a instrução do correto posicionamento da recém-nascida: em alinhamento corporal (orelha, ombro e anca). A EE-ESMO aproveitou o momento para avaliar que a recém-nascida apresenta bons reflexos de sucção e de deglutição por cerca de trinta minutos, com breves segundos de paragem, sem letargia nem recusa alimentar. A

puérpera terminou a mamada quando a filha parou de mamar, de forma espontânea, reconhecendo sinais de saciedade. Após ser amamentada, a recém-nascida apresentou redução dos períodos de gemido expiratório, sem recurso à musculatura acessória da respiração nem adejo nasal.

A OMS (2003) afirma que, mesmo em recém-nascidos com sinais de hipotermia ligeira, o contacto pele a pele é prioritário. O recém-nascido deve ser colocado em contacto pele com pele com a mãe e deve ser amamentado logo que possível, durante o maior tempo possível, pois melhora a regulação térmica e estabilidade cardiorrespiratória. Foi decidido colocar a recém-nascida à mama vestida e coberta com várias mantas, seguindo a forte recomendação da pediatra. Refletindo, a posteriori, criticamente, reconhece-se que embora a intervenção tivesse benefícios, deveria ter sido complementada pelo contacto pele a pele. Esta experiência permite refletir que, frequentemente, as decisões clínicas oscilam entre o que a evidência preconiza e as orientações e decisões práticas no momento. Assim, importa encontrar estratégias que conciliem segurança clínica com intervenções centradas na evidência, potenciando os ganhos em saúde para o recém-nascido.

A Catarina procurou manter a Emília junto a si, mesmo perante o cansaço físico que refere sentir. Acariciava-lhe a cabeça e falava-lhe com ternura: “*minha bebé linda*” ou “*estou aqui, meu amor*”. Durante a amamentação, revelava sensibilidade e responsividade aos sinais da filha, ajustando o contacto e a postura de forma intuitiva. O Alex segurou a filha ao colo em diversos momentos, manifestando carinho e atenção, observando alegremente o vínculo entre mãe e filha. Estas interações traduziram comportamentos de ligação mãe-pai-filho efetivos. À EE-ESMO compete a conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções que promovam e sustentem a ligação mãe-pai-filho afetivas no puerpério imediato (OE, 2019a). A ligação constitui-se como um alicerce da relação parental e do desenvolvimento emocional da criança.

Pelas 21:30 horas, a pediatra reavaliou a recém-nascida. A Emília mantinha períodos intermitentes de gemido expiratório, o peito afundava ligeiramente enquanto o abdómen sobia, com tiragem intercostal ligeira, sem

retração do xifoide e temperatura de 35,8°C. Decidiu transferi-la para a unidade de neonatologia para iniciar outras medidas de intervenção e vigilância de um para um. A Catarina ficou chorosa, esclarece algumas questões sobre a dinâmica da neonatologia e questiona acerca da possibilidade de amamentar a sua filha. A pediatra explicou que não era possível definir essa possibilidade de imediato, uma vez que dependeria da resposta clínica da Emília após a admissão em neonatologia.

Foi dada oportunidade ao Alex para acompanhar a filha, porém, manifestou preferência em permanecer junto da Catarina. O casal foi informado de forma clara sobre os procedimentos a realizar à recém-nascida e de que poderiam visitá-la após cerca de uma hora, quando estivesse instalada e estabilizada. A Catarina expressou à EE-ESMO que não queria que a filha recebesse leite adaptado nem que lhe fossem introduzidas tetinas artificiais, afirmando: “Já foi um desafio a amamentação da última vez, não quero que se repita e sei que o meu leite é o melhor para a Emília.” A EE-ESMO respondeu que teria em conta essa informação e que a transmitiria à equipa de enfermagem da neonatologia. Seguidamente, a EE-ESMO comunicou a informação clínica da Emília ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria (EE-ESIP), salientando o desejo expresso da Catarina de que a filha fosse alimentada exclusivamente com leite materno, recusando a administração de leite artificial e a introdução de tetinas artificiais.

O EE-ESIP refere que a equipa assegurava o cumprimento das preferências parentais sempre que clinicamente viável, mas que, naquele momento, a recém-nascida necessita de aquecimento contínuo, não podendo ir à mama. Solicitou, por isso, uma decisão parental quanto à via de suporte nutricional, entre soroterapia isolada ou alimentar com leite adaptado, como suplementação ao colostro extraído.

Embora se compreenda a preocupação clínica imediata com a manutenção da normotermia, merece reflexão crítica. A evidência científica recomenda que, sempre que o recém-nascido não apresente instabilidade grave, deve-se manter e privilegiar a amamentação. Além disso, em neonatologia,

recomenda-se amplamente recorrer ao método mãe-canguru (pele com pele prolongado), como prática benéfica como estratégia de estabilização clínica. Ambas são intervenções eficazes tanto na regulação térmica como na estabilização cardiorrespiratória e no reforço do vínculo (OMS, 2003, 2019). A separação da recém-nascida da mãe e da amamentação poderá, assim, ter limitado o acesso a intervenções eficazes e baseadas em evidência. Esta situação ilustrou os dilemas frequentes entre decisões clínicas contextuais e práticas sustentadas pela evidência científica, reforçando a importância de rever e integrar as recomendações internacionais na prática dos serviços.

Coube à EE-ESMO comunicar a situação ao casal, o que desencadeou um momento de tensão e divergência entre os pais relativamente ao melhor cuidado nutricional para a filha. A Catarina expressou vontade de que fosse administrada soroterapia até ser possível oferecer leite materno exclusivo, de modo a respeitar a amamentação exclusiva. Partilhou que, numa experiência anterior, o uso precoce de leite artificial fora vivido como negativo e associado ao insucesso da amamentação. Alex, por sua vez, manifestou receio face à condição clínica da filha e preferência pela administração de leite adaptado, por o considerar uma forma de garantir aporte nutricional imediato. Este cenário configurou um conflito entre os progenitores, com potencial impacto na vivência do puerpério pela mulher e na relação parental emergente.

Nomeou-se o diagnóstico de potencial para melhorar resolução de conflito de decisão parental relacionado com alimentação da recém-nascida, uma vez que existe disponibilidade por parte do casal para resolver esta questão. Objetivou-se promover resolução do conflito parental e interveio-se aplicando a metodologia *BRAIN* como estratégia para negociar cuidados.

A OMS (2003) afirma que a amamentação deve ser a primeira opção, por forma a providenciar calorias e fluidos e assim prevenir a queda de glicose, situação habitual em recém-nascidos com hipotermia. Não obstante, a OMS e UNICEF (2018) recomenda que os recém-nascidos que não podem ser alimentados com o leite da própria mãe ou que precisam de suplementação, devem ser alimentados com leite humano doado. No entanto, se o leite materno

doado não estiver disponível devem ser introduzidos substitutos do mesmo. Ainda, no caso de a alimentação via oral não ser possível deve-se monitorizar o nível de glicose e manter a administração contínua de glicose (OMS, 2003). Na maioria dos casos, a suplementação é temporária, até que o recém-nascido seja capaz de amamentar. Paralelamente, as mães devem ser apoiadas e incentivadas a extrair seu leite para continuar a estimular a produção de leite materno e a priorizar o seu próprio leite, mesmo que a amamentação direta seja desafiadora por um período temporal (OMS & UNICEF, 2018).

A EE-ESMO valoriza duplamente a vontade do pai e da mãe e reconhece a importância de intervir de forma ética, neutra e centrada na tríade mãe-pai-filho, promovendo o diálogo e a tomada de decisão informada. A divergência entre a mãe e o pai é compreendida à luz das competências comuns pautadas pela OE (2019b), que preconizam que a atuação do profissional deve pautar-se pelo respeito pelos princípios, valores e normas deontológicas, sem tomar partido, mas facilitando o consenso e respeitando a autonomia parental. A atuação da EE-ESMO esteve sustentada no princípio da não maleficência e apoio à decisão livre e esclarecida, reconhecendo a complexidade emocional do puerpério e o potencial impacto de eventos adversos nesta fase de transição (OE, 2015).

No exercício profissional, o enfermeiro especialista deve construir estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa cuidada, valorizando a sua participação ativa em todas as fases do processo de cuidados (OE, 2019b). A tomada de decisão partilhada é um processo colaborativo que envolve a pessoa e seu profissional de saúde trabalhando juntos para chegar a uma decisão conjunta (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2021). Os guidelines do NICE (2021) aconselham abordar os benefícios e riscos de cada uma das opções e alternativas às mesmas e, à luz das competências comuns do enfermeiro especialista da OE (2019b), esta análise deve ser sustentada num juízo fundamentado pelo conhecimento científico e pela experiência acumulada. Optou-se por seguir a metodologia BRAIN (*benefits, risks, alternatives, intuition, nothing*) que foi abordada nas aulas de mestrado como possível estratégia a ser implementada e que, estando em concordância

com as guidelines permite uma visão mais abrangente e sistematizada (New life, 2024; Sherwood forest hospitals NHS foundation trust, 2025).

B (*Benefits*) – Benefícios de cada uma das opções propostas. O leite adaptado garante o aporte nutricional e a hidratação, previne hipoglicemia e mantém o funcionamento do sistema gastrointestinal, estimulando a maturação intestinal e prevenindo a atrofia da mucosa e enterocolite necrosante. A soroterapia garante o suporte hídrico, previne hipoglicemia e permite o repouso gástrico (que no caso não é necessário, uma vez que a recém-nascida não se encontra nauseada) (Instituto nacional de tecnologia e saúde, 2024; OMS, 2003).

R (*Risks*) – Riscos associados a cada escolha. O Leite adaptado interfere na maturação da microbiota intestinal, aumentando o risco de alergias e podendo comprometer a futura adesão à amamentação (na pega e produção de leite materno). A soroterapia exclusiva: implica parcial imobilização da recém-nascida, risco de não absorção suficiente de nutrientes, privação do estímulo de sucção e deglutição, paragem no funcionamento do sistema gastrointestinal, risco de atrofia da mucosa e enterocolite necrosante se paragem prolongada (Instituto nacional de tecnologia e saúde, 2024; OMS, 2003).

A (*Alternatives*) – Alternativas possíveis, como o recurso a leite materno extraído da própria mãe, administrado por copo ou seringa para evitar tetinas artificiais. As mães devem ser apoiadas e incentivadas a extrair o seu leite para continuar a estimular a produção de leite materno, priorizando o seu próprio leite (OMS & UNICEF, 2018). A administração de colostro é essencial para auxiliar o desenvolvimento imunológico da recém-nascida e, se em quantidade suficiente, como suporte nutricional (OMS, 2003). É rico em imunoglobulina A secretora (IgAs), lactoferrina, leucócitos e fatores de crescimento que protegem contra infeções gastrointestinais e respiratórias e favorecem a maturação da mucosa intestinal. A sua reduzida concentração de lactose e gordura facilita a digestão, sendo especialmente relevante em recém-nascidos com situação clínica vulnerável (Ballard & Morrow, 2013). Em situações em que a amamentação direta está suspensa, a extração manual ou com bomba é eficaz para manter a

produção láctea e garantir o fornecimento precoce de colostro (Pang *et al.*, 2017).

I (*Intuition*) – Considerar a percepção e sentimentos dos pais sobre o que acreditam ser melhor para a filha, respeitando as suas experiências prévias e contexto emocional. Face à vivência de um momento gerador de tensão emocional ao qual existe um significado dificultador associado, a EE-ESMO considerou adequado implementar uma intervenção terapêutica de enfermagem, o *debriefing* com a puérpera, para ajudá-la a resignificar o significado atribuído à experiência anterior de internamento e amamentação, que foi diferente da expectativa materna e integrar emocionalmente os acontecimentos atuais como base na nova experiência (potencial para resignificar significado dificultador atribuído a experiência de internamento e implicações na amamentação). Visou-se apoiar a estruturação do novo papel de mãe num ambiente de segurança e suporte. Neste caso, a EE-ESMO inicialmente validou a emoção expressa, mantendo uma escuta empática e de seguida recorreu a questões reflexivas para ajudar a Catarina a reconhecer os seus recursos próprios e compreender que, apesar das limitações momentâneas, está a contribuir dentro dos possíveis para o bem-estar da filha e para a manutenção da amamentação, promovendo a sua adaptação e reforçando a confiança no papel materno. A EE-ESMO tem como competência específica no puerpério a promoção do ajustamento emocional da mulher e a reformulação de significados, à luz da experiência vivida (OE, 2019a).

N (Nothing) – Avaliar a opção de não intervir de imediato, desde que a situação da recém-nascida permita, evitando intervenções desnecessárias. Uma vez que a recém-nascida tinha sido amamentada pelas 21:15 horas foi possível dar tempo ao casal para decidir até às 00:00 horas.

A utilização da metodologia *BRAIN*, associada a escuta empática, validação emocional e reformulação de significados, permitiu apoiar a Catarina e o Alex no processo de decisão e reduzir a tensão entre eles, promovendo uma escolha consciente e partilhada que respeite tanto as necessidades clínicas da recém-nascida como os valores e preferências familiares (New life, 2024; Sherwood forest hospitals NHS foundation trust, 2025).

A Catarina prontificou-se a aprender acerca da extração e armazenamento de colostro. Ambos os progenitores manifestaram disponibilidade para aprender e colaborar. O facto do Alex ter demonstrado interesse em aprender e participar no processo, alegrou a Catarina e constituiu como um momento de união do casal. Este revelou-se um momento oportuno, uma vez que conseguir ou não extrair colostro poderia auxiliar na decisão clínica em curso.

A EE-ESMO iniciou a intervenção consciencializando o casal acerca da quantidade de colostro nos primeiros dias de vida da recém-nascida, em conformidade com o diagnóstico de enfermagem “potencial para melhorar a consciencialização acerca da quantidade de colostro nos primeiros dias de vida da recém-nascida”. Foi explicado que a quantidade de colostro disponível é naturalmente reduzida, mas suficiente para satisfazer as necessidades fisiológicas de um recém-nascido de termo saudável quando extraído diretamente da mama. No entanto, nas extrações manuais ou com bomba extratora, é frequente, nas primeiras tentativas, ocorrer apenas estimulação sem extração visível de colostro, ou a extração de volumes muito diminutos, insuficientes para recém-nascidos com necessidades metabólicas aumentadas. Ainda assim, foi reforçada a importância de manter a estimulação mamária e de oferecer à Emília qualquer quantidade extraída, uma vez que traz benefícios comprovados (Mohrbacher, 2020). A Catarina e o Alex foram ensinados sobre recolha e armazenamento de colostro (diagnóstico de enfermagem: potencial para melhorar conhecimento sobre extração de colostro) e foram instruídos e treinados para a extração de colostro (diagnóstico de enfermagem: potencial para melhorar capacidade para extrair colostro). A Catarina foi instruída e treinada na técnica de extração manual para seringa e colher, bem como na extração com bomba elétrica; ao Alex foi ensinada apenas a técnica de extração manual, com o objetivo de colaborar com a Catarina e otimizar o processo. O casal optou pela extração manual diretamente para seringa, com posterior armazenamento devidamente identificado (nome, data, hora da extração e mama).

Determinou-se também a evolução da recuperação pós-parto da Catarina. Foi colocada a cabeceira da cama a 90° e avaliada a sua tolerância à posição, referindo leve sensação de lipotimia transitória que melhorou após 5 minutos nesta posição. Encontrava-se normotensa (tensão arterial: 110/62 mmHg), normocardica (frequência cardíaca: 78), com saturação de oxigénio de 99% a ar ambiente, mantendo palidez cutânea. Por dor perineal foi aplicado gelo local pelas 23:00 horas. Posteriormente, foi realizado um levante transitório e pelas 23:30 horas a Catarina urinou espontaneamente na casa de banho, acompanhada pela EE-ESMO. Com o objetivo de promover a autogestão da recuperação pós-parto (diagnóstico de enfermagem: potencial para melhorar conhecimento sobre autocuidado no pós-parto), foi ensinada sobre higiene perineal, lóquios, sinais de alerta para hemorragia, importância da hidratação e repouso e técnicas não farmacológicas de alívio da dor e desinflamação local: frio no períneo.

O Alex visitou a Emília, pelas 23:30 horas. Levou consigo os dois mililitros de colostro que a Catarina extraiu e regressou com informação sobre a estabilidade clínica da filha que se encontra na incubadora para aquecimento corporal, o que contribuiu para descansar emocionalmente a Catarina. O casal tomou a decisão partilhada de suplementar com leite artificial sem tetinas artificiais, após a administração do colostro extraído pela Catarina, reforçando o compromisso com a amamentação.

Durante o restante turno, a Catarina continuou a realizar levantes progressivos, deslocando-se acompanhada à casa de banho. Manteve a estimulação e extração de colostro de três em três horas, assegurando uma frequência de estimulação compatível com a periodicidade das mamadas. A técnica auxiliar do puerpério realizou o transporte seguro do colostro extraído até à neonatologia.

Após períodos de repouso noturno, a Catarina apresentou melhoria significativa do cansaço físico, mantendo parâmetros vitais estáveis. Pela manhã encontra-se verbalmente ativa e motivada para visitar a filha. Deslocou-se à

neonatologia na companhia do Alex para avaliar a possibilidade de iniciar a amamentação, mantendo-se otimista e confiante.

A passagem de turno é determinante para a continuidade de cuidados. A transmissão detalhada e estruturada da informação clínica, diagnósticos de enfermagem e intervenções realizadas permite à EE-ESMO seguinte dar seguimento aos planos de intervenção definidos, garantindo coerência, consistência e segurança na prestação de cuidados. Foi transmitido como um dos diagnósticos prioritários a manter intervenção: potencial para resignificar significado dificultador atribuído a experiência de internamento e implicações na amamentação.

Em síntese, o acompanhamento da Catarina, do Alex e da recém-nascida Emília evidenciou a importância da atuação sensível e fundamentada da EE-ESMO perante situações clínicas que implicam separação mãe/pai-filho. A intervenção centrada no apoio emocional, na promoção da amamentação e na facilitação da tomada de decisão partilhada permitiu reduzir a ansiedade parental e preservar a ligação afetiva. Esta experiência é exemplo de uma oportunidade que permitiu consolidar competências essenciais à prática especializada EE-ESMO.

4. CUIDAR DA MULHER COM GRAVIDEZ DE RISCO

“When we are no longer able to change a situation, we are challenged to change ourselves.”

Viktor Frankl

No estágio realizado no serviço de grávidas de risco foi possível acompanhar mulheres grávidas em situações desafiantes e respetivas pessoas significativas. É assegurada uma assistência centrada na segurança materno-fetal, adaptação à gravidez, adaptação à parentalidade e preparação para o parto. Procurei otimizar uma prática de cuidados especializados tendo por base as competências específicas do EE-ESMO e as competências comuns do enfermeiro especialista. Foi possível desenvolver e consolidar competências específicas tais como identificar e avaliar o bem-estar materno e fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados; informa e orientar sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez; conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez; informar e orientar sobre medidas de suporte para promover a autogestão dos efeitos colaterais da gravidez e cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante (OE, 2019a).

O Regulamento n.º 743/2019, referente à dotação de enfermeiros estabelece que nas unidades de internamento de medicina materno-fetal, deve existir um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica por cada três clientes com gravidez de alto risco e um enfermeiro especialista por cada seis clientes com gravidez de médio risco (OE, 2019b). A adoção destes rácios normativos permite uma vigilância em proximidade, contribuindo para a segurança clínica, deteção precoce de alterações maternas e fetais e implementação adequada e atempada de intervenções. No presente serviço toda a grávida internada fica sob responsabilidade de EE-ESMO, sendo

variável o rácio a ela atribuída, entre grávidas de risco e puérperas, uma vez que o serviço abrange ambas as valências.

Encontra-se descrito um caso clínico que ilustra o cuidado especializado em enfermagem de saúde materna e obstétrica no acompanhamento de uma mulher grávida, perante o risco de abortamento. Foi selecionado pela sua relevância no desenvolvimento de competências clínicas e reflexivas. Traduz uma complexidade de acompanhamento, que exige não só trabalhar o processo corporal, mas sim integrar a dimensão comportamental e emocional no cuidado.

4.1. Vivência desafiante de uma adaptação à gravidez com complicações

A Bruna¹⁰ encontrava-se na sétima semana de gestação (7 semanas e 3 dias). Tratava-se de uma segunda gestação, com antecedentes de um abortamento espontâneo no segundo trimestre. À data, era seguida por suspeita de défice de fator von Willebrand, condição que pode estar associada a risco aumentado de complicações hemorrágicas e abortamento.

A doença de von Willebrand é uma coagulopatia congénita autossómica, caracterizada por défice quantitativo ou qualitativo do fator von Willebrand, proteína essencial para a adesão, agregação plaquetária e estabilização do fator VIII da coagulação (ACOG, 2013). É considerada a doença da coagulação mais frequente a nível mundial (1 a 2% da população), com uma prevalência de 1% em Portugal (Associação Portuguesa de Hemofilia e outras Coagulopatias Congénitas [APH], 2024). Nas mulheres grávidas, esta condição pode aumentar o risco de abortamento, hemorragia intraparto ou pós-parto, dependendo da gravidade da doença, tipo um, dois ou três. A Bruna apresentava o tipo dois da

¹⁰ Nome fictício atribuído para salvaguardar a identidade da grávida

patologia, o que significa que embora o fator VIII da coagulação aumente com o estado gravídico, permanece abaixo dos níveis normativos, o que pode fazer prevalecer algum risco de abortamento, embora a evidência suporte que o maior risco para a mulher ocorre no parto e pós-parto, onde o fator VIII da coagulação reduz exponencialmente (Sladič *et al.*, 2022; Soleimani *et al.*, 2025)

Aquando da avaliação inicial na urgência, foi detetada uma ameaça de abortamento. Identificou-se um descolamento placentar menor, sem líquido livre, com feto viável e batimentos cardíacos presentes. A grávida apresentava perda hemática de cor vermelho-vivo, em pequena quantidade. Ao exame ginecológico, o colo encontrava-se posterior, íntegro e fechado.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), a morte fetal corresponde à morte fetal antes da sua expulsão completa do organismo materno, independentemente da idade gestacional. No entanto, para fins de vigilância e comparação internacional, considera-se habitualmente como morte fetal o óbito que ocorre a partir das 22 semanas completas de gestação ou com peso fetal igual ou superior a 500 g, antes de atingida a viabilidade fetal. Em Portugal, a referência às 24 semanas surge no enquadramento legal da interrupção voluntária da gravidez em situações de anomalia ou doença grave do feto. Ainda, o abortamento espontâneo, aqui referido, é definido como a perda gestacional antes das 22 semanas, representa a complicação obstétrica mais frequente, ocorrendo em cerca de 15% das gravidezes reconhecidas. Após um primeiro abortamento espontâneo, o risco de recorrência é ligeiramente superior em comparação com mulheres sem esse antecedente, embora a maioria das gestações subsequentes evolua de forma normal (La *et al.*, 2021; Quenby *et al.*, 2021).

A Bruna foi internada no serviço de grávidas de risco para vigilância clínica e controlo algico, por referir uma dor intensa que descreve como “*incontrolável em casa*”. Estava medicada com 200 miligramas de progesterona, via oral, duas vezes ao dia. A Bruna referiu que esta é uma gravidez muito desejada e expressou, em lágrimas o receio de voltar a perder o bebé, tal como acontecera anteriormente. Apesar de não ter indicação para cumprir restrição de

movimentos, a grávida demonstrou preocupação constante em mover-se o mínimo possível e pediu para utilizar a cadeira sanitária dentro do quarto, evitando deslocações, referindo que quando se movimenta “*perde mais sangue*”.

Para além do risco clínico de abortamento espontâneo, emerge uma dimensão psicológica marcante, a experiência de perda gestacional constitui um evento crítico, muitas vezes acompanhado por ansiedade, sintomatologia depressiva (10 a 15%) e, podendo resultar, em luto perinatal complicado (Rich, 2018). Uma mulher que viveu uma perda gestacional anterior tem maior probabilidade de ter sintomas depressivos ou ansiedade excessiva numa gestação seguinte (Chojenta *et al.*, 2014). Num estudo realizado por Chojenta e colaboradores (2014) cerca de 45,5% das mulheres que viveram uma perda gestacional anterior referiram pelo menos um sintoma dos descritos anteriormente na gravidez seguinte, das quais: 26,4% das mulheres relataram ansiedade, 25% referiu stresse, 20,2% referiu tristeza ou menor alegria. No caso da Bruna, a vivência anterior está muito presente, condicionando a percepção da dor atual e fortalecendo o receio de reviver a experiência da perda. A ansiedade manifesta-se também através da hipervigilância em relação ao corpo e aos sinais de sangramento/dor, da dificuldade em gerir a sintomatologia dolorosa e da tendência para associar cada desconforto à iminência de abortamento, verbalizando o medo de perder o seu bebé.

O marido da Bruna e pai do feto apenas visitava à noite pelo que a EE-ESMO não teve oportunidade de contactar com o mesmo durante o turno.

A ligação mãe-pai-filho impacta no modo como se vive a gravidez. Quanto maior ligação mãe-pai-filho, mais intensa poderá ser a ansiedade após a perda (Rich, 2018). A Bruna refere-se ao feto como “*meu bebé*” e “*filho*” e refere grande carinho por ele, ajustando a sua vida sob o receio de o perder, demonstrando ligação mãe-filho efetiva (diagnóstico de enfermagem). Este dado ganha relevo perante o diagnóstico médico de ameaça de abortamento, a EE-ESMO deve permanecer atenta ao impacto que tem sob a saúde mental da Bruna.

Do ponto de vista da saúde mental perinatal são fundamentais a validação emocional e a criação de um espaço seguro de partilha. As mulheres

que percecionam apoio emocional empático por parte dos profissionais de saúde apresentam menor risco de desenvolver sintomas de depressão e ansiedade excessiva após perdas gestacionais ou em situações de gravidez de risco (Rich, 2018).

Na primeira interação com a Bruna a EE-ESMO apresentou-se e procurou oferecer suporte emocional e disponibilizar um espaço seguro para exprimir as suas emoções e abordar quaisquer questões que desejasse partilhar. Ao questionar abertamente como se sente, a Bruna referiu: *“Enfermeira Joana, sinto-me cansada e tenho muito medo de perder o meu filho. Tenho uma dor forte que aparece às vezes e sei que é uma dor que significa que posso estar a perder o meu bebé e eu não o quero perder. Pode dar-me mais medicação para a dor, por favor?”*. Ao explorar a dor da Bruna compreendeu-se que se tratava de uma dor aguda, tipo cólica que vai e vem, localizada na região infra-abdominal e que irradiava para a lombar. Quando a dor surgia a Bruna adotava posição fetal ficando imóvel nesses segundos. Após o pico doloroso, retomava a interação de forma natural, referindo posteriormente uma dor residual, tipo moedeira, de intensidade ligeira. A EE-ESMO validou as emoções e sensações da Bruna e propôs a administração de um fármaco prescrito em SOS e uma estratégia não farmacológica (calor), para gerir a dor. A grávida apresentava o diagnóstico de enfermagem – dor, tendo sido definidos os objetivos: determinar a evolução da dor (intervenção: avaliar evolução da dor) e diminuir a dor (intervenções: gerir analgesia e executar técnica não farmacológica de controlo da dor). A EE-ESMO trouxe dois lençóis aquecidos, que dispôs nas regiões onde a Bruna referia dor, o que proporcionou alívio e conforto imediatos. Tendo já sido administrado paracetamol às 14:00 horas, procedeu-se à administração de diclofenac, via intramuscular, às 16:00 horas, assegurando a monitorização subsequente da intensidade da dor e de possíveis efeitos adversos. Posteriormente, a Bruna verbalizou: *“Senti-me muito bem com o calor e foi essencial, enquanto o medicamento não fez efeito. Deu-me conforto e aliviou da dor. Obrigada.”*. Pelas 16:30 horas referiu que se mantinham episódios de dor tipo cólica, mas com menor intensidade, conseguindo interagir durante os mesmos.

Estas intervenções tiveram como objetivo indireto: melhorar a disponibilidade da Bruna para falar com a EE-ESMO. Aproveitou-se o facto da Bruna reconhecer a eficácia das estratégias não farmacológicas para avaliar o seu interesse e disponibilidade para aprender. Foi identificado o diagnóstico: potencial para melhorar a capacidade de lidar com a dor e as intervenções: instruir e treinar estratégias não farmacológicas de alívio da dor e avaliar capacidade da Bruna para lidar com a dor.

A EE-ESMO explorou com a Bruna a estratégia de aplicação de calor, capacitando-a para recorrer autonomamente a esta técnica sempre que surgisse dor, e em associação à terapêutica farmacológica. Propôs-lhe que trouxesse uma almofada térmica (indisponível no serviço) para utilizar com água quente, permitindo-lhe autonomizar a aplicação da técnica. A Bruna aderiu à proposta e contactou o marido, solicitando que lhe trouxesse o material quando viesse visitá-la ao final do dia. A utilização de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor em contexto obstétrico, nomeadamente a aplicação de calor local, encontra suporte fisiológico de relevo. O calor promove vasodilatação periférica, aumenta a circulação sanguínea e o aporte de oxigénio aos tecidos, facilitando o relaxamento da musculatura uterina e abdominal. Para além disso, estimula os recetores térmicos cutâneos, que competem com os estímulos nociceptivos na medula espinhal, contribuindo para a modulação da percepção dolorosa (teoria do *gatecontrol*). Estas ações explicam o efeito analgésico e o aumento da sensação de conforto relatados pelas grávidas (Guyton & Hall., 2021).

Níveis mais elevados de autoeficácia para lidar com a dor estão associados a uma percepção de maior controlo, menor ansiedade e melhor capacidade para enfrentar a experiência dolorosa. Bandura (1997) define autoeficácia como a crença do indivíduo na sua capacidade de organizar e executar as ações necessárias para alcançar determinados resultados.

A literatura sobre perdas gestacionais prévias mostra que para além da ansiedade ser comum em gravidezes subsequentes, está associada a maior hipervigilância sobre os sintomas físicos (Quenby *et al.*, 2021). A EE-ESMO questiona: *“O que costuma fazer no seu dia a dia que a ajuda a se sentir mais*

tranquila ou distraída?”. A Bruna respondeu, em tom abatido: *“Gosto de ver séries... É o que tenho feito aqui... Mas agora não tenho vontade, só penso no meu bebé e sinto-me ansiosa.”*. A Bruna verbalizava ansiedade, manifestando inquietação e tristeza, sem sinais de humor depressivo, irritabilidade ou pânico.

Foi identificado o diagnóstico de enfermagem “ansiedade”, definindo-se os seguintes objetivos: determinar a evolução da ansiedade (intervenção: avaliar evolução da ansiedade) e diminuir a ansiedade (intervenções: assistir a cliente a identificar estratégias de autocontrolo da ansiedade eficazes consigo e assistir no treino de autocontrolo da ansiedade).

A EE-ESMO validou a dificuldade da grávida em abstrair-se da preocupação: *“É natural que esteja focada na sua gravidez, só demonstra o quanto gosta do seu bebé. Ainda assim, retomar pequenas rotinas que lhe dão prazer pode ajudá-la a sentir-se melhor e até a descansar. O que lhe parece pensarmos em algumas opções?”*. A Bruna acenou afirmativamente e, após um breve silêncio, disse: *“Talvez consiga ouvir música... às vezes ajuda-me a acalmar.”*. A EE-ESMO responde: *“Ótima ideia! A música pode ser uma estratégia poderosa para relaxar. Pode preparar uma playlist com as músicas que mais gosta e ouvi-la quando sentir que a ansiedade está a aparecer ou quando sentir dor.”*. A Bruna comprometeu-se a fazê-lo, demonstrando adesão à intervenção e predisposição para utilizar estratégias de autocontrolo da ansiedade.

Segundo a revisão sistemática conduzida por Shafqat e colaboradores (2024), que analisou o impacto da música, de diferentes estilos, na ansiedade durante a gravidez, a escuta musical revelou-se eficaz na redução da ansiedade e da dor, bem como na melhoria da satisfação materna. O efeito calmante da música contribui para a redução dos níveis de cortisol e a ativação do sistema nervoso parassimpático, reduzindo a ansiedade e a perceção de dor (Shafqat et al., 2024).

Foi proposta uma estratégia de relaxamento, à qual a Bruna reagiu com curiosidade e disponibilidade para aprender. Identificou-se o diagnóstico de enfermagem “potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias de

autocontrolo da ansiedade”, definindo-se as intervenções: instruir e treinar estratégias de relaxamento e avaliar a evolução da capacidade para utilizar estratégias de autocontrolo da ansiedade.

A EE-ESMO introduziu a intervenção, explicando: *“Outra forma de aliviar a tensão é através da respiração. Em muitas pessoas, funciona. Quer experimentar?”*. A Bruna respondeu: *“Sim, gostava de aprender, pode ser que me ajude.”*. A EE-ESMO instruiu a técnica de respiração diafragmática, incentivando a grávida a repetir de seguida: *“Inspire pelo nariz, como se estivesse a cheirar uma flor, levando o ar até à barriga ... segure um instante... e expire devagar pela boca, como se estivesse a soprar uma vela sem a apagar. Vamos agora repetir juntas três vezes.”*. Após os ciclos respiratórios, a Bruna referiu sentir-se mais leve e relaxada, expressando agradecimento à EE-ESMO por a ter ajudado a aliviar a tensão e a ansiedade. Ao envolver a Bruna no processo de controlo da ansiedade reforçou-se a ideia de que existem recursos internos e estratégias acessíveis para gerir situações de desconforto e incerteza, promovendo a sua autoeficácia e reduzindo o ciclo ansiedade–dor.

A revisão sistemática de literatura realizada por Fink (2012) analisou o efeito das técnicas de relaxamento durante a gravidez. As estratégias de relaxamento melhoram os parâmetros cardiovasculares das mulheres (reduzem a incidência de hipertensão gestacional), reduzem os níveis de cortisol e aumentam os de serotonina (melhoram os desfechos obstétricos controlados pela modulação materno-placentária e pela redução do efeito vasoconstritor placentário provocado pelo cortisol), reduzem os níveis de ansiedade e stresse, o aumentam a variabilidade e reduzem ligeiramente a frequência cardíaca fetal, o que sugere bons achados. Especificamente, no que se refere ao fluxo sanguíneo placentário, foi necessário apenas um momento de relaxamento para verem otimizada a circulação uteroplacentária. Todas estas conclusões sustentam a importância da Bruna realizar exercícios de relaxamento (Fink, 2012). A respiração diafragmática reduz a ativação do sistema nervoso simpático, melhora a oxigenação e promove uma sensação de calma, contribuindo para o controlo da dor e da ansiedade. Wilhelm e colaboradores (2015) concluíram que de entre as três técnicas analisadas (relaxamento

progressivo, relaxamento passivo e respiração diafragmática), a respiração diafragmática foi a que obteve melhores resultados para a diminuição da ansiedade.

Pelas 18:30 horas a Bruna chamou a EE-ESMO, por estar com perda de sangue escassa, de cor vermelho-vivo, que observou no papel ao limpar-se após micção. Acrescentou que a dor por cólica tinha cessado e afirmou: *“Tem-me acontecido isto, enfermeira, primeiro vem as cólicas e depois fico com uma perda de sangue. Isto sou eu a perder o meu bebé?”*.

Tornou-se evidente a ligação mental estabelecida pela Bruna entre a dor e a perda hemática e o desfecho de abortamento inevitável, associação que intensificava o estado de ansiedade. Perante esta situação, a EE-ESMO interveio validando os sentimentos da grávida e promovendo a consciencialização sobre o que estava, ou não, sob o seu controlo.

A EE-ESMO respondeu: *“Compreendo o que diz Bruna. É verdade que estas perdas de sangue e a dor podem indicar risco, por isso está internada e a ser vigiada de perto. Diga-me: consegue controlar se a dor aparece ou perde sangue?”*. A grávida, em silêncio por alguns segundos, respondeu: *“Não... isso não depende de mim”*. A EE-ESMO reforçou: *“Tem razão, a evolução da gravidez não depende só de si. Sentir dor e ter perda de sangue não depende de si. Mas diga-me, quando aplicamos calor, há pouco, o que aconteceu consigo?”*. A Bruna refletiu e respondeu: *“Consegui aliviar a dor e também me acalmei com a estratégia de relaxamento. E como o meu bebé está ligado a mim e sente o que eu sinto assim também o ajudei”*. A EE-ESMO prosseguiu: *“Sim ele está ligado a si. Quando fez a técnica de respiração, o que sentiu?”*. A grávida respondeu: *“Senti-me mais leve, menos ansiosa.”*. Nova questão da EE-ESMO: *“Haverá coisas que não controla e outras que controla?”*. A Bruna retorquiu: *“Realmente, nunca tinha pensado nisto dessa forma. Mas houve momentos em que consegui mudar como me sentia, embora não controlo quando tenho dor nem quando perco sangue.”*. A enfermeira prosseguiu: *“Concordo consigo, vi a Bruna a gerir muito bem a sua dor. O calor, a respiração e a música são recursos que estão nas suas mãos. Tal como não podemos parar a chuva, mas podemos*

abrir o guarda-chuva para não nos molharmos, também aqui há coisas que não pode impedir, mas pode escolher usar estas estratégias para se proteger e sentir-se melhor. Faz-lhe sentido?”. A Bruna acenou afirmativamente, evidenciando compreensão e aceitação da mensagem.

Este diálogo constituiu uma experiência indutora de consciencialização, enquadrada no diagnóstico de enfermagem potencial para melhorar a consciencialização acerca do que controla e não controla perante o risco de abortamento, com os objetivos de promover consciencialização.

Segundo Meleis e colaboradores (2000), a consciencialização é uma das propriedades centrais da transição, pois permite ao indivíduo reconhecer a mudança em curso e compreender que está a vivenciar uma transição. Quando a consciencialização é elevada, facilita a adaptação, na medida em que ajuda a mulher a mobilizar recursos internos e externos de modo mais eficaz. O propósito é permitir à Bruna distinguir entre o que pode ou não controlar e, a partir daí, mobilizar recursos internos e externos de forma mais eficaz para promover uma adaptação mais saudável à experiência de transição.

Ao longo do turno as intervenções da EE-ESMO centraram-se no processo corporal e de transição da Bruna perante o momento desafiante que está a viver. Foram mobilizados conhecimentos e habilidades no sentido de avaliar o bem-estar materno pelos meios clínicos apropriados; informar e orientar sobre medidas de suporte para lidar com a dor; conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com gravidez com patologia associada (OE, 2019a). Suportando cada decisão clínica com evidência científica (OE, 2019b).

A EE-ESMO assegurou a transmissão da informação à EE-ESMO que veio assumir cuidados no turno seguinte, pelas 20:00 horas. A passagem de turno é essencial para garantir a continuidade de cuidados, evitando ruturas na resposta às necessidades da grávida, mantendo uma consistência nas intervenções e permitindo que todas as intervenções implementadas sejam reforçadas e monitorizadas de forma continuada, realizando ajustes ao plano de cuidados, sempre que necessário. Assim, a abordagem integrada e continuada visa sustentar a transição inerente à gravidez de risco, promovendo uma

experiência de cuidado de qualidade centrada na mulher. De acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista, deve-se avaliar o processo e os resultados para a tomada de decisão, como tal a EE-ESMO que passa o turno deve partilhar os resultados dos processos de tomada de decisão, cabendo à EE-ESMO que o recebe aferir os resultados das tomadas de decisão e ponderar acerca da mesma (OE, 2019b).

Em suma, o acompanhamento especializado por EE-ESMO centrou-se na segurança materna, no controlo da dor e na redução da ansiedade, promovendo a consciencialização, perceção de autoeficácia da Bruna e a continuidade de cuidados, de acordo com as competências da EE-ESMO e a melhor evidência disponível.

5. CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

“Learning is the process whereby knowledge is created through the transformation of experience.”

David A. Kolb

É com um sentimento de realização pessoal e profissional que se partilha a vivência e explana o desenvolvimento de competências adquiridas ao longo deste percurso de MESMO, de dois anos.

No primeiro ano de mestrado consolidaram-se conhecimentos teórico-práticos em ambiente escolar com a melhor fundamentação científica atualizada que sustentam a prática especializada. Foi um ano de descoberta, no qual se compreendeu o impacto do mandato social das EE-ESMO, não só como profissionais de saúde especializadas, mas também como agentes de mudança que advogam as mulheres nos seus direitos e contribuem para uma sociedade mais consciente e respeitadora. O modo como é lecionado o curso na ESEP é tido como inovador. Aprofundaram-se áreas determinantes da enfermagem de saúde materna e obstétrica, estratégias comunicacionais, pensamento crítico e reflexão ética. Todo este conhecimento foi transmitido com uma visão confiante e inspiradora sobre a fisiologia do trabalho de parto e empoderamento da mulher, sólida em conhecimento científico atualizado. Este percurso formativo criou uma transformação pessoal notória. Tomou-se consciência de que, com responsabilidade e conhecimento especializado, se poderia empoderar as mulheres a viver uma gravidez de baixo risco de forma segura e confiante, bem como constituir uma mais-valia no acompanhamento das situações de maior complexidade e risco.

Foi, no entanto, apenas no segundo ano de mestrado, com a vivência dos diferentes estágios que se percecionou plenamente o significado de ser EE-ESMO. A passagem para o contexto de prática clínica constituiu um momento

transformador de operacionalização dos conhecimentos adquiridos, perante os desafios diários da prática clínica, como as rotinas e tradições enraizadas nos serviços. Considera-se que, por um lado os estágios permitiram consolidar aprendizagens profissionais sólidas coerentes com o conhecimento recebido no primeiro ano e, por outro lado, refletir criticamente sobre pontos de melhoria da prática clínica.

O ambiente hospitalar com que se privou em estágio comprova diariamente a possibilidade de executar cuidados de qualidade alinhados com os desejos expressos pela mulher e com o respeito pela sua filosofia de vida. Trata-se de um hospital no Norte de Portugal que atende essencialmente mulheres de baixo risco e que tem vindo a afirmar-se a nível nacional pela sua visão inovadora e respeitadora do processo fisiológico do trabalho de parto. De entre as práticas, salienta-se a promoção da liberdade de movimentos, o respeito pelos desejos expressos pela mulher no seu plano de parto, a assistência ao período expulsivo na posição que a mulher desejar, intervenções inovadoras de *spinning babies*, a oportunidade à mulher de lidar com a fase ativa com recurso a estratégias não farmacológicas e a reduzida percentagem de episiotomias nos partos eutócicos (realizados por EE-ESMO) em 2024, correspondendo de 0,15%, num universo global de 3,4% de episiotomias nos partos vaginais. Mesmo existindo pontos a ser otimizados como o cumprimento a 100% da *golden hour* da amamentação e contacto pele com pele mãe/recém-nascido em vez da urgência em monitorizar dados antropométricos, a prática realizada por esta instituição é já um caminho de inovação, que serve de exemplo.

No bloco de partos, a experiência demonstrou a importância do respeito pelo plano de parto e do empoderamento da grávida, através da utilização de estratégias não farmacológicas como descrito no caso da Sandra em que se recorre ao calor, massagem e técnicas de rebozo, nas quais a pessoa significativa teve participação ativa. A participação ativa da pessoa significativa foi integrada na prática clínica, em consonância com os conhecimentos adquiridos ao longo da formação teórica, validados por bibliografia que o sustenta. No período de estágio no bloco de partos, presenciou-se um razoável número de mulheres submetidas a indução farmacológica, pelo que aumentou o

interesse pela área de indução não farmacológica do trabalho de parto, autónoma das EE-ESMO, pelo que foi uma área em que se investiu tempo. Aprofundaram-se estratégias para facilitar a progressão do trabalho de parto equacionando o risco benefício de cada intervenção e sempre em parceria de cuidados com a grávida, promoveu-se a vinculação, ajustou-se a aplicação de analgesia epidural com estratégias não farmacológicas de promoção da progressão do trabalho de parto, avaliou-se o bem-estar fetal e prestou-se apoio emocional ajustado, como se pode visualizar no caso clínico da Tânia. Ainda, surgiram várias reflexões críticas, de entre as quais o respeito pela autonomia e plano de parto, intervenções não farmacológicas de controlo da dor, risco-benefício da avaliação contínua ou intermitente do bem-estar fetal, participação de pessoas significativas e rotinas hospitalares enraizadas. Todo este conhecimento permitiu aprofundar as competências de promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Diagnosticaram-se e preveniram-se precocemente complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido ao identificar e monitorizar desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, como o edema do colo uterino, ajustando as intervenções e referenciando as situações que estavam para além da área de atuação (OE, 2019a).

No puerpério, consolidaram-se competências essenciais de promoção da saúde da mulher e recém-nascido e deteção precoce/prevenção de complicações para a saúde da mulher e recém-nascido. A prática desenvolvida permitiu aplicar competências no apoio à amamentação, adaptação à parentalidade, adaptação ao processo de recuperação do pós-parto, sexualidade no pós-parto, saúde mental perinatal, sinais e sintomas de normativos e de alarme do recém-nascido. O caso da Catarina, do Alex e da recém-nascida Emília, é um exemplo do papel central da EE-ESMO na transição parental e no apoio à amamentação. A reflexão crítica incidiu sobre situações desafiantes, como a separação mãe-bebé, que colocam em confronto rotinas institucionais e a evidência científica, exigindo que a EE-ESMO seja mediadora de decisões centradas na dignidade e autonomia da mulher. A metodologia BRAIN foi utilizada para apoiar a decisão, permitindo que a família participasse

ativamente no processo de decisão, em consonância com a sua filosofia e expectativas.

No atendimento a grávidas de risco, evidenciou-se a necessidade de integrar a vigilância clínica rigorosa com suporte emocional, valorizando simultaneamente a dimensão fisiológica e psicológica da experiência. Foram aprofundadas competências específicas de promoção da saúde durante o período pré-natal e em situação de abortamento, diagnóstico e prevenção precoce de complicações e providenciar cuidados que facilitem a adaptação da mulher em consonância (OE, 2019a).

Observou-se a tendência em priorizar os cuidados físicos à dimensão mental, esquecendo que a mesma é parte integrante da experiência reprodutiva e que ambas são indissociáveis e igualmente determinantes para o bem-estar da mulher. Assim, em períodos de eleição para intervir no processo de transição (puerpério, gravidez de risco e alguns momentos no bloco de partos), otimizou-se a prática comunicacional como EE-ESMO. Interveio-se na redefinição de significados dificultadores, consciencialização sobre temáticas desafiantes e potencialização de conhecimentos e capacidades, recorrendo às estratégias comunicacionais aprendidas no treino de consulta na formação teórica. Outro denominador comum dos cuidados foi a atenção constante à ligação mãe/pai-filho. Neste sentido, foram concebidas, planeadas e implementadas intervenções de promoção da ligação mãe/pai-filho (OE, 2019a).

Em consonância com o Regulamento n.º 140/2019, que define as competências comuns do enfermeiro especialista, a autora orientou a sua intervenção pelo compromisso de assegurar um ambiente terapêutico com respeito pelos direitos humanos, privacidade, segurança e dignidade, mobilizando conhecimentos e habilidades sustentadas na avaliação sistemática das melhores práticas e preferências da pessoa cuidada. (OE, 2019b). Este enquadramento regulamentar estabelece que o enfermeiro especialista exerce uma prática segura, profissional e ética, sustentado em princípios ético-deontológicos.

A autora pautou a sua prática pela salvaguarda dos valores universais que devem orientar a relação profissional. A igualdade, a liberdade com responsabilidade, a verdade, a justiça, o altruísmo e a solidariedade constituíram referências permanentes no relacionamento com a mulher e família. Estes valores, aliados ao dever de competência e de aperfeiçoamento contínuo, traduzem o compromisso efetivo com o cuidado especializado.

A investigação qualitativa realizada contribuiu para desenvolver competências no âmbito de cuidar a mulher durante o trabalho de parto, através da análise de conteúdo e reflexão sobre os resultados obtidos (OE, 2019a). Permitiu trabalhar as competências comuns na gestão dos cuidados, desenvolvimento de aprendizagens profissionais e melhoria contínua da qualidade (OE, 2019b).

O percurso foi acompanhado de forma próxima e rigorosa pelas tutoras e professoras EE-ESMO. As mesmas contribuíram determinantemente para a consolidação de aprendizagens. Com a sua supervisão validaram-se os procedimentos realizados, refletiu-se criticamente e fundamentou-se de cada decisão em evidência científica. O feedback recebido, ora corretivo, ora encorajador, foi essencial para a construção de uma identidade profissional mais autónoma e segura. Este acompanhamento assegurou o cumprimento e certificação do número mínimo de experiências, mas mais do que isso, promoveu um crescimento sustentado na responsabilidade ética e na qualidade da prática.

Em respeito pelo disposto na Lei n.º 9/2009, de 4 de março foi cumprido e, devidamente documentado, o número de experiências clínicas exigidas para a obtenção do título profissional de EE-ESMO. Neste enquadramento, a autora realizou consultas a grávidas incluindo 134 exames pré-natais e assistência a 76 grávidas de risco, assistiu intraparto 73 parturientes, realizou 43 partos eutócicos (17 dos quais com períneo íntegro), corrigiu 15 lacerações, colaborou em 7 partos distócicos por ventosa, realizou 2 simulações de parto pélvico, prestou cuidados no pós-parto a 108 puérperas (40 das quais de risco) e 119 recém-nascidos (44 dos quais com necessidades especiais).

Em jeito de síntese, este percurso representou uma transformação profunda com a consolidação da identidade profissional como EE-ESMO. A integração da teoria na prática, a vivência dos dilemas ético-deontológicos, o feedback das tutoras e professoras e as reflexões críticas da prática clínica permitiram desenvolver competências essenciais. Cresceu a confiança, a autonomia e a resiliência, juntamente com a consciência do mandato social único da EE-ESMO. O caminho realizado no MESMO ultrapassou o mero cumprimento de requisitos legais ou regulamentares, trazendo coerência ao percurso de vida pessoal e profissional da autora.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Terminado este percurso, cabe dizer que este mestrado foi a peça chave para a autora encontrar o caminho que ansiava em termos pessoais e profissionais. Foi um processo desafiante de crescimento intelectual e desenvolvimento de competências.

A autora caracteriza-se como alguém com um perfil de atenção e reflexão perante o que a rodeia e tem em si uma crença inabalável de que o respeito pela individualidade e fisiologia humana têm de ser a base para os cuidados de saúde materna e obstétrica. Num serviço nacional de saúde que continua centrado na patologia e intervenções no âmbito do curar, padronizando os cuidados que deveriam ser individualizados, por rácios desajustados ou condutas simplistas; a visão fisiológica e individualizada da EE-ESMO é cada vez mais essencial para a mulher. Deixa-se a ressalva de que esta visão se insere num olhar reflexivo, não se tratando de uma crítica direta ao sistema, mas de uma sugestão coincidente com a consciência profissional construída ao longo do processo.

No decurso dos estágios aquilo que, de mais profundo, ficou foram as reflexões acerca da melhor conduta enquanto EE-ESMO, por forma a atingir a qualidade máxima dos cuidados. Como tal, procurou-se que o relatório espelhasse este modo de viver na procura da utopia dos cuidados individualizados. Pelo que, para além de registar o processo de conceção de cuidados patente a cada caso clínico e o pensamento a ele implícito, integraram-se reflexões críticas baseadas em evidência com tópicos que surgiram ao longo da prática clínica.

O ambiente de cuidados alinhados com o empoderamento da mulher e respeito pela fisiologia, fez a autora refletir acerca da importância em teorizar acerca da individualização da prática clínica. Embora esta individualização seja empiricamente realizada pelas EE-ESMO, carece de maior

sistematização e fundamentação científica que lhe confirmam visibilidade e reforcem a sua aplicabilidade na prática clínica especializada. Assim, iniciou-se um caminho de investigação acerca dos perfis das mulheres em trabalho de parto, ao qual se pretende dar continuidade em sede de doutoramento. Acredita-se que esta investigação pode servir de meio para otimizar práticas, valorizar e dar visibilidade ao trabalho das EE-ESMO.

A partir dos casos clínicos apresentados foi possível aprofundar a conceção, implementação e gestão dos cuidados, construindo processos de enfermagem assentes em diagnósticos e intervenções especializadas, ajustadas às necessidades de cuidados de cada cliente e perante as suas características subjetivas. A todo o momento se demonstra a mobilização efetiva de evidência científica para apoiar a tomada de decisão clínica, assente na responsabilidade profissional, ética e legal. A EE-ESMO trabalha em equipa multidisciplinar e, nas descrições relatadas é apresentada uma visão complementar do cuidado quer seja com outros EE-ESMO, médicos ou EE-ESIP.

Em suma, o mestrado foi veículo para aquisição de competências imprescindíveis para a prática clínica, enquanto EE-ESMO e, acredita-se que, este relatório contribuiu de forma útil para a valorização da prática especializada e para a continuidade de um caminho de melhoria da qualidade de cuidados.

Termina-se o presente relatório como a mesma emoção que lhe deu início, reiterando a felicidade e realização da autora por se encontrar a construir o seu caminho profissional, aquele que lhe traz realização e felicidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfirevic, Z., Devane, D., & Gyte, G. (2008). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. In The Cochrane Library (Vol. 19, Issue 3). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16856111/>

American Academy of Pediatrics (AAP) (2021). Textbook of neonatal resuscitation (8th ed.). American Academy of Pediatrics.

American Academy of Pediatrics, (AAP) & American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2012). Guidelines on Basic Newborn Resuscitation. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e348f5c5-6841-409f-8b13-cf58e4da03e0/content>

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), & Society for Maternal-Fetal Medicine. (2014). Obstetric care consensus: Safe prevention of the primary cesarian belivery. *Obstetrics & Gynecology*, 123(3), 693–711. <https://doi.org/10.1177/004947550303300301>

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2010). Management of Intrapartum Fetal Heart Rate Tracings. *Obstetrics & Gynecology*, 116(5), 1232–1240.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2013). Von Willebrand disease in women. Committee Opinion No. 580. *Obstetrics & Gynecology*, 122(6), 1368–1373. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000438961.38979.19>

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2019). Approaches to limit intervention during labor and birth. Committee Opinion No. 766. *Obstetrics & Gynecology*, 133(2), e164–e173. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003074> INTEGRAR PORQUE É ESSENCIAL

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020a). Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Prelabor Rupture of Membranes. *Green Journal*, 135(3). <http://journals.lww.com/greenjournal>

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020b). Delayed umbilical cord clamping after birth: Committee opinion. *Obstetrics & Gynecology*, 136(6), 100–106. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/12/delayed-umbilical-cord-clamping-after-birth>

Anim-Somuah, M., Smyth, R. M. D., Cyna, A. M., & Cuthbert, A. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4>

Apgar, V. (2015). A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Anesthesia and Analgesia*, 120(5), 1056–1059. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e31829bdc5c>

Areia, A. L., Nogueira-Silva, C., Serrano, F., Mairos, J., Guimarães, M., & Clode, N. (2019). *Normas de orientação clínica: Anemia na gravidez e no puerpério*. Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. <https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2019/07/Norma-Anemia-na-Gravidez-e-no-Puerpe%CC%81rio.pdf>

Associação Portuguesa de Hemofilia e outras Coagulopatias Congénitas (APH). (2024). Dossiê de campanha sobre coagulopatias. Disponível em https://coagulopatias.aphemofilia.pt/wp-content/uploads/2024/09/Dossie_Campanha_Coagulopatias_2024-003.pdf

Ballard, O., & Morrow, A. L. (2013). Human milk composition: Nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), 49–74. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.10.002>

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://educational-innovation.sydney.edu.au/news/pdfs/Bandura%201977.pdf>

Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Birgisdottir, B. T., Andersson, T., Hulthén Varli, I., Saltvedt, S., Lu, K., Abtahi, F., Åden, U., & Holzmann, M. (2025). Changes in short-term variation of antenatal cardiotocography to identify intraamniotic infection: a historical cohort study. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 38(1). <https://doi.org/10.1080/14767058.2024.2434059>

Borrelli, S. E., Walsh, D., & Spiby, H. (2018). First-time mothers' expectations of the unknown territory of childbirth: Uncertainties, coping strategies and 'going with the flow'. *Midwifery*, 63, 39–45. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.022>

Brimdyr, K., Stevens, J., Svensson, K., Blair, A., Turner-Maffei, C., Grady, J., Bastarache, L., Alf, A. Al, Crenshaw, J. T., Giugliani, E. R. J., Ewald, U., Haider, R., Jonas, W., Kagawa, M., Lilliesköld, S., Maastrup, R., Sinclair, R., Swift, E., Takahashi, Y., & Cadwell, K. (2023). Skin-to-skin contact after birth: Developing a research and practice guideline. *Acta Paediatrica*, 112(8), 1633–1643. <https://doi.org/10.1111/apa.16842>

Caism, J. (2020a). Protocolo de Atendimento a Gestantes com Ruptura Prematura de Membranas. <https://www.caism.unicamp.br/download/protocolos/obstetricia/Ruptura%20Prematura%20de%20Membranas.pdf>

Calabria, A. C., Spaniol, C., & Gomes, M. G. (2020). Dieta vegetariana na gestação e o impacto sobre o organismo materno e fetal: uma revisão da literatura. *Cadernos de Pós-Graduação Em Distúrbios Do Desenvolvimento*, 20(1). <https://doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v20n1p132-157>

Cardoso, A., Aires, C., Sílvia, M., Silva, C., & Grilo, A. (2023a). Guia Orientador de Boas Práticas: Preparação para o Parto. Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf

Cardoso, A., Aires, C., Sílvia, M., Silva, C., & Grilo, A. (2023b). Guia Orientador de Boas Práticas: Preparação para o Parto. Mesa Do Colégio Da Especialidade

Em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO).
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf

Cardoso, A., Capela, P., Carvalho, Ú., Albergaria, E., & Figueiredo, A. (2023c). Guia Orientador de boas práticas: Gravidez e Adaptação à Gravidez (de baixo risco). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/33843/gobpgravidezadaptacaogravidez_okn.pdf

Chojenta, C., Harris, S., Reilly, N., Forder, P., Austin, M.-P., & Loxton, D. (2014). History of pregnancy loss increases the risk of mental health problems in subsequent pregnancies but not in the postpartum. *PLOS ONE*, 9(4), e95038. <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0095038&type=printable>

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). (2019). CIPE TM. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Cloherly, J. P., Eichenwald, E. C., & Hansen, A. R. (2017). *Manual of neonatal care* (8th ed.). Wolters Kluwer.

Cloherly, J., Eichenwald, E., Hansen, A., & Stark, A. (2012). Infectious Diseases, Bacterial and Fungal Infections. In *Manual of Neonatal Care*.

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2022). *Williams Obstetrícia* (27.^a ed.). AMOLCA.

Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. Regula os ciclos de estudos superiores de acordo com os princípios de Bolonha. *Diário da República*, I Série-A, n.º 60, 24-03-2006. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2023). Norma n.º 002/2023: Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. Lisboa: DGS. Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/orientacao-0022023-cuidados-de-saude-durante-o-trabalho-de-parto-pdf.aspx>

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>

East, C. E., Dorward, E. D. F., Whale, R. E., & Liu, J. (2020). Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth (Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 10, Article No. CD006304). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006304.pub4>

Ellaithy, M., Rasheed, S., & Shafik, A. (2019). Use of an antiemetic to shorten the length of labor in nulliparous women, exploring a potential role of an old drug: A randomized controlled trial. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 148(1), 72–78. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31609464/>

Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). (2025). Ontologia em Enfermagem. <https://nursingontos.esenf.pt/fo/2223/Browser>

Farrar, D., Airey, R., Law, G. R., Tuffnell, D., Cattle, B., & Duley, L. (2011). Measuring placental transfusion for term births: Weighing babies with cord intact. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118(1), 70–75. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004074.pub3/full>

Fink, N. S., Urech, C., Cavelti, M., & Alder, J. (2012). Relaxation during pregnancy: What are the benefits for mother, fetus, and the newborn? A systematic review of the literature. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(4), 296–306. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23111717/>

Finkelstein, J. L., Fothergill, A., Venkatramanan, S., Layden, A. J., Williams, J. L., Crider, K. S., & Qi, Y. P. (2024). Vitamin B12 supplementation during pregnancy for maternal and child health outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2024(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013823.pub2>

Fortin, M.F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação (Trad.). Lusodidacta.

Fumagalli, S., Antolini, L., Nespoli, A., Panzeri, M., Terenghi, T., Ferrini, S., Spandrio, R., Maini, I. M., Locatelli, A., & Ornaghi, S. (2024). Rebozo and advanced maternal postures: A promising set of intrapartum interventions to reduce persistent occiput posterior position of the fetal head. *European Journal of Midwifery*, 8(October), 1–11. <https://doi.org/10.18332/EJM/191511>

Gallo, D. M., Romero, R., Bosco, M., Gotsch, F., Jaiman, S., Jung, E., Suksai, M., Ramón y Cajal, C. L., Yoon, B. H., & Chaiworapongsa, T. (2023). Meconium-stained amniotic fluid. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5), S1158–S1178. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.11.1283>

Gibbins, J., & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302–313. <https://doi.org/10.1054/midw.2001.0263>

Gibson, C. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 991, 354–361. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2037742/>

Gisele, L., Thais, T., Nathalie, L., & Maria, R. (2023). Métodos de indução e condução do parto em um centro de parto normal peri-hospitalar: estudo transversal. *Revista Escola Enfermagem Universidade de São Paulo*, 57. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/nwkGMVSfgW9SbQbfrbxDCcJ/?format=pdf&lang=pt>

Graça, L. (2017). *Medicina Materno Fetal* (5a). Lidel.

Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2021). *Tratado de fisiologia médica* (14.^a ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

He, X., Zeng, X., Troendle, J., Ahlberg, M., Tilden, E. L., Souza, J. P., Bernitz, S., Duan, T., Oladapo, O. T., Fraser, W., & Zhang, J. (2023). New insights on labor progression: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5), S1063–S1094. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.11.1299>

Henriques, H. (2016). *Inovação na Qualidade dos Registos de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem*. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/206cb4be-5860-4b93-9c6a-a1260b2bb320>

Huang, Y., Zhong, Y., Chen, Q., Zhou, J., Fu, B., Deng, Y., Tu, X., & Wu, Y. (2024). A comparison of childbirth self-efficacy, fear of childbirth, and labor pain intensity between primiparas and multiparas during the latent phase of labor: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(400). <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06571-3>

Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde. (2024). Manual do cuidado nutricional em neonatologia (Código: MN.NUT.002, Rev. 00). Maternidade Municipal Lourdes Nogueira. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2023/outubro/10/24269f-GPA_ISBN-_RecomNutricao_Parenteral_RN_PreTermo.pdf

Johnston, R. G., OstMed, D. O., & Brown, A. E. (2013). Maternal trait personality and childbirth: The role of extraversion and neuroticism. *Midwifery*, 29(11), 1244–1250. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.08.005>

Kavanagh, J., Kelly, A. J., & Thomas, J. (2001). Sexual intercourse for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003093>

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

Khalaf, A., El-Lakwa, H., Dayer, M., & Khouly, N. (2022). Effect of metoclopramide in shorting the length of labor: a randomized controlled trial. *Menoufia Medical Journal*, 35(2), 728–733. <https://doi.org/10.4103/mmj.mmj>

La, X., Wang, W., Zhang, M., & Liang, L. (2021). Definition and multiple factors of recurrent spontaneous abortion. In H. Zhang & J. Yan (Eds.), *Environment and female reproductive health* (Vol. 1300, pp. 231–258). Springer Nature Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-33-4187-6_11

Le Ray, C., Lepleux, F., De La Calle, A., Guerin, J., Sellam, N., Dreyfus, M., & Chantry, A. A. (2016). Lateral asymmetric decubitus position for the rotation of occipito-posterior positions: multicenter randomized controlled trial EVADELA.

American Journal of Obstetrics and Gynecology, 215(4), 511.e1-511.e7.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.05.033>

Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro. Diário da República, 1.ª série, n.º 172, 94–106. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/17200/0009400101.pdf>

Lei n.º 9/2009, de 4 de março. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 45, 1548-1608.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/9-2009-604779>

LoGiudice, J., Holland, E., & Esposito, C. (2022). Midwifery Management of a Birthing Person with Cervical Edema During Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 67(5), 644–650. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36215142/>

Lothian, J. A. (2019). Healthy Birth Practice #4: Avoid Interventions Unless They Are Medically Necessary. *The Journal of Perinatal Education*, 28(2), 94–103.
<https://doi.org/10.1891/1058-1243.28.2.94>

Lowdermilk, D., & Perry, S. (2006). *Enfermagem na Maternidade (7a)*. Lusodidacta.

McDonald, S. J., Middleton, P., Dowswell, T., & Morris, P. S. (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD004074.
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2010.02781.x>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Mercer, R. (1981). The nurse and maternal tasks of early postpartum. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 6(5), 341–345.
<https://doi.org/10.1097/00005721-198109000-00012>

Mohrbacher, N. (2020). *Breastfeeding answers: A guide for helping families*. Praeclarus Press.

Moore, E., Bergman, N., Anderson, G., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact formothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>.www.cochranelibrary.com

Moxley, M. D. (2017). Delivery of a Newborn With Meconium-Stained Amniotic Fluid. *Obstetrics and Gynecology*, 129(3), 593–594. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001946>

National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Shared decision making (NICE Guideline No. NG197). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197>

Neri, I., Dante, G., Pignatti, L., Salvioli, C., & Facchinetti, F. (2018). Castor oil for induction of labour: a retrospective study. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 31(16), 2105–2108. <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1336223>

New Life. (2024). The B.R.A.I.N. tool: A guide for informed decision making. <https://newlifeclasses.com/2024/11/05/the-brain-tool-a-guide-for-informed-decision-making/>

Novaes, A., Liao, A., Grandesso, A., Amadatsu, C., Sanchez, R., & Negini, R. (2022). Guia de Episódio de Cuidado: Rotura Prematura de Membranas Ovulares. <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Pr%C3%A9-Natal%20-%20CIA%20v.6.pdf>

Oliveira, R. G. S., Lélis, A. L. P. A., & Interaminense, I. N. C. S. (2022). Contato pele a pele e aleitamento materno na termorregulação do recém-nascido. *Revista Interdisciplinar Pensamento Científico*, 8(2), 1–24. <https://repositorio.ifpe.edu.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/808/Contato%20pele%20a%20pele%20e%20aleitamento%20materno%20na%20termorregula%C3%A7%C3%A3o%20do%20rec%C3%A9m-nascido.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., Murphy, M., Jonsdottir,

S. S., Downe, S., & Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: A meta-synthesis. *BMJ Open*, 8(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2019a). Regulamento n.º 743/2019 – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 184, 25 de setembro de 2019, 12800-12815. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2019b). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119933209>

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2021). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código deontológico. In Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Anexo, republicado pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 180. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70393359>

Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura (UNESCO). (2005). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Declara??o+Universal+sobre+Bio?tica+e+Direitos+Humanos#6%0Ahttps://www.sedar.es/vieja/restringido/2007/n2_2007/1.pdf

Organização Mundial de Saúde (OMS) & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2018). Implementation Guidance: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative.

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c26450e2-92b0-476e-9a29-98eb5a58f4a2/content>

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2003). Thermal protection of the newborn: A practical guide (WHO/RHT/MSM/97.2). World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42753/9241546220_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2017). International statistical classification of diseases and related health problems (10th revision, ICD-10): Volume 2 – Instruction manual. Geneva: WHO. Disponível em: https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-9-s1-s2/tables/1?utm_source=chatgpt.com

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2019). Why having a companion during labour and childbirth may be better for you. World Health Organization. <https://www.who.int/news/item/19-03-2019-why-having-a-companion-during-labour-and-childbirth-may-be-better-for-you>

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2020a). WHO Labour Care Guide: User's Manual. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/94326918-1f91-49a2-a857-12831cd51b91/content>

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2020b). WHO recommendation on Routes of oxytocin administration for the prevention of postpartum haemorrhage after vaginal birth. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d92242dc-5e64-4d93-b606-9c3b9f464f37/content>

Pang, W. W., Bernard, J. Y., Thavamani, G., Chan, Y. H., Fok, D., Soh, S. E., ... Chong, Y. S. (2017). Direct vs. expressed breast milk feeding: Relation to duration of breastfeeding. *Nutrients*, 9(6), 547. <https://doi.org/10.3390/nu9060547>

Peleckis, M. V., Francisco, A. A., & Oliveira, S. M. J. V. (2017). Terapias de alívio da dor perineal no pós-parto. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(2), e5880015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005880015>

Pereira, A., Marques, M., Casanova, C., & Neto, M. T. (2004). Risco Infeccioso e Rastreio Séptico.

https://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos_Nacionais_Neonatologia_2004/Risco_Infeccioso_Rastreio_Septico.pdf

Quenby, S., Gallos, I. D., Dhillon-Smith, R. K., Podsek, M., Stephenson, M. D., Fisher, J., ... Coomarasamy, A. (2021). Miscarriage matters: The epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*, 397(10285), 1658–1667. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6)

Rani, S., & Prasad, V. (2015). Role of Tramadol in Labor Analgesia. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences*, 3(6), 2347–2350. <https://doi.org/10.36347/sjams.2015.v03i06.039>

Rich, D. (2018). Psychological impact of pregnancy loss: Best practice for obstetric providers. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 61(3), 573–585. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000377>

Rosen, H., & Yogev, Y. (2023). Assessment of uterine contractions in labor and delivery. In *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (Vol. 228, Issue 5, pp. 1209–1221). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.09.003>

Rubin, R. (1967). Attainment of maternal role processes. *Nursing Research*, 16(3), 237–245.

Sanchez-Ramos, L., Levine, L. D., Sciscione, A. C., Mozurkewich, E. L., Ramsey, P. S., Adair, C. D., Kaunitz, A. M., & McKinney, J. A. (2024a). 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>

Sankar, M. J., Chandrasekaran, A., Kumar, P., Thukral, A., Agarwal, R., & Paul, V. K. (2016). Vitamin K prophylaxis for prevention of Vitamin K deficiency bleeding: A systematic review. *Journal of Perinatology*, 36(S1), S29–S34. <https://doi.org/10.1038/jp.2016.30>

Senol, D. K., & Aslan, E. (2017). The effects of cold application to the perineum on pain relief after vaginal birth. *Asian Nursing Research*, 11(4), 276–282. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.11.001>

Shafqat, N., Agrawal, A., Pushpalatha, K., Singh, B., Verma, R., Podder, L., Das, S., & Sutar, R. F. (2024). Effect of music therapy on anxiety in pregnancy: A systematic review of randomized controlled trials. *Cureus*, 16(9), e69066. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11465781/pdf/cureus-0016-00000069066.pdf>

Sherwood forest hospitals NHS foundation trust. (2025). Shared decision making. In *Your guide to maternity care – King’s Mill Hospital*. <https://www.sfh-tr.nhs.uk/services/maternity/your-guide-to-maternity-care-kings-mill-hospital/shared-decision-making/>

Simkin, P., & Ancheta, R. (2011). *The Labor Progress Handbook* (3a).

Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, 49(6), 489–504. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2004.07.007>

Sladič, M., Verdenik, I., & Smrkolj, Š. (2022). The effect of von Willebrand disease on pregnancy, delivery, and postpartum period: A retrospective observational study. *Medicina*, 58(6), 774. <https://doi.org/10.3390/medicina58060774>

Smith, C. A., Armour, M., & Dahlen, H. G. (2017). Acupuncture or acupressure for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002962.pub4>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2023). Cuidados Gerais ao Recém-Nascido Saudável. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Saud%C3%A1vel.pdf>

Soleimani Samarkhazan, H., Navid Khaksari, M., Rahmati, A., Loran Esfahani, M., Solouki, A., & Aghaei, M. (2025). Von Willebrand disease and pregnancy: A comprehensive overview. *Thrombosis Journal*, 23(41). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40296027/>

Stark, E., Athens, Z., & Son, M. (2022). Intrapartum nipple stimulation therapy for labor induction: a randomized controlled external pilot study of acceptability and feasibility. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 4(2). <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2022.100575>

Stjernholm, Y. V., Charvalho, P. d. S., Bergdahl, O., Vladic, T., & Petersson, M. (2021). Continuous support promotes obstetric labor progress and vaginal delivery in primiparous women – A randomized controlled study. *Frontiers in Psychology*, 12, 582823. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.582823>

Sweet, D. G., Carnielli, V., Greisen, G., Hallman, M., Ozek, E., Plavka, R., ... Roehr, C. C. (2019). European consensus guidelines on the management of respiratory distress syndrome – 2019 update. *Neonatology*, 115(4), 432–450. <https://karger.com/neo/article-pdf/115/4/432/3238009/000499361.pdf>

Tamez, R. N. (2017). *Enfermagem na UTI neonatal: Assistência ao recém-nascido de alto risco* (6.^a ed.). Guanabara Koogan.

Tappero, E. P., & Honeyfield, M. E. (2016). *Physical assessment of the newborn: A comprehensive approach to the art of physical examination* (5th ed.) [eBook]. Springer Publishing Company. <https://research.ebsco.com/c/ew2k3a/ebook-viewer/epub/7vl3g2vlff/section/top>

Tilden, E. L., Caughey, A. B., Lee, C. S., & Emeis, C. (2016). The Effect of Childbirth Self-Efficacy on Perinatal Outcomes. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 45(4), 465–480. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.06.003>

United States Food and Drug Administration (FDA). (2010). FDA Over the Counter Ingredient List. <https://www.fda.gov/media/75750/download>

Vasquez, V., & Desai, S. (2010). Labor and Delivery and Their Complications. In R. Walls, R. Hockberger, M. Gausche-Hill, T. Erickson, & S. Wilcox (Eds.), *Rosen's Emergency Medicine – Concepts and Clinical Practice* (7a, pp. 2296–2312). <https://doi.org/10.1016/b978-0-323-05472-0.00179-1>

Watkins, E., & Stem, K. (2020). Postpartum hemorrhage. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 33(4), 29–33. <https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000657164.11635.93>

Witkiewicz, M., Baranowska, B., Piskorska, M., & Tataj-Puzyna, U. (2023). Techniques used during childbirth to correct fetal position and improve labour process. *Quarterly Journal Fides et Ratio*, 55(3), 67–72. <https://doi.org/10.34766/fetr.v55i3.1216>

Yamaguchi-Goto, T., Ohashi, M., Kodama, Y., & Sameshima, H. (2023). Fetal heart rate patterns complicated by chorioamnionitis and subsequent cerebral palsy in Japan. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 49(2), 625–634. <https://doi.org/10.1111/jog.15508>

Zhang, J., Yancey, M. K., Klebanoff, M. A., Schwarz, J., & Schweitzer, D. (2001). Does epidural analgesia prolong labor and increase risk of cesarean delivery? A natural experiment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185(1), 128–134. <https://doi.org/10.1067/mob.2001.113874>