

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Debriefing no pós-parto como estratégia terapêutica para a promoção da saúde mental - Desenvolvimento de competências clínicas especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Autor

Ana Carolina Pestana de Aveiro

Porto, 2025

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Debriefing no pós-parto como estratégia
terapêutica para a promoção da saúde mental:
Desenvolvimento de competências clínicas
especializadas em Enfermagem de Saúde
Materna e Obstétrica

Postpartum debriefing as a therapeutic strategy
for promoting mental health: Development of
specialized clinical skills in Maternal Health and
Obstetric Nursing

Orientador(es)

Alexandrina Cardoso

Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Paula Prata

Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Autor

Ana Carolina Pestana de Aveiro

Porto, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

"A Enfermagem é uma arte. E, para realizá-la como arte, isso requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso quanto a obra de qualquer pintor ou escultor, pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!"

Florence Nightingale

DEDICATÓRIA

A todos os que acreditaram em mim e me motivaram ao longo deste percurso académico, e aos que me inspiraram a sonhar mais alto e a lutar por cada conquista, dedico este relatório como prova de que o esforço e a dedicação dão frutos.

AGRADECIMENTO

Por fim, concluo esta jornada que me transformou de inúmeras maneiras, tanto a nível pessoal quanto profissional, e não poderia deixar de expressar a minha profunda gratidão a todas as pessoas que tornaram este percurso possível e significativo.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a todos os professores que tornaram este percurso académico possível, e, em especial, à minha orientadora, Professora Doutora Ana Paula Prata, pelo seu apoio, paciência e orientação ao longo de todo este trabalho. Os seus ensinamentos, conselhos e incentivo não apenas guiaram a elaboração deste relatório, mas também me inspiraram a crescer académica e pessoalmente. A sua confiança nas minhas capacidades deu-me a motivação necessária para enfrentar desafios e superar obstáculos.

O meu sincero agradecimento a todos os EEESMOS que me orientaram nos ensinamentos clínicos, pelo acompanhamento, orientação e incentivo ao longo desta experiência. A vossa disponibilidade, conselhos e partilha de conhecimento foram fundamentais para o meu crescimento e desenvolvimento profissional.

A todas as mulheres e famílias que confiaram em mim e tornaram este percurso possível, o meu muito obrigado!

Aos meus amigos e colegas de turma, que estiveram ao meu lado nos momentos de dúvida e nas horas de esforço, agradeço pelas discussões construtivas, pelas trocas de ideias e pelo apoio mútuo e constante. Cada conversa, cada incentivo e cada gesto de amizade foram fundamentais para tornar esta experiência ainda mais significativa e memorável.

À minha família, deixo um agradecimento muito especial e profundo. Pela paciência, compreensão e amor incondicional, pela confiança nas minhas escolhas e pelo encorajamento em todos os momentos, vocês foram a base sólida que me permitiu avançar com segurança e determinação. Sem o vosso apoio, este percurso teria sido muito mais difícil.

A ti, meu amor, deixo o meu mais sincero agradecimento. O teu apoio constante, a confiança que sempre depositaste em mim e a tua presença nos momentos de dúvida foram fundamentais para que eu pudesse superar todos estes desafios. Cada palavra de incentivo, cada gesto de compreensão e cada sorriso partilhado ao longo desta jornada transformaram dificuldades em motivação e conquistas em celebração. Obrigada por estares sempre ao meu lado.

RESUMO

Integrado no Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o presente relatório descreve as atividades realizadas ao longo do estágio curricular num hospital de apoio perinatal na ilha da Madeira, realizado entre setembro de 2024 e maio de 2025.

A experiência prática realizada ao longo do estágio possibilitou prestar cuidados especializados a mulheres e casais em distintas etapas do processo reprodutivo, abrangendo o trabalho de parto, o parto e o período pós-parto, bem como situações de gravidez com complicações. Paralelamente, permitiu apoiar a adaptação à gravidez e ao exercício da parentalidade, favorecendo a consolidação de competências fundamentais para a atuação especializada em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Neste relatório são descritas e interpretadas as experiências obtidas ao longo do estágio, apoiando a análise crítica em conhecimento científico atualizado e aplicável à realidade clínica.

O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica consiste, entre outros, em apoiar a mulher e o casal em todas as fases do processo reprodutivo, desde a gravidez até ao pós-parto, desenvolvendo intervenções sustentadas em evidência científica atual e sensíveis às necessidades específicas de cada contexto familiar.

O período pós-parto envolve mudanças físicas, emocionais e sociais que podem aumentar a vulnerabilidade das mulheres a perturbações de saúde mental, como ansiedade, depressão pós-parto e stress. Quando não identificadas precocemente, essas condições podem comprometer o bem-estar materno, a ligação com o bebé e a dinâmica familiar. Nesse contexto, têm sido propostas estratégias de apoio psicológico, destacando-se o *debriefing*, originalmente desenvolvido na psicologia para situações de trauma. Este consiste num diálogo estruturado que auxilia na integração de experiências emocionalmente intensas. Em saúde materna, visa favorecer a compreensão do parto, prevenir sofrimento psicológico e apoiar a adaptação à maternidade. A atenção crescente ao impacto emocional do nascimento reforça a necessidade de estudar o *debriefing* como intervenção terapêutica no puerpério, promovendo práticas de saúde mental humanizadas e baseadas em evidência científica.

Palavras-chave: enfermagem, *debriefing*, pós-parto, saúde mental.

ABSTRACT

Integrated into the Master's in Maternal and Obstetric Health Nursing, this report describes the activities carried out during the curricular internship at a perinatal support hospital on the island of Madeira, conducted from September 2024 to May 2025.

The practical experience gained during the internship enabled the provision of specialized care to women and couples at various stages of the reproductive process, including labor, delivery, and the postpartum period, as well as in cases of complicated pregnancy. Additionally, it allowed support for adaptation to pregnancy and the transition to parenthood, promoting the consolidation of essential competencies for specialized practice in Maternal and Obstetric Health Nursing.

This report presents and interprets the experiences acquired during the internship, supporting critical analysis with up-to-date scientific knowledge applicable to clinical practice.

The role of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing consists of supporting women and couples throughout all stages of the reproductive process, from pregnancy to the postpartum period, delivering care grounded in current scientific evidence and responsive to the specific needs of each family context.

The postpartum period involves physical, emotional, and social changes that can increase women's vulnerability to mental health disorders, such as anxiety, postpartum depression, and stress. When not identified early, these conditions may compromise maternal well-being, mother-infant bonding, and family dynamics. In this context, psychological support strategies have been proposed, highlighting debriefing, originally developed in psychology for trauma situations. This intervention consists of a structured dialogue that aids in integrating emotionally intense experiences. In maternal health, it aims to enhance understanding of the birth experience, prevent psychological distress, and support adaptation to motherhood. The growing attention to the emotional impact of childbirth underscores the need to study debriefing as a therapeutic intervention during the postpartum period, promoting humanized and evidence-based mental health practices.

Keywords: nursing, debriefing, postpartum, mental health.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACOG - *American College of Obstetricians and Gynecologists*

ALT - Alanina Aminotransferase

APMGF - Associação Portuguesa da Medicina Geral e Familiar

AST - Aspartato Aminotransferase

CDSR - *Cochrane Database of Systematic Reviews*

CIHG - Colestase Intra-Hepática Gestacional

CTG - Cardiotocografia

CVP - Cateter Venoso Periférico

DARE - *Database of Abstracts of Reviews of Effects*

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DGS - Direção Geral da Saúde

DPP - Depressão Pós-Parto

DUM - Data da Última Menstruação

EDIN - *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

EV - Endovenoso

EVAA - Escala Visual Analógica da Ansiedade

IG - Idade Gestacional

IM - Intramuscular

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

MeSH - *Medical Subject Headings*

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

NICE - *National Institute for Health and Clinical Excellence*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCEA - *Patient-Controlled Epidural Anesthesia*

PNV - Programa Nacional de Vacinação

RABA - Rotura Artificial da Bolsa Amniótica

REBA - Rotura Espontânea da Bolsa Amniótica

RN - Recém-Nascido

SC - Subcutânea

SGB - *Streptococcus B* hemolítico do Grupo B

SPN - Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SU - Serviço de Urgência

TSPT-PP - Transtorno de Stress Pós-Traumático no Pós-Parto

UNICEF - *United Nations International Children's Emergency Fund*

WHO - *World Health Organization*

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO.....	19
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S).....	23
3. CASO 1- DESAFIOS EMOCIONAIS NA FASE LATENTE DO TRABALHO DE PARTO	27
3.1. Enquadramento teórico.....	27
3.2. Clientes	31
3.3. Medicação.....	32
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	32
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	35
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	36
3.5. Domínios	37
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	38
3.6. Conceção de Cuidados	41
3.7. Especificação das intervenções.....	43
3.8. Síntese relativa ao caso.....	45
4. CASO 2- A BOLA DE PILATES COMO RECURSO FACILITADOR DA MOBILIDADE NA FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO	49
4.1. Enquadramento teórico.....	49
4.2. Clientes	51
4.3. Medicação.....	52
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	52
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	54
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	54
4.5. Domínios	55
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	55
4.6. Conceção de Cuidados	56
4.7. Especificação das intervenções.....	57
4.8. Síntese relativa ao caso.....	60
5. CASO 3- EMPODERAMENTO DA PUÉRPERA PARA PROMOVER O SUCESSO NA AMAMENTAÇÃO.....	63
5.1. Enquadramento teórico.....	63
5.2. Clientes	67
5.3. Medicação.....	67
5.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	67
5.4. Domínios	68

5.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	68
5.5. Conceção de Cuidados	71
5.6. Especificação das intervenções.....	74
5.7. Síntese relativa ao caso.....	80
6. CASO 4- A EEESMO E A ADAPTAÇÃO NEONATAL: ABORDAGEM CLÍNICA NO PÓS-PARTO	83
6.1. Clientes	83
6.2. Domínios	83
6.2.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	83
6.3. Conceção de Cuidados	86
6.4. Especificação das intervenções.....	86
7. CASO 5 - COLESTASE INTRA-HEPÁTICA GESTACIONAL: DESAFIOS CLÍNICOS NA ABORDAGEM DA MULHER GRÁVIDA	89
7.1. Enquadramento teórico.....	89
7.2. Clientes	92
7.3. Medicação.....	92
7.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	92
7.4. Domínios	97
7.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	97
7.5. Conceção de Cuidados	100
7.6. Especificação das intervenções.....	104
7.7. Síntese relativa ao caso.....	107
8. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	111
9. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	123
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	127
ANEXOS.....	143

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1: Experiências realizadas ao longo do ensino clínico 110

Tabela 2: Estudos escolhidos para a revisão integrativa de literatura 114

I. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Este documento enquadra-se no segundo ciclo de estudos e visa descrever, analisar e discutir criticamente as atividades desenvolvidas ao longo do estágio de natureza profissional, refletindo sobre a aquisição e consolidação das competências específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o exercício profissional da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

A elaboração deste relatório constitui não apenas um requisito académico, mas também uma oportunidade de integração entre teoria, evidência científica e prática clínica, traduzindo o percurso de desenvolvimento profissional e pessoal vivido ao longo do estágio. O documento procura, assim, demonstrar a capacidade reflexiva e crítica, o pensamento científico e o rigor inerentes à prática especializada em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

De acordo com a OE (2019), as competências do EEESMO abrangem a prestação de cuidados especializados à mulher ao longo de todo o ciclo reprodutivo, considerando o contexto familiar, social e comunitário. Estas competências incluem a promoção da saúde sexual e reprodutiva, a prevenção de riscos e a intervenção nos processos de saúde e doença ginecológica, bem como o acompanhamento da mulher, do casal e da família nos períodos pré-concepcional, pré-natal, parto, pós-parto e climatério. Estas competências traduzem-se na capacidade de avaliar, planejar, implementar e avaliar cuidados de enfermagem especializados, assegurando a segurança, a humanização e a qualidade dos cuidados prestados em contextos hospitalares, comunitários e domiciliários. Durante o período pré-natal, o EEESMO acompanha a grávida, avalia a saúde materna e fetal, promove a educação para a saúde e prepara a mulher e o casal para o parto e para a parentalidade. No trabalho de parto, garante cuidados centrados na mulher e no bebé, apoia decisões informadas, promove conforto e monitoriza o processo de forma segura. No pós-parto, presta cuidados físicos, emocionais e educativos, favorecendo a ligação mãe-filho e a adaptação à parentalidade. Durante o climatério, acompanha a mulher nas alterações fisiológicas e psicossociais.

O plano curricular do MESMO prevê, no segundo ano, a realização de duas unidades curriculares nucleares: o Estágio de Natureza Profissional e o Ensino Clínico em Assistência Pré-Natal. O Estágio de Natureza Profissional decorreu num hospital de apoio perinatal diferenciado na ilha da Madeira, entre setembro de 2024 e maio de 2025, com uma carga total de 800 horas de prática supervisionada. As atividades contemplaram a assistência à mulher no trabalho de parto e parto (no bloco de partos e urgência obstétrica - 500h), a prestação de cuidados no puerpério (serviço

de internamento - 100h) e o acompanhamento de grávidas com complicações obstétricas (serviço de internamento e consulta de medicina materno-fetal - 200h).

Adicionalmente, embora não integradas diretamente neste relatório, realizaram-se atividades de ensino clínico em assistência pré-natal: cuidados prestados à grávida e ao casal em consulta externa hospitalar (60 horas) e em centro de saúde da região (140 horas).

A elaboração deste relatório reflete, ainda, a necessidade de procurar, analisar e integrar a evidência científica mais atualizada como suporte à prática de cuidados seguros e fundamentados, promovendo melhores resultados em saúde e aumentando a satisfação das utentes e dos profissionais. Foi elaborado com recurso à plataforma E4Nursing, onde se apresentam casos clínicos, organizados cronologicamente. Dois casos clínicos relacionados com o trabalho de parto e o parto, um caso relativo aos cuidados prestados à puérpera, ao casal e ao recém-nascido (RN) (incluindo um caso associado ao recém-nascido) e, por fim, um caso referente aos cuidados prestados à mulher grávida em situação de risco, internada por doença durante a gravidez.

Segundo Tingen, Burnett, Murchison e Zhu (2009), a investigação em enfermagem constitui uma componente essencial do processo educacional, exigindo dos enfermeiros tempo, dedicação, paciência e concentração. Apenas desta forma os resultados permitem compreender políticas, procedimentos e princípios fundamentais que asseguram a confidencialidade, a segurança das necessidades humanas, os aspetos éticos e as normas metodológicas inerentes a uma investigação de qualidade.

Neste sentido, realizou-se uma revisão integrativa subordinada ao tema “Debriefing no pós-parto como estratégia terapêutica para a promoção da saúde mental”.

A escolha deste tema decorre do reconhecimento de que a transição para a maternidade representa um período de vulnerabilidade biopsicossocial, marcado por profundas transformações físicas, emocionais e relacionais. O pós-parto é, assim, um momento propício ao surgimento de perturbações de saúde mental, nomeadamente depressão pós-parto (DPP), ansiedade e transtorno de stress pós-traumático pós-parto (TSPT-PP), sobretudo quando a experiência de parto é vivida como traumática ou associada a complicações obstétricas (Tebeka et al., 2021; Suarez & Yakupova, 2024).

O presente relatório está estruturado em três partes principais. Na primeira parte, é apresentada a caracterização dos contextos clínicos onde decorreram os diferentes estágios. A segunda parte descreve e discute os casos clínicos selecionados, organizados por áreas de intervenção da EEESMO, ilustrando o desenvolvimento das competências especializadas. Por fim, a terceira parte integra a revisão integrativa da literatura, centrada no debriefing pós-parto, articulando a evidência científica com a prática clínica e discutindo as implicações para os cuidados especializados de enfermagem de saúde materna e obstétrica.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

As unidades de obstetrícia, puerpério e medicina materno-fetal onde decorreram os estágios de natureza profissional integram-se num hospital central com diversas valências diferenciadas.

O serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia/sala de partos, onde se realizou o módulo de assistência à mulher em trabalho de parto e parto, está organizado em duas áreas. A primeira corresponde à área de urgência obstétrica, composta por sala de triagem, três gabinetes médicos e uma sala equipada com duas cadeiras reclináveis para a realização de cardiotocografias (CTG). Dependendo da evolução do trabalho de parto, as mulheres são posteriormente admitidas na sala de partos (fase ativa do primeiro período do trabalho de parto) ou na sala de indução (fase latente).

A sala de partos dispõe de seis salas individuais e de uma central de enfermagem. Integrado no mesmo serviço, embora em área física diferente, encontra-se o bloco operatório, destinado à realização de cesarianas urgentes ou emergentes. As cesarianas programadas são efetuadas no bloco operatório central do hospital.

Relativamente à presença de acompanhantes, esta é permitida apenas enquanto a mulher permanece na área de espera da urgência. Na triagem, nos gabinetes médicos ou na área de CTG, a presença de acompanhante não é autorizada. No entanto, quando admitida na sala de partos, é permitido um acompanhante permanente junto da parturiente. Em situações de cesariana, não é permitida a presença de acompanhantes.

O serviço de internamento de grávidas, onde decorreu o estágio de assistência à mulher com complicações na gravidez, possui três quartos com três camas cada. Um destes, designado “sala de indução”, destina-se a induções de trabalho de parto ou a internamentos de grávidas na fase latente do primeiro período do trabalho de parto. Em caso de sobrelotação, o serviço de puerpério disponibiliza duas salas, com três camas cada, para internamentos obstétricos. Este serviço dispõe, ainda, de um gabinete para realização de ecografia, duas casas de banho (uma com duche), um gabinete de enfermagem e uma sala de trabalho.

Os acompanhantes são apenas permitidos durante o horário de visita, sendo este das 12h às 15h e das 17h às 20h.

Neste serviço, assim como no anterior, apenas trabalham EEESMO, que asseguram, de forma integrada, os cuidados na urgência obstétrica, na sala de partos e no serviço de internamento de grávidas. Trata-se, portanto, de uma equipa polivalente, cujos elementos desempenham funções rotativas entre os diferentes contextos assistenciais.

A distribuição, das EEESMO por turno mantém-se relativamente estável, independentemente do

horário, sendo habitualmente composta por uma EEESMO afeta à urgência obstétrica, três na sala de partos e duas no internamento de grávidas.

Na sala de partos, as parturientes são distribuídas entre as EEESMO de serviço, de modo a assegurar o acompanhamento individualizado de cada parturiente.

No serviço de internamento de grávidas, a atribuição das utentes é igualmente definida no início de cada turno, ficando as mulheres em sala de indução do trabalho de parto sob a responsabilidade direta de uma EEESMO, enquanto as restantes gestantes internadas por outras complicações obstétricas são acompanhadas pela outra EEESMO de serviço.

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) estabelece dotações seguras para a assistência no trabalho de parto. No primeiro período do trabalho de parto, é recomendado um EEESMO para duas parturientes, e no segundo período, um EEESMO por parturiente. Durante a indução do trabalho de parto, o rácio sugerido é de um EEESMO para três grávidas, enquanto no internamento se recomenda um EEESMO para três grávidas de alto risco ou para seis grávidas de médio risco (OE, 2019). A constituição da equipa exclusivamente por EEESMO revela uma organização alinhada com as recomendações da OE, uma vez que assegura a prestação de cuidados especializados à mulher, ao recém-nascido e à família ao longo do ciclo reprodutivo. Apesar de a dotação observada permitir, em condições normais, responder adequadamente às necessidades, verifica-se que em períodos de maior afluência o número de EEESMO pode não ser suficiente para garantir a dotação recomendada, sobretudo na sala de partos.

Quanto à presença de acompanhante, a política institucional observada, que limita a presença do acompanhante à fase ativa do trabalho de parto e não permite a sua presença durante a cesariana, não está totalmente alinhada com as recomendações da OE e da Organização Mundial da Saúde (OMS), que defendem o direito da mulher a um acompanhante de escolha durante todo o processo de parto, salvo em situações clínicas que o contraindiquem, pelo que seria importante que fosse revista a política sobre a presença do acompanhante.

O serviço de puerpério dispõe de 11 quartos, dos quais dois são individuais, um possui duas camas e os restantes oito têm três camas. Todos os quartos estão equipados com berço, armário individual para a puérpera e o RN e lavatório. O serviço possui, ainda, três casas de banho com duche e uma destinada exclusivamente a visitantes, apenas com sanitário.

Existe uma sala com dois berços aquecidos, e um espaço destinado à extração de leite materno. O alojamento conjunto é assegurado desde o nascimento até à alta promovendo a vinculação precoce e o exercício do papel parental. Nos casos em que o RN necessita de internamento em cuidados intensivos neonatais, a puérpera pode permanecer internada no serviço de puerpério, mediante avaliação clínica, assegurando-se, sempre que possível, a proximidade mãe-filho.

O número de enfermeiros por turno varia de acordo com o período do dia, sendo cerca de cinco

no turno da manhã e três nos turnos da tarde e da noite. A distribuição de puérperas é proporcional ao número de enfermeiros, correspondendo, habitualmente, a três/quatro puérperas por EEESMO no turno da manhã e a cinco/seis nos restantes turnos.

De acordo com a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019) recomenda um rácio de um EEESMO para três puérperas em puerpério patológico e um EEESMO para seis puérperas em puerpério fisiológico, de forma a garantir dotações seguras e cuidados diferenciados.

O serviço integra uma equipa multidisciplinar, composta por EEESMO, Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e enfermeiros generalistas. A distribuição das responsabilidades segue o princípio da diferenciação de competências, sendo que os casos de puerpério patológico são obrigatoriamente atribuídos a uma EEESMO, de acordo com as orientações da OE.

Relativamente às visitas, é autorizada a presença de uma pessoa significativa junto da puérpera e do RN, entre as 9h30 e as 21h, sendo esta, na maioria dos casos, o pai da criança. É ainda permitida a visita de filhos e avós, em horários mais restritos, entre as 12h e as 15h e as 17h e as 20h, promovendo o envolvimento familiar e a adaptação à nova dinâmica familiar.

Na consulta externa de obstetrícia, existem três gabinetes para consulta médica, três gabinetes de enfermagem e uma sala equipada com duas cadeiras reclináveis para a realização de CTG.

A organização do serviço de puerpério e da consulta externa demonstra adequação às recomendações da OE. O alojamento conjunto permanente e a presença de uma pessoa significativa traduzem a implementação de práticas centradas na mulher e na família, de acordo com as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e com o modelo de cuidados humanizados promovido pela OE.

3. CASO I - DESAFIOS EMOCIONAIS NA FASE LATENTE DO TRABALHO DE PARTO

Parturiente de 32 anos, IIIG0P, com idade gestacional de 39 semanas e seis dias. Sem antecedentes pessoais relevantes. Admitida na sala de partos às 10h38, proveniente da unidade de internamento de grávidas (sala de indução), com o objetivo de realização de analgesia epidural por decisão informada da utente. À admissão, apresenta colo uterino posterior, permeável a dois dedos. Apresentação cefálica, bolsa amniótica íntegra. Exame para *Streptococcus* do grupo B com resultado negativo. Durante a permanência na sala de indução, a parturiente fez gestão da dor através do uso de medidas não farmacológicas, nomeadamente exercícios com bola de pilates e duche com água quente. Foi ainda feita gestão da dor, com Petidina. No entanto, sem o efeito analgésico desejado, foi encaminhada para a sala de partos para realização de analgesia epidural. À observação inicial, a parturiente revela-se ansiosa relativamente ao processo de trabalho de parto, expressando receio de possíveis complicações. Após várias tentativas de estabelecer uma comunicação eficaz, refere ansiedade que associa a perdas gestacionais.

3.1. Enquadramento teórico

Identificação Pessoal:

- Idade: 32 anos
- Estado Civil: Casada
- Acompanhante: Marido

História Clínica:

- Alergias: Desconhece
- Hábitos tabágicos e alcoólicos: Nega
- Peso pré-gravídico: 72kg
- Peso atual: 87,5 kg
- Altura: 169cm
- Idade Gestacional (IG): 39s + 6d
- Data da última menstruação (DUM): 10/02/2024

- Data provável de parto: 16/11/2024
- Gravidez: planeada e vigiada
- Medicação presente na gravidez: NatalBen
- Medicação domiciliária: Nega

História Obstétrica:

- Paridade: 0
- Partos Pré-termo: 0
- Abortamentos: 0
- Filhos vivos: 0

Antecedentes Pessoais:

- Plano Nacional de Vacinação: Atualizado
- Contraceção: nenhuma

Antecedentes Familiares:

Mãe: Hipertensão Arterial

Pai: Dislipidemia

Streptococcus beta hemolítico do grupo B

O *Streptococcus B* hemolítico do grupo B (SGB) é um diplococo gram positivo encapsulado que foi isolado pela primeira vez em 1887 e descrito como *Streptococcus agalactiae* (Almeida, Agro & Ferreira, 2013; Nogueiro, Gonçalves, Carreiro & Santos, 2013).

Na mulher grávida pode provocar infeções do trato urinário, amnionite, endometrite e bacteriemia. No recém nascido (RN) esta bactéria é responsável por causar infeções sistémicas ou focalizadas, sendo estas em 75% dos casos, consideradas precoces, manifestando-se nos primeiros sete dias de vida, geralmente antes das 72h. No entanto, esta infeção pode também ocorrer de forma tardia, entre a primeira e a quarta semana de vida, ou de forma muito tardia, entre o primeiro e o sexto mês de vida. A infeção neonatal precoce por SGB é a única que pode ser prevenida, através da intervenção durante a gravidez (Almeida, Agro & Ferreira, 2013).

A infeção por SGB é rara após os 30 dias de vida, na criança, no homem adulto e na mulher não grávida, no entanto, pode ocorrer e está geralmente associada a estados de imunodeficiência (Almeida, Agro & Ferreira, 2013).

A colonização intraparto é o maior fator de risco para a doença neonatal precoce, sendo a transmissão vertical mãe-filho a principal responsável por esta forma de doença. Esta ocorre após o início do trabalho de parto ou da rotura das membranas, sendo desta forma o RN infectado "in utero" ou durante o parto, quando o mesmo passa pelo canal de parto (Almeida, Agro & Ferreira, 2013).

Embora nem sempre seja possível identificar de forma inequívoca os fatores de risco associados à doença precoce por SGB, existem condições que aumentam significativamente a probabilidade da sua ocorrência, sendo o parto pré-termo, definido como aquele que ocorre antes das 37 semanas completas de gestação, uma dessas situações. Também podem demonstrar alguma correlação com a infeção por SGB a presença de corioamnionite materna, a rotura das membranas por um tempo superior a 18 horas, a presença de infeção urinária por SGB em qualquer ponto da gravidez, a idade materna inferior a 20 anos, a presença de inóculo vaginal elevado, a raça negra, a deficiência de anticorpos maternos específicos e história clínica de um RN anterior com doença neonatal precoce (Almeida, Agro & Ferreira, 2013).

Neste caso específico, o rastreio para SGB apresentou resultado negativo, não se justificando, por conseguinte, a implementação de qualquer medida terapêutica ou profilática.

Métodos não farmacológicos para lidar com a dor de trabalho de parto

Durante o trabalho de parto existem alterações fisiológicas que estimulam a libertação de hormonas, como a ocitocina, que contribui tanto nas mudanças emocionais e comportamentais da parturiente, assim como no surgimento e regularização de contrações uterinas, essenciais para a evolução do trabalho de parto. Como consequência, a parturiente percebe este processo como doloroso (Maffei et al., 2021).

A dor do trabalho de parto caracteriza-se por ser fisiológica, no entanto, fatores como medo, ansiedade e fadiga, podem potencializar a sua perceção (Lang, Sorrell, Rodgers & Lebeck, 2006). Sendo, por isso vivenciada de forma diferente por cada mulher.

O lidar com a dor do trabalho de parto não se restringe a práticas de controlo de dor, mas também, à diminuição do stress e ansiedade materna, sendo por esse motivo imprescindível apoiar a parturiente neste processo, não só com recurso a estratégias farmacológicas, se a mulher assim o desejar, como também com estratégias não farmacológicas (Maffei et al., 2021; Biana et al., 2021; Klein & Gouveia, 2022).

A utilização de métodos não farmacológicos para lidar com a dor de trabalho de parto concorre para a promoção de conforto, segurança, e redução da ansiedade, para melhores resultados perinatais, essencialmente se utilizados desde o momento de admissão.

O seu uso contribui para a redução da perceção dolorosa, e para a diminuição do tempo de trabalho de parto. É possível verificar igualmente resultados positivos no RN, a redução do desconforto respiratório do mesmo e o aumento do score do Apgar, tanto ao primeiro quanto ao quinto minuto de vida (Klein & Gouveia, 2022).

Os métodos não farmacológicos de controlo de dor, são diversos, contudo, em ambiente hospitalar, nem todos são possíveis de serem utilizados. Entre os diversos métodos os mais comuns são as técnicas de relaxamento, a hidroterapia, a massagem, a aplicação de calor e frio, a utilização da bola de pilates e a deambulação.

A utilização da bola de pilates constitui uma estratégia frequentemente solicitada pelas parturientes, contribuindo para o conforto, alívio da dor e facilitação da descida da apresentação fetal. O seu uso promove a adoção de uma posição verticalizada, que potencia a ação da gravidade, favorece a descida da apresentação fetal na pelve materna e otimiza o relaxamento da musculatura perineal, resultando numa descida e progressão fetal mais rápida e eficaz (Maffei et al., 2021; Biana et al., 2021).

A massagem corporal, quando aplicada de forma intencional e sistemática, estimula os recetores sensoriais cutâneos, ativando predominantemente as fibras aferentes de maior calibre. Este mecanismo aumenta o fluxo sanguíneo local e a oxigenação tecidual, enquanto inibe a transmissão de estímulos dolorosos ao nível do sistema nervoso central, contribuindo para a redução da dor. Paralelamente, esta estimulação desencadeia sensações de prazer e bem-estar. De forma semelhante, a utilização da hidroterapia, com recurso a calor, promove vasodilatação periférica e a redistribuição do fluxo sanguíneo, facilitando o relaxamento muscular e potenciando o alívio sintomático (Maffei et al., 2021; Biana et al., 2021).

A utilização individualizada de cada uma destas técnicas não farmacológicas proporciona benefícios evidentes à parturiente; contudo, é a sua aplicação combinada, ou sequencial, que potencia resultados mais consistentes e favoráveis. A associação entre a bola de pilates e a hidroterapia contribui para a redução da dor e do stress materno, ao mesmo tempo que favorece a progressão do trabalho de parto, promovendo o relaxamento global e otimizando a função da musculatura do pavimento pélvico (Biana et al., 2021; Klein & Gouveia, 2022).

A aplicação de forma sequencial do uso da bola de pilates, da massagem e da hidroterapia, está associada a uma redução significativa da intensidade da dor, à aceleração do período expulsivo, assim como à diminuição da necessidade e ao adiamento da utilização de métodos farmacológicos para controlo da dor (Klein & Gouveia, 2022).

Perda gestacional e a sua influência em futuras gestações

A gravidez é um processo natural evolutivo ao qual se encontra inerente a transição da mulher para um novo papel, levando a uma adaptação e reestruturação da mesma enquanto ser biopsicossocial. Quando a gravidez já não é viável e inevitavelmente ocorre a sua interrupção, quer seja espontânea ou induzida, denominamos de perda gestacional. A perda gestacional é a complicação mais comum da gestação, sendo que 20% das gravidezes evoluem para interrupção espontânea, não tendo só repercussões a nível físico, mas também a nível social e familiar (Soares & Cançado, 2017).

A perda gestacional ou neonatal caracteriza-se como um evento de elevada complexidade emocional. As mulheres que vivenciam esta experiência enfrentam um processo de luto frequentemente invisível, uma vez que muitas frequentemente não encontram abertura social para a sua expressão pública. Tal invisibilidade decorre do desconforto social em lidar com a morte de um bebé que, aos olhos da sociedade, “não chegou a existir” (Fleck, Ribeiro, Rodrigues & Soares, 2025).

A perda gestacional exerce impacto significativo em múltiplas dimensões, nomeadamente psicológicas, sociais e culturais, influenciando a forma como as pessoas experienciam e enfrentam este evento. Assim, torna-se necessária uma análise multidisciplinar e multifatorial que permita uma compreensão abrangente deste fenómeno complexo (Silva et al., 2019; Pereira, 2024)

Deste fenómeno provém o termo “bebé arco-íris”, utilizado para designar a criança que nasce após uma perda gestacional ou neonatal. Este conceito simboliza a mudança positiva e o renascimento da esperança após um período de profunda tristeza. Apesar da sua conotação fortemente positiva, a vivência de uma nova gestação neste contexto é frequentemente acompanhada por diversos desafios emocionais e psicológicos. Os pais podem experienciar sentimentos ambivalentes, coexistindo alegria e medo, esperança e ansiedade, o que evidencia a complexidade deste processo de transição (Fleck, Ribeiro, Rodrigues & Soares, 2025).

O desejo de uma nova gestação após a perda, não reflete somente a vontade de reconstruir sonhos, mas também atua como um mecanismo de defesa contra a dor do luto. A nova gravidez, embora venha recheada de novas expectativas, sonhos e idealizações, pode reativar medos diretamente relacionados com a perda anterior, podendo inicialmente dificultar a formação da ligação entre a mãe e o bebé (Fleck, Ribeiro, Rodrigues & Soares, 2025).

Foi possível constatar, neste caso, que, embora existisse uma ligação entre a mãe e o bebé, o momento era marcado por um elevado nível de medo, o que poderá ter influenciado a perceção das sensações vivenciadas.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 32 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-12-05 15:30:00	Sufentanil 50 mcg/ml	
2024-12-05 15:30:00	Ropivacaína 2 mg/ml	
2024-12-05 15:30:00	Ropivacaína 7,5 mg/ml	
2024-12-05 15:30:00	Lidocaína 20 mg/ml	
2024-12-05 15:30:00	Petidina 50mg/ml	
2024-12-05 15:30:00	Solução Polielectrolítica com glucose	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Lidocaína 20 mg/ml

A lidocaína atua como um anestésico local uma vez que tem como principal função estabilizar a membrana neuronal através da inibição dos fluxos iónicos necessários para o início da condução dos impulsos nervoso (Hypofarma, 2023).

Os anestésicos locais atuam bloqueando a condução dos impulsos nervosos ao longo das fibras e terminações nervosas, através da inibição reversível dos canais de sódio na membrana neuronal. Podem ser administrados por injeção ou por aplicação tópica sobre a pele ou mucosas. Estão indicados em procedimentos que requerem anestesia local ou regional, permitindo a perda de sensibilidade numa área limitada, sem comprometer o estado de consciência do indivíduo. Este anestésico está indicado para uso em situações de anestesia local ou regional (Hypofarma, 2023).

O início, a sua duração e a extensão do relaxamento muscular são proporcionais ao volume e concentração utilizados. O aumento de concentração e volume do injetável diminui o início da sua ação, prolongando a duração da anestesia e promovendo uma maior extensão de tempo para relaxamento muscular. No entanto, esse mesmo aumento pode resultar numa diminuição da pressão arterial se administrado de forma incorreta (endovenosa) (Hypofarma, 2023).

O uso desta terapêutica durante o período de trabalho de parto pode trazer algumas reações adversas tanto para a parturiente como para o feto e recém-nascido, podendo estas reações envolver alteração do tônus muscular e da função cardíaca. A hipotensão na parturiente é uma consequência da anestesia regional, uma vez que estes levam à vasodilatação por bloqueio dos nervos simpáticos, motivo pelo qual devem ser avaliados os sinais vitais à parturiente durante a sua utilização. A monitorização da frequência cardíaca fetal também é igualmente aconselhável (Hypofarma, 2023).

Ropivacaína 2mg/ml e 7,5mg/ml

Ropivacaína é um medicamento que pertence ao grupo denominado de anestésicos locais. A ropivacaína na dosagem de 2mg/ml é utilizada em adultos e crianças de qualquer idade para o controlo de dor aguda, atenuando-a em determinadas partes do corpo. A dosagem de 7,5mg/ml é somente utilizada em adultos e crianças com mais de 12 anos para atenuar a dor em determinadas partes do corpo. É igualmente usada para atenuar a dor de partes do corpo durante um procedimento cirúrgico, assim como durante o parto e cesariana (Infarmed, 2022a).

O uso desta terapêutica encontra-se interdito se a parturiente apresentar alergia ou hipersensibilidade a outros anestésicos da mesma classe (lidocaína ou bupivacaína) ou se apresentar hipovolemia. Não deve ser administrado este medicamento se existirem sinais inflamatórios no local de punção (Infarmed, 2022a).

A dose a administrar é determinada com base na avaliação de diversos parâmetros individuais, nomeadamente o peso corporal, a idade e o estado físico da parturiente. A administração do anestésico é efetuada através de um cateter epidural, inserido no espaço epidural, localizado na região circundante à medula espinal. A presença do anestésico neste espaço bloqueia a transmissão dos impulsos nervosos entre os nervos periféricos e o cérebro, impedindo a perceção sensorial da dor, do calor e do frio. Contudo, a parturiente mantém a perceção de outras sensações, como a pressão e o toque, uma vez que as fibras nervosas responsáveis por estas sensações não são totalmente inibidas pelo bloqueio epidural (Infarmed, 2022a).

Como qualquer medicamento os seus efeitos secundários são diversos sendo alguns mais comuns que os restantes. É frequente haver alteração da pressão arterial, havendo picos hipotensivos, levando ao aparecimento de tonturas e náuseas. O aparecimento de cefaleias, parestesias, bradicardias ou taquicardias, vômitos, retenção urinária, hipertermia ou rigidez muscular são também frequentes, sendo por estes motivos importante a monitorização contínua dos sinais vitais (Infarmed, 2022a).

A sobredosagem pode originar efeitos adversos significativos, decorrentes da toxicidade sistémica dos anestésicos locais. Entre os principais sinais e sintomas descritos encontram-se as alterações da visão e da audição, dormência orofaríngea, parestesias, disartria, espasmos musculares, convulsões e arritmias cardíacas, as quais resultam da ação direta do fármaco sobre o sistema nervoso central e o sistema cardiovascular (Infarmed, 2022a).

Sufentanilo 0,005mg/ml

O sufentanilo pertence ao grupo de anestésicos opiáceos que aliviam ou evitam a dor durante e depois da narcose. Quando administrado através de cateter epidural é utilizado para prevenir a dor após a cirurgia ou cesariana ou tratar a dor durante o trabalho de parto e o parto em si (Hamel, 2022).

O sufentanilo não deve ser administrado se houver presença de hemorragias graves ou choque, se houver presença de infeção generalizada ou no local de administração, se a parturiente estiver sobre o efeito de terapêutica anticoagulante e se houver défice no processo de cicatrização. A posologia depende da idade, peso corporal e da condição física assim como do tipo de procedimento e o nível de anestesia pretendido (Hamel, 2022).

As reações adversas mais frequentes são a sedação, o prurido, as náuseas e os vômitos, no entanto existem outras reações que também são frequentes tais como hipertensão, hipotensão, taquicardia, palidez, hipertermia e cefaleia, motivo pelo qual deve ser mantida monitorização dos sinais vitais e da parturiente durante o processo de administração do fármaco e durante o seu período de atuação (Hamel, 2022).

Sufentanilo 50mcg/ml + Ropivacaína 7,5mg/ml + Cloreto de sódio 0,9% - Preparado na PCEA (*patient-controlled epidural anesthesia*) segundo prescrição médica (Cloreto de sódio 0,9% - 82ml + Sufentanilo - 4ml + Ropivacaína- 14ml).

Atualmente os anestésicos locais mais utilizados na prática clínica para analgesia do trabalho de parto são a ropivacaína e bupivacaína, associado à presença de recetores opióides como o fentanilo ou sufentanilo, obtendo-se uma maior qualidade analgésica e a minimização dos efeitos tóxicos através da associação de opióides, uma vez que os mesmos atuam diminuindo a concentração mínima de anestésico necessária para a obtenção da analgesia (Saraiva, 2016).

Petidina 50mg/ml

A petidina é um analgésico e estupefaciente que atua sobre o sistema nervoso central, em casos de dor moderada a intensa. Devido às suas características a petidina, tal como outros opióides, pode reduzir a ansiedade associada à dor (Infarmed, 2022b).

Esta terapêutica encontra-se contraindicada em casos de hipersensibilidade a qualquer um dos seus componentes. O seu uso é igualmente desaconselhado em situações de depressão respiratória, nomeadamente quando associada a cianose ou secreção brônquica excessiva, durante uma crise de asma brônquica, bem como em casos de insuficiência cardíaca secundária ou de doença pulmonar crónica (Infarmed, 2022b).

A administração de analgésicos opiáceos, tal como a petidina, durante o trabalho de parto, pode causar depressão respiratória no recém-nascido. Este fármaco atravessa a barreira placentar e pode ser posteriormente excretada no leite materno (Infarmed, 2022b).

O efeito analgésico da petidina tem uma duração, geralmente de duas a quatro horas. Como analgésico em obstetrícia pode ser administrado em doses de 50 a 100mg, por via IM ou SC, na fase ativa de trabalho de parto. Esta dose pode ser repetida após uma a três horas, se necessário (Infarmed, 2022b).

Os efeitos secundários mais comuns são náuseas, vômitos, obstipação, sonolência, confusão, bradicardia, sudorese mais intensa, rubor facial e hipotermia (Infarmed, 2022b).

Solução polielectrolítica com glucose

A solução polielectrolítica com glucose constitui uma preparação para administração intravenosa utilizada em perfusão. Está indicada no tratamento de estados de desidratação de etiologia diversa, proporcionando simultaneamente a reposição hidroelectrolítica e o aporte energético sob a forma de hidratos de carbono. Pode ainda ser utilizada na correção de distúrbios metabólicos ou na reposição de fluidos em situações em que a hidratação por via oral se encontra comprometida ou contraindicada (Infarmed, 2022c).

O uso desta solução deve ser suspenso em caso de hipersensibilidade a qualquer um dos seus componentes, hipervolemia, dispneia, edemas dos membros inferiores por retenção, disfunção renal, hipercalcemia, hipernatremia, hipercalcemia, hipercloremia ou diabetes mellitus descompensada (Infarmed, 2022c).

Alguns dos efeitos adversos podem ser edema peri bucal, prurido, eritema cutâneo ou dor no local de administração (Infarmed, 2022c).

De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS, 2023) deve ser realizada a cateterização de uma veia periférica antes da abordagem do neuroeixo, iniciando-se a administração endovenosa de uma solução polielectrolítica com glucose a 5 %, à velocidade de perfusão de 125 mL/h. No entanto, segundo a *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2019), a hidratação por via oral é preferível em mulheres em trabalho de parto espontâneo e sem complicações, não sendo recomendada a utilização rotineira de fluidoterapia intravenosa neste contexto.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

05-12-2024 15:30

05-12-2024 15:30 - Cateter epidural

05-12-2024 15:30 - Assegurar funcionamento do cateter

05-12-2024 15:30 - Cateter venoso periférico

05-12-2024 15:30 - Localização do cateter venoso periférico

05-12-2024 15:30 - Mão Direita(o)

05-12-2024 15:30 - Características do dispositivo: CVP nº20.

05-12-2024 15:30 - Ausência de dor.

05-12-2024 15:30 - Ausência de calor.

05-12-2024 15:30 - Ausência de rubor.

05-12-2024 15:30 - Ausência de tumefação.

05-12-2024 15:30 - Ausência de exsudado.

05-12-2024 15:30 - Ausência de infiltração.

05-12-2024 15:30 - Assegurar funcionamento do cateter

3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Cateter venoso periférico

Parturiente puncionada na sala de indução antes da entrada na sala de partos. À entrada na sala de partos, as parturientes encontram-se puncionadas (se proveniência for da sala de indução ou internamento de grávidas) ou são puncionadas no momento de admissão à sala (se admissão pelo SU). Por norma é utilizado cateter 20G, por protocolo institucional.

De acordo com a orientação da Direção Geral de Saúde (2023), um dos cuidados a ter num primeiro estadio do trabalho de parto de baixo risco, é a cateterização de uma veia periférica, preferencialmente no membro superior esquerdo com cateter venoso periférico de 18 ou 20G. No entanto, não se prevê a administração de soros por rotina nesta fase, a não ser que exista essa necessidade, como a parturiente ser submetida a analgesia do neuroeixo, nesse caso, é cateterizada uma veia periférica previamente à abordagem do neuroeixo, e administrada uma solução polielectrolítica com glucose a 5% por via endovenosa ao ritmo de 125 ml/hora.

Cateter epidural

Pelas 10h55, e a pedido da parturiente, foi realizada a técnica sequencial para colocação de cateter epidural. Após a inserção do cateter, foi administrada uma dose inicial de medicação em bólus, sendo posteriormente instituído o sistema de analgesia controlada pela parturiente (PCEA), para manutenção da analgesia através do cateter epidural.

Antes da realização do procedimento, procedeu-se à avaliação dos sinais vitais maternos e à monitorização cardiotocográfica por cardiotocografia. A execução da técnica apenas ocorreu após a

verificação da estabilidade hemodinâmica da parturiente e da normalidade do registo cardíofetal. Após a colocação do cateter epidural, foi efetuada nova avaliação dos sinais vitais imediatamente e repetida cinco minutos depois, de forma a monitorizar possíveis alterações hemodinâmicas.

A cardiotocografia foi reiniciada entre 15 a 20 minutos após a conclusão do procedimento. Antes de qualquer tentativa de mobilização ou deambulação, deve ser avaliada a sensibilidade motora e nervosa da parturiente, de modo a garantir a sua segurança.

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2023), durante a fase latente do trabalho de parto de baixo risco, deve ser realizado CTG externo de forma contínua, preferencialmente com telemetria. Deve ainda proceder-se à medição da temperatura timpânica, e a avaliação do pulso radial e da pressão arterial de 4/4h.

Após a colocação de cateter epidural deve ser administrada medicação através do cateter, segundo prescrição realizada pelo anestesista, assim como realizada a avaliação do pulso radial e da pressão arterial com dispositivo automatizado a cada cinco minutos após a administração do bólus epidural, até 20 minutos após o estabelecimento do bloqueio e posteriormente a cada 15 minutos.

Deve ser igualmente avaliado o nível sensitivo e motor do bloqueio 20 minutos após cada bólus e a cada hora na perfusão contínua, usando a escala de Bromage: 0= Ausência de bloqueio motor, 1= Bloqueio parcial, 2= Bloqueio quase completo e 3= bloqueio completo. Se escala de Bromage > 2 deve ser contactado o anestesista. Se Bromage = 0, a EEESMO deve incentivar a mobilização (DGS, 2023).

Após a administração da analgesia epidural, recomenda-se a adoção de uma conduta cautelosa, particularmente nos minutos iniciais e durante a primeira hora após, período em que a parturiente deve ser cuidadosamente monitorizada. Embora as alterações cardiotocográficas observadas neste contexto, como as desacelerações prolongadas ou a bradicardia fetal associada a um aumento do tônus uterino, possam inicialmente parecer preocupantes, a literatura científica tem sido consistente em demonstrar que, na maioria dos casos, estas alterações apresentam evolução transitória e não se associam a mau prognóstico neonatal (Abrão, Francisco & Zugaib, 2009).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
05-12-2024 15:30	Termorregulação	
05-12-2024 15:30	Parto	
05-12-2024 15:30	Emoção	
05-12-2024 15:30	Sondas, Drenos e Cateteres	
05-12-2024 15:30	Sistema cardiovascular	
05-12-2024 15:30	Eliminação urinária	

3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Termorregulação

De acordo com a DGS (2023), a monitorização da temperatura corporal durante o trabalho de parto constitui uma intervenção essencial, desempenhando um papel determinante na avaliação do bem-estar materno fetal.

A febre intraparto (>38°C) constitui um indicador significativo de possível infeção materna e está associada a um aumento do risco de infeções neonatais, incluindo pneumonia, meningite e sépsis (Ge, Zhang, Cai & Huang, 2021). Para além disso, a febre prolongada pode comprometer a progressão do trabalho de parto, aumentando a necessidade de intervenções obstétricas, como a cesariana, e elevando o risco de hemorragia pós-parto (Kinishi et al., 2024).

De igual modo, a hipotermia materna apresenta implicações clínicas relevantes, podendo contribuir para um maior sangramento, aumento do risco de infeção e desconforto pós-parto (Wilson & Nelson, 2022).

A monitorização contínua da temperatura corporal permite a deteção precoce destas alterações, possibilitando a implementação de intervenções imediatas e dirigidas, que visam otimizar os desfechos maternos e neonatais (Li & Ma, 2025).

Sistema cardiovascular

A gravidez é caracterizada por alterações fisiológicas significativas no sistema cardiovascular materno, que se tornam ainda mais evidentes durante o trabalho de parto. O débito cardíaco aumenta gradualmente ao longo da gestação, atingindo picos durante o trabalho de parto (Kuhn, Falk & Langesaeter, 2017).

A analgesia neuroaxial, embora eficaz para o controlo da dor, pode induzir hipotensão materna devido à vasodilatação periférica e redução do retorno venoso (Fitzgerald et al., 2020; Li, Shuai

& Huang, 2023). Do mesmo modo, a administração rápida de oxitocina pode desencadear taquicardia e hipotensão, pelo que diretrizes internacionais, como as da World Health Organization ([WHO], 2020), recomendam infusões lentas para melhor estabilidade hemodinâmica.

A avaliação cardiovascular adequada durante o trabalho de parto é, por isso, crucial para a segurança materno-fetal. Esta monitorização permite identificar precocemente sinais de sobrecarga cardíaca ou instabilidade hemodinâmica, orientar intervenções terapêuticas e reduzir o risco de complicações graves. Além disso, mulheres com cardiomiopatias ou insuficiência cardíaca beneficiam de uma abordagem multidisciplinar, envolvendo obstetras, anestesiastas e cardiologistas, para otimizar os desfechos maternos e neonatais (Afari, Sheehan & Reza, 2024; Türkmen & Inan, 2024).

Eliminação urinária

A distensão vesical durante o trabalho de parto reduz o espaço pélvico disponível, podendo comprometer a descida fetal e a rotação cefálica, aumentando o risco de progressão lenta do parto (Graça, 2017). Segundo a DGS (2023) a parturiente deve ser incentivada à micção espontânea. Quando esta não ocorre há mais de seis horas, deve ser avaliada a presença de globo vesical e proposto à parturiente o esvaziamento vesical com cateter.

Parto

O trabalho de parto é considerado um processo fisiológico durante o qual o feto, as membranas, o cordão umbilical e a placenta são expulsos do útero. Alguns dos sinais de que o trabalho de parto está iminente são a descida da apresentação fetal na pelve, assim como o aumento da atividade uterina. Os sinais clínicos do início do trabalho de parto caracterizam-se pelo aparecimento de contrações uterinas dolorosas de frequência e intensidade regulares, acompanhadas de apagamento e dilatação cervical (Varela et al., 2020).

O miométrio e o colo uterino sofrem alterações fisiológicas durante a gestação e parto e estas dividem-se em quatro fases sendo as três primeiras importantes para o processo de trabalho de parto. A primeira fase ocorre durante a maior parte da gravidez (até às 31 semanas), e corresponde à quiescência uterina, acompanhada pelo apagamento progressivo do colo uterino. Nesta fase o músculo liso uterino encontra-se relaxado, não respondendo a estímulos enquanto ocorrem alterações em termos de tamanho e vascularização. Enquanto isso o colo vai se tornando progressivamente mais distensível, como resultado direto do aumento da vascularização, hipertrofia do estroma, hiperplasia das glândulas e das alterações estruturais da matriz extracelular (Chiote, 2018).

A fase dois corresponde à parte final da gravidez (32-34 semanas), e tem como objetivo principal assegurar a preparação para o parto. Nesta fase ocorre a ativação uterina, onde existe a cessação do relaxamento do miométrio e alteração na expressão de proteínas que controlam a

contratilidade. O colo vai sofrendo alterações a nível do tecido conjuntivo, sendo que estas estão correlacionadas com o amadurecimento cervical. Nesta fase ocorre a dispersão das fibrinas de colagénio e a degradação das mesmas pelas metaloproteinases, enquanto as prostaglandinas atuam sobre a matriz celular. Tais alterações resultam na perda de integridade do colo. Seguidamente temos a terceira fase, que corresponde aos três estádios do trabalho de parto (Chiote, 2018).

O primeiro estadió de trabalho de parto começa com o aparecimento de contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa (WHO, 2018).

Este estadió encontra-se dividido em duas fases, a latente e a ativa, sendo que a latente é descrita como o período que vai desde o início de contrações irregulares até ao apagamento completo do colo uterino e dilatação superior a três cm (Varela et al., 2020).

Emoção

A dor do parto é multidimensional e multifatorial, resultando da interação entre os componentes sensorial e afetivo, modulados por fatores ambientais como a perceção cultural da dor, a idade, o género, o nível de escolaridade e a hereditariedade (Asl, Vantachi, Golmakani & Najafi, 2018; Dunkic & Vuletic, 2021). Enquanto a dor física é de natureza qualitativa, o componente afetivo corresponde a uma experiência emocional (Dunkic & Vuletic, 2022).

Também o parto como evento com elevada carga emocional (influenciado por fatores como experiências prévias negativas, complicações obstétricas, internamento do recém-nascido em cuidados intensivos, vulnerabilidade social ou monoparentalidade) pode intensificar o componente afetivo da dor, modificando a sua perceção (Dunkic & Vuletic, 2022).

A ansiedade influencia de forma relevante a experiência da dor do parto, afetando tanto os componentes sensoriais como os afetivos. Além disso, níveis elevados de sensibilidade ansiosa podem constituir fator de risco para o desenvolvimento de dor crónica (Dunkic & Vuletic, 2022).

Mulheres com traço de ansiedade elevado apresentam valores significativamente superiores do componente afetivo da dor, comparativamente com mulheres com ansiedade baixa ou moderada (Schaal et al., 2020; Tan et al., 2021).

A ansiedade materna, durante o trabalho de parto, tem sido associada a alterações fisiológicas que impactam tanto a perceção da dor como a progressão do trabalho de parto. A ansiedade interfere na regulação neuroendócrina, influenciando a libertação de hormonas como as catecolaminas, a oxitocina, o cortisol e as endorfinas. Estas alterações hormonais afetam a contratilidade uterina e os mecanismos de analgesia endógena, podendo repercutir-se na evolução do trabalho de parto e na perceção da dor materna (Nikmah et al., 2019; Walter, Abele & Plappert, 2021).

A oxitocina, essencial para a indução e progressão de contrações uterinas eficazes, apresenta níveis reduzidos sob condições de stress materno, comprometendo a força e a regularidade da contratilidade uterina e perpetuando um ciclo de ansiedade e dor (Walter, Abele & Plappert, 2021).

O cortisol, interfere na libertação de prostaglandinas, podendo retardar a dilatação cervical e prolongar o trabalho de parto, além de aumentar a sensibilidade à dor (Nikmah et al., 2019). Por sua vez, as endorfinas, neurotransmissores com função analgésica endógena, apresentam-se reduzidas em contextos de ansiedade elevada, diminuindo a capacidade de modulação natural da dor (Nikmah et al., 2019).

Estas alterações hormonais inter-relacionadas criam um círculo vicioso: a ansiedade eleva as catecolaminas e o cortisol, que inibem a oxitocina e reduzem os níveis de endorfinas, resultando em contrações uterinas menos eficazes, prolongamento da duração do trabalho de parto e aumento da percepção dolorosa (Nikmah et al., 2019; Walter, Abele & Plappert, 2021).

3.6. Conceção de Cuidados

Sistema cardiovascular

05-12-2024 15:30

05-12-2024 15:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

05-12-2024 15:30 - Membro superior Esquerda(o)

05-12-2024 15:30 - Pressão sanguínea sistólica: 124 mmHg.

05-12-2024 15:30 - Pressão sanguínea diastólica: 78 mmHg.

05-12-2024 15:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea

05-12-2024 15:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Eliminação urinária

05-12-2024 15:30

05-12-2024 15:30 - Urina em pequena quantidade.

05-12-2024 15:30 - Cheiro da urina: "sui generis".

05-12-2024 15:30 - Não reconhece a vontade de urinar.

05-12-2024 15:30 - Presença de globo vesical.

05-12-2024 15:30 - Retenção urinária

05-12-2024 15:30 - Promover eliminação urinária

05-12-2024 15:30 - Inserir cateter urinário

Termorregulação

05-12-2024 15:30

05-12-2024 15:30 - Temperatura corporal periférica

05-12-2024 15:30 - Ouvido: 36.80 °C.

05-12-2024 15:30 - Determinar evolução da temperatura corporal

05-12-2024 15:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal

Parto

05-12-2024 15:30

- 05-12-2024 15:30 - Posição do colo do útero: posterior.
- 05-12-2024 15:30 - Consistência do colo do útero: firme.
- 05-12-2024 15:30 - Extinção do colo do útero: início da extinção.
- 05-12-2024 15:30 - Dilatação do colo do útero: 2 cm.
- 05-12-2024 15:30 - Frequência da contração uterina: 2 Contrações uterinas/10 minutos .
- 05-12-2024 15:30 - Duração da contração uterina: 30 Segundos.
- 05-12-2024 15:30 - Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.
- 05-12-2024 15:30 - Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras.
- 05-12-2024 15:30 - Posição fetal: esquerda.
- 05-12-2024 15:30 - Apresentação fetal: cefálica.
- 05-12-2024 15:30 - Variedade fetal: indeterminada.
- 05-12-2024 15:30 - Descida do feto: acima do 1.º plano de Hodge.
- 05-12-2024 15:30 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
- 05-12-2024 15:30 - Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.
- 05-12-2024 15:30 - Expectativa face ao parto: eutócico não medicalizado.

05-12-2024 15:30 - Trabalho de parto

05-12-2024 15:30 - Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto

- 05-12-2024 15:30 - Conhecimento sobre trabalho de parto: facilitador.
- 05-12-2024 15:30 - Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: facilitadora.
- 05-12-2024 15:30 - *Avaliar evolução do autocontrolo para lidar com o trabalho de parto*

Emoção

05-12-2024 15:30

- 05-12-2024 15:30 - Sem indícios de humor depressivo.
- 05-12-2024 15:30 - Sem indícios de euforia.
- 05-12-2024 15:30 - Verbaliza ansiedade.
- 05-12-2024 15:30 - Sem manifestação de inquietação.
- 05-12-2024 15:30 - Sem manifestação de irritabilidade.
- 05-12-2024 15:30 - Sem manifestação de pânico.
- 05-12-2024 15:30 - Especificação da perda: Perda Gestacional.
- 05-12-2024 15:30 - Não manifesta negação da perda.
- 05-12-2024 15:30 - Não manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

05-12-2024 15:30 - Ansiedade

05-12-2024 15:30 - Determinar evolução da ansiedade

- 05-12-2024 15:30 - *Avaliar evolução da ansiedade*

05-12-2024 15:30 - Diminuir ansiedade

- 05-12-2024 15:30 - *Executar técnica de relaxamento*
- 05-12-2024 15:30 - *Assistir parturiente no treino do autocontrolo da ansiedade*

05-12-2024 15:30 - Promover autocontrolo: ansiedade

05-12-2024 15:30 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora.

05-12-2024 15:30 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador.

05-12-2024 15:30 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitadora.

05-12-2024 15:30 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.

3.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Avaliei temperatura corporal com termómetro timpânico a cada quatro horas de forma a verificar bem-estar materno e segundo orientações da DGS (2023).

Inserir cateter urinário

- Realizei esvaziamento vesical a cada três horas, segundo protocolo do serviço.

Executar técnica de relaxamento

- Ajudei a parturiente a utilizar e adequar estratégias de relaxamento como a música, a respiração, a massagem e a distração cognitiva.
- Aconselhei o uso de música da preferência da parturiente durante a duração do trabalho de parto. A ansiedade é uma das situações mais experienciadas durante o processo de trabalho de parto, mostrando alguns efeitos adversos a nível da saúde materna e infantil. Intervenções com música tendem a levar a uma redução dos efeitos da ansiedade em diversos tipos de população, sendo que são de baixo custo, de fácil acessibilidade e têm um alto grau de aceitação (Lin, et al., 2019; Vaid, et al., 2025). Estudos demonstram uma diminuição nos níveis de dor e ansiedade, quando associadas ao uso de música, tanto na fase latente quanto na fase ativa do trabalho de parto (Santiváñez-Acosta, Tapia-López & Santero, 2020; Vaid, et al., 2025)
- Questionei se parturiente sabia sobre o uso de técnica de mindfulness e se já o tinha aplicado anteriormente. A técnica de mindfulness refere-se à utilização da consciência intencional, momento a momento, focada somente no presente, em conjunto com uma atitude de curiosidade, abertura com ausência de julgamentos, em relação a pensamentos, emoções, sensações corporais e ambiente envolvente (Kuyken & Evans, 2014; Roemer, Arbid, Martinez & Orsillo, 2017). Esta técnica traz ao praticante uma sensação de auto compaixão, uma vez que orienta a mente a reconhecer a dor como uma experiência humana e a capacidade de a tratar com carinho, empatia e paciência (Kuyken & Evans, 2014).
- Aconselhei o uso de técnica da respiração nos momentos em que parturiente demonstrava um maior pico de ansiedade, assim como durante exercícios na bola de pilates. A concentração na respiração é usada como estratégia para desviar a atenção e, assim,

bloquear ou diminuir a receção e processamento da informação, cujo objetivo é contribuir para a redução da ansiedade, alívio da dor e potenciar o relaxamento. A concentração na respiração funciona interrompendo a transmissão dos sinais de dor ao cérebro, dando-lhe algo positivo em que se concentrar. Para além disso, ativa processos mentais que fazem as sensações do parto parecerem menos desagradáveis e estimula a libertação de endorfinas (Cardoso et al., 2023)

- Aconselhei e com o consentimento da parturiente realizei massagem, quando a parturiente considerava adequado. A massagem constitui uma intervenção terapêutica manual que, através da aplicação de estímulos táteis controlados sobre os tecidos moles, induz a estimulação sensorial e neurofisiológica. Esta estimulação promove o aumento do fluxo sanguíneo local, facilitando a perfusão e a oxigenação dos tecidos. Consequentemente, verifica-se uma diminuição da dor por mecanismos neuromodulatórios e uma redução da atividade do sistema nervoso simpático, resultando em relaxamento muscular e diminuição do stress emocional (Lai, et al., 2021; Fragiorgio, 2022).
- Apliquei a técnica de distração cognitiva sempre que pertinente. A distração cognitiva consiste em desviar a atenção de um estímulo que provoca ansiedade para atividades, pensamentos ou conversas não relacionadas, ajudando a reduzir emoções negativas temporariamente (Leslie-Miller, Cole & Waugh, 2023).
- Ao longo da minha intervenção com a parturiente, recorri à distração cognitiva, que se revelou bastante eficaz em determinados momentos. Durante os episódios de maior ansiedade, a parturiente optou por utilizar técnicas já conhecidas e habitualmente praticadas no domicílio, como os exercícios de respiração e a utilização de música. A aplicação de massagem, especialmente nas fases de maior tranquilidade, mostrou-se também benéfica para a manutenção do relaxamento.

Avaliar evolução da ansiedade

- Utilizei a escala visual analógica da ansiedade (EVAA) após a utilização de alguma técnica de relaxamento mais específica como a respiração e a massagem, assim como ao longo do trabalho de parto. A EVAA é uma ferramenta simples e de rápida aplicação e validação. É utilizada para medir a ansiedade momentânea (ansiedade-estado) da mulher em trabalho de parto, tratando-se de uma linha horizontal de 10 cm onde o zero equivale a ausência de ansiedade e o 10 a ansiedade máxima (Floris & Irion, 2015). A sugestão de uso desta escala está mais foca em três momentos-chave, sendo estes a fase latente, o início e o fim da fase ativa. Deve ser também aplicada antes e após o uso de estratégias não farmacológicas para o controlo da ansiedade, de forma a verificar a eficácia das mesmas (Çevik & Karaduman, 2020).

Assistir parturiente no treino do autocontrolo da ansiedade

- Incentivei parturiente a utilizar estratégias de autocontrolo de ansiedade com que está familiarizada.
- Elogiei o comportamento de autocontrolo e de adesão às estratégias utilizadas.

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Avaliei pressão sanguínea a cada hora ao longo do trabalho de parto, de acordo com o

procedimento.

Avaliar evolução do autocontrolo para lidar com o trabalho de parto

- Avaliei a utilização e o efeito das técnicas de relaxamento através da observação da parturiente ao longo do trabalho de parto. Nem todas as pessoas são capazes de relaxar “naturalmente”. Relaxamento significa descontrair, libertar-se da tensão muscular. As técnicas de relaxamento têm como objetivo permitir que as mulheres reconheçam as partes do corpo e suas sensações, nomeadamente as diferenças entre relaxamento e contração e as melhores posições para relaxar. Estas técnicas visam produzir a resposta de relaxamento natural do corpo, caracterizada por respiração mais lenta, pressão arterial mais baixa e uma sensação de bem-estar. O seu efeito é variável de pessoa para pessoa e, mesmo na mesma pessoa, em momentos diferentes (Cardoso et al., 2023).

3.8. Síntese relativa ao caso

A seleção do presente caso para a elaboração do plano de cuidados teve como objetivo compreender as preocupações manifestadas pela parturiente, identificar os fatores determinantes da sua ansiedade e avaliar estratégias de intervenção passíveis de promover o seu bem-estar mental.

A ansiedade materna pode influenciar negativamente o trabalho de parto. Estudos recentes indicam que níveis elevados de ansiedade ou de stress específico da gravidez estão associados a uma maior duração do parto e a uma maior necessidade de intervenções médicas, como analgesia epidural. Este efeito parece ocorrer por vias fisiológicas e psicológicas, incluindo alterações hormonais e dificuldades no controlo do stress (Hildingsson, Nilsson, Merio & Larsson, 2021).

Desde o primeiro contacto, foi possível observar que a parturiente se encontrava em estado contínuo de alerta. Pequenos desconfortos ou ruídos provenientes de equipamentos médicos desencadeavam respostas de vigilância intensa. Embora algum nível de alerta seja fisiologicamente expectável durante o trabalho de parto, a intensidade observada excedia o habitual, comprometendo o bem-estar da parturiente e limitando a perceção de uma experiência de parto positiva.

A comunicação inicial revelou-se insuficiente para a identificação das causas subjacentes à ansiedade materna. Com o estabelecimento progressivo de uma relação terapêutica baseada na confiança, a parturiente evidenciou preocupações relacionadas com o parto, em particular de ocorrência de eventos adversos, associando estas preocupações às suas experiências anteriores de perdas gestacionais.

A ansiedade durante a gravidez e o trabalho de parto não deve ser interpretada apenas como

uma reação situacional, mas antes como o resultado de um processo cumulativo que integra experiências passadas, fatores contextuais e percepções individuais de risco. Esta visão integrada sublinha a importância de uma abordagem clínica que valorize a história obstétrica da mulher e que desenvolva estratégias de apoio psicológico dirigidas, capazes de mitigar os efeitos adversos da ansiedade na experiência de parto e nos resultados perinatais (Farren et al., 2022; Mahini et al., 2023).

As primeiras estratégias de intervenção consistiram na tranquilização da parturiente relativamente à monitorização contínua do seu bem-estar e do feto. Esta abordagem promoveu uma redução parcial da ansiedade, ainda que não total.

O foco não deve ser apenas na dimensão fisiológica do parto, mas também na componente emocional e relacional. A presença contínua, quer por parte de profissionais quer de acompanhantes, constitui um recurso essencial para a promoção de cuidados humanizados e centrados na mulher, capazes de melhorar os resultados maternos e neonatais (Wang et al., 2018).

Durante o período de acompanhamento, foram exploradas estratégias de autorregulação previamente conhecidas pela parturiente, tais como a utilização de música e a discussão de temas alheios à gravidez, tendo-se constatado efeitos positivos na estabilização emocional. Para além destas, foram introduzidas técnicas adicionais, incluindo massagem, exercícios respiratórios e prática de pensamento positivo, embora a eficácia destas últimas tenha sido limitada nas primeiras tentativas.

Esta análise evidenciou que a preparação pré-natal nem sempre aborda de forma adequada os desafios emocionais e cognitivos que podem surgir durante o trabalho de parto, incluindo receios, frustrações e ansiedade acumulada ao longo da gestação, que frequentemente se prolongam para o período pós-parto.

No contexto das consultas pré-natais e da preparação para o parto, torna-se imperativo identificar estas situações e fornecer estratégias ajustadas à realidade individual da grávida. A intervenção efetiva não pode restringir-se a um contacto breve durante o trabalho de parto, altura em que a clareza cognitiva e emocional da mulher pode estar comprometida.

Adicionalmente, observou-se que a ansiedade materna é frequentemente subestimada, com uma atenção exclusiva à gestão física da dor, ignorando a sua componente psicológica. No caso em análise, as queixas algícas persistiram ao longo do internamento, sem avaliação da sua origem emocional, sendo atribuídas apenas à progressão fisiológica do trabalho de parto.

A análise clínica deste caso evidenciou lacunas significativas na abordagem da saúde mental das parturientes, demonstrando como estas lacunas podem afetar negativamente o desenlace do trabalho de parto. Observou-se que muitos profissionais privilegiam a intervenção física em detrimento do suporte psicológico, comprometendo a eficácia global dos cuidados prestados

Este caso reforça a importância de um plano de cuidados individualizado, sustentado em práticas de enfermagem centradas na mulher. Cada parturiente apresenta vivências, crenças, valores e expectativas singulares, que influenciam a forma como percebe, aceita e responde aos cuidados prestados. Assim, torna-se essencial que o EEESMO adote uma abordagem centrada na mulher, reconhecendo a sua autonomia, experiência e papel ativo no processo de parto.

A implementação de intervenções padronizadas, sem consideração pelas especificidades individuais, pode resultar numa assistência superficial e tecnicista, desprovida de significado para a parturiente e com benefícios clínicos limitados. Em contrapartida, os cuidados baseados na individualização e na empatia promovem um ambiente de confiança, segurança e bem-estar, elementos fundamentais para uma experiência de parto positiva.

Esta perspetiva encontra suporte nas recomendações da WHO (2018), que advoga uma assistência centrada na mulher, respeitosa, participativa e culturalmente sensível. Tal abordagem visa, não apenas a obtenção de resultados clínicos favoráveis, mas também, o fortalecimento do empoderamento feminino e a promoção da dignidade e da humanização do parto.

4. CASO 2 - A BOLA DE PILATES COMO RECURSO FACILITADOR DA MOBILIDADE NA FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO

Parturiente de 27 anos, IG0P, com idade gestacional de 40 semanas e um dia. Sem antecedentes pessoais relevantes. Admitida à sala de parto, pelas 9h45, proveniente do serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia, com diagnóstico de trabalho de parto ativo. À admissão apresenta colo uterino intermédio com 80% de extinção, quatro cm de dilatação. Apresentação cefálica, bolsa amniótica íntegra. Exame para *Streptococcus* do grupo B negativo. Parturiente expressa desejo de administração de analgesia epidural como estratégia de controlo da dor de trabalho de parto, manifestando simultaneamente intenção de manter mobilidade física, especialmente dos membros inferiores, com o objetivo de adotar posições verticais e realizar atividade física o máximo tempo possível.

4.1. Enquadramento teórico

Identificação Pessoal:

- Idade: 27 anos
- Estado Civil: Solteira
- Acompanhante: Companheiro

História Clínica:

- Alergias: Pó, Ácaros
- Hábitos tabágicos e alcoólicos: Nega
- Peso pré-gravídico: 53kg
- Peso atual: 65,1kg
- Altura: 162 cm
- IG: 40 semanas + 1 dia
- DUM: 15/04/2024
- Data provável de parto: 20/01/2024

- Gravidez: planeada e vigiada
- Medicação presente na gravidez: Folicil e Yodafer
- Medicação domiciliária: Nega

História Obstétrica:

- Paridade: 0
- Partos Pré-termo: 0
- Abortamentos: 0
- Filhos vivos: 0

Antecedentes Pessoais:

- Plano Nacional de Vacinação: Atualizado
- Contraceção: nenhuma

Antecedentes Familiares:

Mãe: Dislipidemia

Verticalidade e mobilidade no trabalho de parto

As posições verticalizadas e a mobilidade durante o trabalho de parto desempenham um papel fundamental na sua progressão, influenciando positivamente o bem-estar materno e fetal. De acordo com as recomendações mais recentes do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2024), a mudança frequente de posição é aconselhada ao longo do primeiro e segundo estádios do trabalho de parto, desde que clinicamente seguro e em conformidade com as preferências da mulher. No primeiro estágio, a adoção de posturas verticais tem demonstrado reduzir a duração do trabalho de parto em aproximadamente uma hora e 20 minutos, além de estar associada a uma menor taxa de cesarianas. No segundo estágio, embora os resultados sejam mais heterogêneos, a evidência continua a sustentar a importância da mobilidade e do conforto materno como componentes centrais de uma experiência de parto positiva.

A verticalidade e o movimento ativam mecanismos fisiológicos que favorecem a descida e o posicionamento do feto no canal de parto (Cardoso et al., 2023; Zangão & Lobão, 2022). A adoção de posturas verticais, aliada à liberdade de movimento, promove uma progressão mais eficiente do parto, facilitando a descida fetal e otimizando o alinhamento pélvico. O posicionamento vertical alinha o corpo materno com a força gravitacional e o eixo uterino, potenciando os mecanismos de encravamento e permitindo que o polo de apresentação pressione diretamente

o colo uterino. Adicionalmente, estas posturas favorecem o relaxamento perineal e a mobilidade das articulações sacroilíacas, aumentando os diâmetros dos estreitos pélvicos. Para além dos benefícios fisiológicos, observa-se também um impacto positivo no bem-estar emocional e psicológico da mulher, conferindo-lhe maior sensação de controlo e empoderamento durante o trabalho de parto (Ferrão & Zangão, 2017).

A mobilidade materna e a adoção de posturas verticalizadas durante o trabalho de parto estão associadas a benefícios clínicos e psicológicos significativos. Estas posturas reduzem a duração do trabalho de parto, pois promovem a progressão cervical e facilitam a descida fetal, enquanto aumentam a eficácia das contrações uterinas. Além disso, a mobilidade materna está relacionada com uma maior probabilidade de parto eutócico, menor necessidade de analgesia, incluindo anestesia epidural, e uma redução do recurso ao parto instrumental ou por cesariana, bem como de intervenções neonatais. Resulta em níveis mais elevados de satisfação com a experiência de parto, sem aumento do risco para a mãe ou para o recém-nascido (Lawrence, Lewis, Hofmeyr & Styles, 2013; Mineiro, Rito, Cardoso & Sousa, 2016; Ibrahim, Said & Elgzar, 2020).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 27 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2025-01-21 18:15:00	Sufentanil 50 mcg/ml	
2025-01-21 18:15:00	Ropivacaína 2 mg/ml	
2025-01-21 18:15:00	Ropivacaína 7,5 mg/ml	
2025-01-21 18:15:00	Lidocaína 20 mg/ml	
2025-01-21 18:15:00	Solução polielectrolítica com glucose	
2025-01-21 18:15:00	Dextrose 5%	
2025-01-21 18:15:00	Ocitocina 5UI/ml	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Dextrose 5%

A solução injetável de glicose a 5% está indicada como fonte de água, calorias e diurese osmótica, assim como em casos de desidratação, reposição de calorias, hipoglicémias e como veículo para diluição de medicamentos compatíveis (Fresenius Kabi, 2019).

A glicose é um nutriente facilmente metabolizado pelo organismo para fornecimento de energia, dispensando em alguns casos o uso de lípidos e proteínas como fontes de energia. Ainda, as soluções de glicose em concentrações iguais às do sangue (solução de glicose 5%) são adequadas para manutenção das necessidades de água quando o sódio não é necessário ou deve ser evitado (Fresenius Kabi, 2019).

O uso da solução de glicose é contraindicado em caso de hiper-hidratação, hiperglicémia, diabetes, acidose, desidratação hipotónica e hipocalémia (Fresenius Kabi, 2019).

Em estudo placebo controlado realizado em mulheres saudáveis que se encontravam em estágio final de gestação, foi verificado que a administração de 100 g de glicose uma hora antes do fim da gestação não provocou nenhum efeito adverso no equilíbrio ácido-base do feto (Fresenius Kabi, 2019).

As reações adversas podem ocorrer devido à solução ou à técnica de administração e estas incluem febre, infeção no ponto de administração, trombose venosa ou flebite irradiando-se a partir do ponto de administração, extravasamento e hipervolemia (Fresenius Kabi, 2019).

Ocitocina 5UI/ml

A utilização da ocitocina deve ser somente em situações controladas tais como de indução do trabalho de parto por razões médicas, por exemplo, na gravidez prolongada, rutura prematura

das membranas, hipertensão induzida pela gravidez (pré-eclâmpsia), na estimulação do trabalho de parto em casos selecionados de inércia uterina, durante a cesariana, após o nascimento da criança, para prevenção e tratamento da atonia uterina e hemorragias do pós-parto, assim como pode também ser indicado nos primeiros estádios da gravidez como terapêutica adjuvante para a gestão do aborto incompleto, inevitável ou falhado (Alfasigma, 2020).

O uso da ocitocina está contraindicado na presença de contrações uterinas hipertónicas ou de sinais de sofrimento fetal quando o parto não é iminente. De igual modo, a sua administração é desaconselhada em situações em que o parto vaginal é contraindicado por motivos maternos ou fetais, tais como incompatibilidade céfalo-pélvica significativa, apresentações anómalas, placenta prévia, vasa prévia, descolamento prematuro da placenta (*abruptio placentae*), apresentação ou prolapso do cordão umbilical, sobre distensão uterina ou diminuição da resistência do miométrio à rutura, como ocorre em casos de gravidez múltipla, polidrâmnios, grande multiparidade, bem como na presença de cicatrizes uterinas decorrentes de cirurgias major prévias, incluindo a cesariana com incisão corporal clássica (Alfasigma, 2020).

O uso prolongado desta terapêutica encontra-se contraindicado em doentes com inércia uterina resistente a oxitocina, toxémia pré-eclâmptica grave ou perturbações cardiovasculares graves (Alfasigma, 2020).

Não deve ser administrado como bólus intravenoso, uma vez que pode provocar hipotensão aguda de curta duração acompanhada por rubor e taquicardia reflexa (Alfasigma, 2020).

A administração de oxitocina em doses excessivas resulta na sobre estimulação uterina que poderá causar sofrimento, asfixia e morte fetal, ou poderá conduzir a hipertonidade, contrações tetânicas ou rutura uterina. É indispensável a monitorização rigorosa da frequência cardíaca fetal e da motilidade uterina (incluindo a frequência, intensidade e duração das contrações), de modo a ajustar a posologia às respostas individuais da parturiente. A administração de oxitocina durante ou após anestesia regional (como a anestesia epidural ou raquidiana) pode potenciar os efeitos hipertensores de agentes simpaticomiméticos vasoconstritores utilizados concomitantemente, exigindo, por isso, vigilância hemodinâmica contínua (Alfasigma, 2020).

Na estimulação do trabalho de parto, a administração de oxitocina deve ser efetuada por perfusão intravenosa contínua, preferencialmente com recurso a uma bomba de perfusão de velocidade variável, que permita um controlo rigoroso da taxa de administração. Quando se utiliza o método de perfusão gota a gota, recomenda-se a diluição de cinco unidades internacionais (U.I.) de oxitocina em 500 ml de solução eletrolítica fisiológica. Em situações clínicas em que seja necessário evitar a utilização de soluções contendo cloreto de sódio, pode empregar-se como alternativa uma solução de dextrose a 5% para diluição (Alfasigma, 2020).

Para a prevenção da hemorragia uterina pós-parto: a dose habitual é de cinco U.I. por perfusão intravenosa ou cinco a 10 U.I. por via I.M. após a expulsão da placenta (Alfasigma, 2020).

As reações adversas mais comuns são cefaleias, taquicardia ou bradicardia e náuseas e vômitos. No entanto, existem reações adversas mais incomuns tais como arritmias, *rash*, reações anafilactóides acompanhadas por dispneia, hipotensão ou *shock* (Alfasigma, 2020).

Dextrose 5% + Ocitocina 5UI/ml - Diluição de uma ampola de Ocitocina cinco UI/ml em 500 ml de Dextrose 5%, administrada por bomba perfusora com início a 12 ml/h (conforme protocolo hospitalar - aumento de 12 ml/h a cada 30 min se não houver presença de cicatriz uterina e CTG tranquilizador). No momento da fase expulsiva encontrava-se a 24 ml/h, sendo nesse momento suspensa, por contratilidade uterina regular e de grande intensidade. Foi adicionado mais uma ampola de Ocitocina cinco UI/ml no momento da dequitação e reiniciada a administração.

Os aspetos a considerar relativamente à restante medicação prescrita encontram-se explanados no primeiro caso.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

21-01-2025 18:15

21-01-2025 18:15 - Cateter epidural

21-01-2025 18:15 - Assegurar funcionamento do cateter

21-01-2025 18:15 - Cateter venoso periférico

21-01-2025 18:15 - Localização do cateter venoso periférico

21-01-2025 18:15 - Mão Direita(o)

21-01-2025 18:15 - Ausência de dor.

21-01-2025 18:15 - Ausência de calor.

21-01-2025 18:15 - Ausência de rubor.

21-01-2025 18:15 - Ausência de tumefação.

21-01-2025 18:15 - Ausência de exsudado.

21-01-2025 18:15 - Ausência de infiltração.

21-01-2025 18:15 - Características do dispositivo: CVP nº20.

21-01-2025 18:15 - Assegurar funcionamento do cateter

4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Os aspetos a considerar relativamente ao cateter venoso periférico e ao cateter epidural encontram-se explanados no primeiro caso.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
21-01-2025 18:15	Sistema cardiovascular	
21-01-2025 18:15	Eliminação urinária	
21-01-2025 18:15	Termorregulação	
21-01-2025 18:15	Parto	
21-01-2025 18:15	Sondas, Drenos e Cateteres	

4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Parto

O primeiro estadio do trabalho de parto encontra-se dividido em duas fases, a latente e a ativa, sendo que a fase ativa se caracteriza pelo aumento da intensidade, duração e frequência das contrações, que provocam a extinção do colo uterino. O seu padrão deve ser mais regular e decorre com a dilatação cervical acima de 3/4 cm. Esta fase caracteriza-se ainda por uma rápida dilatação cervical, que promove a descida e a rotação do feto ao longo da pelve, até à dilatação completa (Varela et al., 2020).

A dilatação cervical inicia-se mais cedo nas mulheres múltiparas do que nas nulíparas. No entanto, nas nulíparas o apagamento do colo inicia-se precocemente, sendo mais evidente antes do início do trabalho de parto do que nas múltiparas (Graça, 2017).

A utilização do partograma permite-nos analisar a dilatação cervical e a descida da apresentação pelos planos de Hodge, em relação ao tempo, permitindo acompanhar, registar e diagnosticar desvios de normalidade. Além disso pode auxiliar na tomada de decisão em relação a condutas para a correção desses desvios e evitar intervenções desnecessárias (Moraes et al., 2023).

Os domínios sistema cardiovascular, eliminação urinária e termorregulação encontram-se explanados no primeiro caso.

4.6. Conceção de Cuidados

Sistema cardiovascular

21-01-2025 18:15

21-01-2025 18:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

21-01-2025 18:15 - Membro superior Esquerda(o)

21-01-2025 18:15 - Pressão sanguínea sistólica: 117 mmHg.

21-01-2025 18:15 - Pressão sanguínea diastólica: 74 mmHg.

21-01-2025 18:15 - Determinar evolução da pressão sanguínea

21-01-2025 18:15 - *Avaliar evolução da pressão sanguínea*

Eliminação urinária

21-01-2025 18:15

21-01-2025 18:15 - Urina em moderada quantidade.

21-01-2025 18:15 - Cor da urina: amarelo-palha.

21-01-2025 18:15 - Cheiro da urina: "sui generis".

21-01-2025 18:15 - Frequência da eliminação urinária: diminuída.

21-01-2025 18:15 - Não reconhece a vontade de urinar.

21-01-2025 18:15 - Presença de globo vesical.

21-01-2025 18:15 - Retenção urinária

21-01-2025 18:15 - Promover eliminação urinária

21-01-2025 18:15 - *Inserir cateter urinário*

Termorregulação

21-01-2025 18:15

21-01-2025 18:15 - Temperatura corporal periférica

21-01-2025 18:15 - Ouvido: 37.20 °C.

21-01-2025 18:15 - Determinar evolução da temperatura corporal

21-01-2025 18:15 - *Avaliar evolução da temperatura corporal*

Parto

21-01-2025 18:15

21-01-2025 18:15 - Posição do colo do útero: intermédia.

21-01-2025 18:15 - Consistência do colo do útero: intermédia.

21-01-2025 18:15 - Extinção do colo do útero: 80%.

21-01-2025 18:15 - Dilatação do colo do útero: 4 cm.

21-01-2025 18:15 - Frequência da contração uterina: 2 Contrações uterinas/10 minutos.

21-01-2025 18:15 - Duração da contração uterina: 45 Segundos.
21-01-2025 18:15 - Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.
21-01-2025 18:15 - Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras.
21-01-2025 18:15 - Posição fetal: direita.
21-01-2025 18:15 - Apresentação fetal: cefálica.
21-01-2025 18:15 - Variedade fetal: indeterminada.
21-01-2025 18:15 - Descida do feto: acima do 1.º plano de Hodge.
21-01-2025 18:15 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
21-01-2025 18:15 - Perda sanguínea vaginal - quantidade: escassa.
21-01-2025 18:15 - Expectativa face ao parto: eutócico não medicalizado.

21-01-2025 18:15 - Trabalho de parto

21-01-2025 18:15 - Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto

21-01-2025 18:15 - Avaliar evolução do trabalho de parto

21-01-2025 18:15 - Facilitar trabalho de parto/nascimento

21-01-2025 18:15 - Gerir ingestão de líquidos

21-01-2025 18:15 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

21-01-2025 18:15 - Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto

21-01-2025 18:15 - Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: facilitadora.

21-01-2025 18:15 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

21-01-2025 18:15 - Massajar região lombo-sagrada

21-01-2025 18:15 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento

21-01-2025 18:15 - Controlar dor de trabalho de parto

21-01-2025 18:15 - Gerir analgesia

4.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do trabalho de parto

- Avaliei a dilatação cervical, através do exame vaginal, perante queixas da parturiente. Realizei higienização das mãos, pedi o consentimento à parturiente e expliquei o procedimento e o seu motivo. Parturiente posicionou-se em decúbito dorsal com joelhos fletidos. Durante o exame vaginal avaliei a extinção, dilatação, presença de membranas amnióticas, estática fetal (atitude, situação, apresentação e o ponto de referência) assim como a progressão da apresentação fetal nos planos de Hodge.
- Mantive igualmente vigilância do cardiotocograma para avaliação do padrão de contratilidade uterina e do seu efeito no bem-estar fetal (frequência cardíaca fetal, presença ou ausência de acelerações e desacelerações), assim como para a deteção de qualquer desvio padrão.

- A avaliação da evolução do trabalho de parto deve ser conduzida de forma progressiva, sistematizada e contínua, iniciando-se com a observação visual e o diálogo com a parturiente, prosseguindo com a avaliação externa, por meio da palpação abdominal e auscultação dos batimentos cardíacos fetais e, quando clinicamente indicado, culminando na avaliação interna através do exame de toque vaginal (Gordon et al., 2017). É essencial que, durante toda a assistência ao trabalho de parto, seja realizada uma monitorização constante do bem-estar materno e fetal. Tal implica a observação da dinâmica uterina, a monitorização dos batimentos cardíacos fetais, bem como a avaliação da perda de líquido amniótico, de sangue e de eventuais sinais de desconforto manifestados pela parturiente (Nascimento et al. 2017).

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Avaliei temperatura corporal com termómetro timpânico a cada quatro horas de forma a verificar bem-estar materno e segundo orientações da DGS (2023).

Inserir cateter urinário

- Realizei esvaziamento vesical a cada três horas, segundo protocolo do serviço.

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- Disponibilizei bola de parto, tendo sido incentivada à realização de movimentos já familiares, previamente executados no domicílio, tais como pequenos saltos e movimentos circulares suaves sobre a bola.
- Propus novos outros movimentos, nomeadamente movimentos assimétricos na bola, com o objetivo de promover o conforto, favorecer a mobilidade pélvica e otimizar a progressão fetal.
- Orientei para utilização de movimentos que fossem confortáveis e se adequassem ao momento, segundo a perspetiva da parturiente.
- Supervisionei o uso da bola de parto.
- Incentivei a colaboração do companheiro, orientando-o na realização de uma massagem relaxante durante o uso da bola de parto, de forma a promover o conforto materno e o envolvimento ativo no processo de parto.
- Incentivei a deambulação.
- O sucesso do processo de parto depende, em grande medida, da intervenção prévia do EEESMO, cuja competência técnica na aplicação de estratégias não farmacológicas, como a deambulação, o uso da bola de pilates, a hidroterapia, a massagem, a reflexologia e o treino de posicionamento, contribui para a otimização do trabalho de parto. A escolha da posição no primeiro estágio deve integrar este planeamento assistencial, sendo igualmente essencial que o EEESMO oriente e apoie as mulheres que não tiveram acesso prévio a esta informação. Adicionalmente, nas parturientes de baixo risco, deve promover-se um papel ativo e participativo, encorajando-as a adotar a posição que considerem mais confortável e adequada às suas necessidades, de modo a favorecer uma experiência de parto mais positiva e humanizada (Cardoso et al., 2020).

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- Assegurei a privacidade da parturiente, mantendo a porta fechada.

- Questionei a parturiente sobre o grau de luminosidade da sala e ajustei o ambiente de acordo com as suas preferências.
- Procedi à abertura da janela, a seu pedido, para promover o arejamento e arrefecimento do espaço.
- Disponibilizei ainda uma coluna de som para a reprodução de músicas da sua escolha.

Gerir analgesia

- Monitorizei dor e administrei terapêutica conforme prescrito.

Massajar região lombo-sagrada

- Orientei companheiro sobre o tipo de massagem a realizar.
- Na primeira massagem, orientei para a aplicação de uma pressão suave na região do sacro, deslizando a mão, de forma contínua e mantendo a pressão, até à região cervical. Em seguida, realizou-se o movimento de retorno até ao ponto inicial. Mantendo a intensidade de pressão, o movimento foi repetido, desta vez até à região dos ombros, retornando depois ao ponto de partida. A manobra foi novamente executada, agora progredindo até à região das axilas, regressando ao sacro e, por fim, contornando a pelve antes de retornar ao ponto inicial.
- Na segunda massagem, orientei o companheiro a utilizar os polegares para aplicar pressão com pequenos movimentos circulares, iniciando na região sacra e progredindo ao longo da coluna vertebral. O movimento foi mantido até alcançar a região dos ombros, onde se aplicou pressão suave e contínua ao longo de toda a sua extensão. Em seguida, os mesmos movimentos circulares foram retomados, desta vez descendo abaixo da linha dos ombros, com aplicação de pressão na região das omoplatas, sendo o procedimento repetido de forma progressiva até abranger toda a extensão das costas, promovendo relaxamento muscular e alívio da tensão.

Gerir ingestão de líquidos

- Incentivei a parturiente a ingerir água de acordo com as suas necessidades e desejo, disponibilizando-lhe adicionalmente gelatina, com o objetivo de reforçar a hidratação materna e contribuir para a manutenção do bem-estar durante o trabalho de parto. De acordo com as orientações da DGS (2023) devem ser oferecidos líquidos claros (água, chá com ou sem açúcar, sumos sem polpa de fruta), gelatina ou gelados de água com sabor a fruta, conforme a parturiente desejar, se a evolução do trabalho de parto e a monitorização fetal forem normais.

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- Auxilei a pessoa significativa a posicionar-se atrás da parturiente, de forma a fornecer suporte à parturiente durante a utilização da bola de pilates.
- Incentivei o companheiro, a aplicar massagem relaxante enquanto parturiente utilizava bola de pilates.
- De acordo com a OMS (2019), as parturientes que manifestaram o desejo da presença de um acompanhante durante o trabalho de parto evidenciaram que essa participação está associada a uma experiência de parto globalmente mais positiva, favorecendo o bem-estar emocional e a perceção de suporte ao longo do processo.

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Avaliei pressão sanguínea a cada hora ao longo do trabalho de parto.

4.8. Síntese relativa ao caso

A seleção deste caso para desenvolvimento do plano de cuidados teve como objetivo analisar a relevância da preparação física e psicológica da parturiente e a importância da verticalidade e mobilidade durante o trabalho de parto.

Desde a admissão na sala de partos até ao final do turno, a parturiente demonstrou clareza quanto às suas preferências e expectativas, mesmo na ausência de um plano de parto escrito. A assertividade na comunicação e a antecipação de decisões revelaram conhecimento prévio e preparação para o processo de parto. Embora ainda existissem lacunas no conhecimento sobre as diferentes fases do trabalho de parto, os conhecimentos previamente adquiridos proporcionaram-lhe confiança no seu próprio processo fisiológico e na equipa de saúde, favorecendo a progressão do parto e promovendo uma experiência positiva.

A intervenção de enfermagem centrou-se essencialmente em apoiar e facilitar o processo de parto, com suporte contínuo e respeitando os conhecimentos e decisões prévias da parturiente, em conformidade com o padrão de excelência da prática do EEESMO, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015). Esta abordagem incluiu a avaliação dos conhecimentos prévios da parturiente, a adequação das suas ações aos diferentes estádios do trabalho de parto e a facilitação do acesso a recursos disponíveis. Implementaram-se intervenções complementares, como exercícios na bola de pilates para favorecer o posicionamento fetal, técnicas de massagem relaxante realizadas pelo companheiro e incentivo à deambulação, garantindo o alinhamento das estratégias com o estado clínico da parturiente. Estas intervenções foram bem-recebidas, reforçando a autonomia e o envolvimento ativo da mulher e do seu companheiro no processo de parto.

Diversos estudos evidenciam que a adoção de posições verticais e a promoção da mobilidade durante o trabalho de parto contribuem significativamente para a progressão fisiológica do mesmo. As posições verticalizadas favorecem a ação da gravidade, promovendo o encravamento fetal e otimizando a dilatação do colo do útero (Berta et al., 2019). Assim, a verticalidade não só melhora a eficiência das contrações uterinas como também está associada a uma menor duração do trabalho de parto e a uma menor necessidade de intervenções obstétricas, como partos instrumentados (Verastegui-Martín et al., 2023).

Para além dos benefícios fisiológicos, a mobilidade ativa durante o trabalho de parto potencia o bem-estar emocional da parturiente. A possibilidade de se mover livremente permite-lhe adotar

posturas mais confortáveis, promovendo uma percepção de controlo sobre o próprio corpo e o processo de parto. Esta autonomia reforça a autoconfiança e reduz a ansiedade, contribuindo para uma experiência mais positiva (Ondeck, 2019).

Neste contexto, o papel do EEESMO assume particular relevância como agente facilitador da mudança. Compete-lhe promover práticas baseadas em evidência, ensinar a parturiente e o acompanhante sobre os benefícios da mobilidade e intervir de forma proativa na defesa de um parto humanizado (Ondeck, 2019). A valorização da verticalidade e da liberdade de movimento deve ser entendida não apenas como uma questão de conforto, mas como uma intervenção clínica com impacto direto nos resultados maternos e neonatais, reforçando a necessidade de um cuidado centrado na mulher e sustentado por evidência científica (Berta et al., 2019; Borer & Dubovi, 2023).

Contudo, a uniformidade da experiência de parto é condicionada por fatores institucionais. Entre os principais obstáculos identificados destaca-se a limitação de recursos disponíveis no serviço. Nem todas as salas de parto se encontram equipadas com bolas de pilates, limitando a utilização desse recurso. Quando possível, as bolas são partilhadas entre salas, mas a disponibilidade depende da ocupação desses espaços, comprometendo a equidade de acesso.

A configuração física das salas também constitui um fator limitativo, sendo apenas uma das seis salas, suficientemente ampla para permitir deambulação livre e utilização plena da bola de pilates. As restantes apresentam restrições de espaço, limitando os movimentos da parturiente.

Outro aspeto determinante na experiência do parto é a intervenção médica, frequentemente influenciada pela cultura organizacional da instituição. Nem todos os obstetras apoiam a decisão de deambulação ou a utilização da bola de pilates, sobretudo devido às exigências de monitorização contínua da frequência cardíaca fetal por cardiotocografia. Essa orientação institucional pode limitar a implementação de estratégias de mobilidade ativa, mesmo em situações de baixo risco. Consequentemente, os EEESMO podem ver reduzida a sua autonomia na tomada de decisões baseadas em evidência, o que demonstra como a cultura organizacional influencia diretamente a prática profissional e a experiência da parturiente.

Em síntese, o caso em análise evidencia que a preparação física e psicológica da mulher constitui um determinante essencial para a promoção de uma experiência de parto positiva. No entanto, a qualidade desta experiência depende também das condições institucionais, incluindo a infraestrutura, a disponibilidade de recursos e o suporte multiprofissional. Nessas circunstâncias, a intervenção do EEESMO assume um papel mediador, centrando-se na facilitação do processo, no apoio contínuo e na aplicação de estratégias baseadas em evidência, com vista à otimização do trabalho de parto e à humanização dos cuidados.

5. CASO 3 - EMPODERAMENTO DA PUÉRPERA PARA PROMOVER O SUCESSO NA AMAMENTAÇÃO

Puérpera de 30 anos, IIIGIP, sem antecedentes obstétricos relevantes. Apresenta antecedente de cirurgia a nódulo mamário na mama esquerda em 2015. Admitida no serviço de puerpério às 10h30, após parto eutócico realizado às 9h15. Durante o parto, foi realizada analgesia epidural por técnica sequencial, com monitorização da dor e dos sinais vitais maternos. Tipo sanguíneo materno ORh positivo. Durante o parto ocorreu laceração de segundo grau do períneo, tratada de acordo com os protocolos clínicos. À admissão no puerpério, a puérpera encontrava-se hemodinamicamente estável, consciente e orientada no tempo e espaço, apresentando sinais vitais dentro dos parâmetros normais. A cliente referiu sensação de bem-estar geral, sem queixas dolorosas ou desconforto. O útero encontrava-se contraído e firme à palpação. Lóquios em quantidade moderada, hemáticos e com cheiro sui generis. Acompanhada por um recém-nascido, do sexo masculino com idade gestacional de 39 semanas e quatro dias, peso de 3480 g, comprimento de 48 cm e perímetro cefálico de 35,5 cm. Ao nascimento, o índice de Apgar foi de 10/10 ao primeiro e quinto minuto, evidenciando tônus muscular, coloração, frequência respiratória e cardíaca adequadas, evidenciando boa adaptação ao meio extrauterino. Na sala de partos foi colocado em contacto pele com pele com a mãe e, de acordo com a manifestação materna de intenção para amamentar, foi amamentado na primeira hora de vida. Durante a observação inicial, apresentou reflexos neonatais normais, sem sinais de sofrimento (EDIN=0). Durante a abordagem inicial, no que respeita à amamentação, a puérpera referiu que apesar de pretender amamentar, teve uma experiência anterior difícil, relacionada com dor mamilar e pega inadequada do lactente.

5.1. Enquadramento teórico

Identificação Pessoal:

- Idade: 30 anos
- Estado Civil: Casada
- Acompanhante: Marido

História Clínica:

- Alergias: Desconhece

- Hábitos tabágicos e alcoólicos: Nega
- Peso pré-gravídico: 58kg
- Peso atual: 67,9kg
- Altura: 159cm
- Gravidez: planeada e vigiada
- Medicação presente na gravidez: Folicil e Yodafer
- Medicação domiciliária: Nega

História Obstétrica:

- Paridade: II
- Partos Pré-termo: 0
- Abortamentos: 0
- Filhos vivos: II

Antecedentes Pessoais:

- Plano Nacional de Vacinação: Atualizado
- Contraceção: nenhuma

Antecedentes Familiares:

Nega

Amamentação

A amamentação constitui a norma biológica para os mamíferos, incluindo os humanos, se alimentarem e é fundamental para alcançar metas globais relacionadas com a nutrição, a saúde, a sobrevivência, o desenvolvimento económico e a sustentabilidade ambiental. A amamentação deve ser iniciada na primeira hora de vida, mantida de forma exclusiva nos primeiros seis meses de vida, sendo posteriormente associada à alimentação complementar segura e adequada, até os dois anos ou mais (WHO & UNICEF, 2018).

A amamentação exclusiva nos primeiros seis meses fornece todos os nutrientes, energia e cuidados necessários ao crescimento e desenvolvimento físico e neurológico do lactente. Após este período, a continuação da amamentação, associada à alimentação complementar, contribui para a prevenção da fome, desnutrição e obesidade, assegurando a segurança alimentar do bebé (WHO & UNICEF, 2018).

O leite materno é um alimento completo, fisiologicamente adaptado ao recém-nascido, de fácil digestão, contendo proteínas, lípidos, hidratos de carbono, vitaminas, minerais e fatores bioativos que reforçam a imunidade inata e adaptativa do lactente (Santos & Meireles, 2021).

Os benefícios da amamentação para o lactente incluem prevenção de infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias, proteção contra alergias alimentares, especialmente às proteínas do leite de vaca, fazendo com que os bebés tenham uma melhor adaptação a outros alimentos e a longo prazo, redução do risco de diabetes e de linfomas (UNICEF, 2012). Para a puérpera, a amamentação promove involução uterina precoce, reduz o risco de hemorragia pós-parto, atua como método contraceptivo parcial (amamentação exclusiva) e diminui o risco de carcinoma mamário, além de fortalecer a ligação entre a puérpera e o RN, pelo contacto físico precoce (UNICEF, 2012; Santos & Meireles, 2021).

O contato pele com pele imediato e ininterrupto e a iniciação precoce da amamentação são determinantes para o estabelecimento da mesma, assim como para a sobrevivência e o desenvolvimento do recém-nascido. O risco de mortalidade neonatal nos primeiros 28 dias é significativamente maior quando a amamentação é iniciada após a primeira hora de vida, sendo este benefício protetor mantido até os seis meses de idade (WHO & UNICEF, 2018).

A lactação ocorre em três fases: colostro, leite de transição e leite maduro. O colostro, presente na primeira semana, apresenta volume variável entre dois a 20 ml por mamada nos três primeiros dias, sendo rico em imunoglobulinas, laxante e leucócitos. O leite de transição surge na segunda semana, funcionando como fase intermediária, e o leite maduro estabelece-se a partir da segunda quinzena, com maior volume e composição estabilizada de macronutrientes e fatores de crescimento (Santos & Meireles, 2021).

Para garantir a eficácia da amamentação, é recomendado o seu início na primeira hora de vida, sempre que a mãe e o recém-nascido estejam clinicamente estáveis, promovendo estabelecimento da lactação, sucção eficaz e interação precoce entre a puérpera e o RN. (Santos & Meireles, 2021). A amamentação deve ser praticada em regime livre, sem intervalos prolongados, sem suplementação com leite artificial ou outros alimentos, assegurando proteção nutricional, imunológica e afetiva do lactente (UNICEF, 2012).

Durante o puerpério, os problemas relacionados com a mama e os mamilos, podem interferir com o sucesso da amamentação, no seu estabelecimento e continuação. No início da mamada, é normal as mulheres sentirem uma ligeira dor ou desconforto. No entanto se esta se mantiver, ao longo da mamada, pode estar relacionada com trauma mamilar decorrente de macerações, fissura, vesículas, hematomas, edema, e equimose, causados por dificuldades na pega, mau posicionamento ou má perfusão tecidual (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2023).

O empoderamento e a sua importância nos cuidados

O empoderamento é um processo dinâmico que possibilita aos indivíduos, organizações e

comunidades assumir controlo sobre a sua própria vida e destino, desenvolvendo consciência crítica acerca das suas competências, bem como das suas capacidades de criação, produção e gestão (Pinto, 1998). Este conceito não se limita à mera transferência de poder numa perspetiva individualista, mas traduz-se no despertar do potencial criativo e no fortalecimento das capacidades individuais e coletivas, permitindo aos indivíduos transformar as suas próprias realidades (Heidman et al., 2022).

No contexto da saúde, e particularmente na amamentação, o empoderamento é um elemento central para a promoção de práticas seguras e sustentadas. O EEESMO, neste âmbito, assume um papel estratégico, não apenas no apoio emocional, informativo, instrumental e social às puérperas, mas também no reforço da sua autoestima, aspetos essenciais para uma experiência de amamentação bem-sucedida (Miranda, 2016).

O êxito da amamentação está diretamente associado aos conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde, assim como à sua capacidade de identificar e intervir precocemente aquando o aparecimento de dificuldades. No entanto, em diversos contextos, a formação profissional revela-se insuficiente ou desatualizada, o que leva muitos profissionais a basearem a sua atuação em experiências empíricas ou em saberes informais adquiridos ao longo do tempo, muitas vezes transmitidos por colegas mais experientes (Miranda, 2016).

Para otimizar os cuidados prestados, é necessário transitar de um modelo biomédico tradicional para uma abordagem participativa e centrada no utente, como propõe Taylor (2009). Esta perspetiva, sustentada no conceito de empoderamento, promove relações horizontais de parceria e cooperação entre profissionais e mães, permitindo a prestação de cuidados individualizados, ajustados às necessidades específicas de cada puérpera, e fomentando uma vivência mais positiva e autónoma da amamentação.

O diálogo horizontal surge, assim, como ferramenta fundamental para promover a autonomia e a reflexão crítica dos indivíduos perante as suas realidades. Esta prática valoriza os diferentes saberes e experiências, reconhece as contradições presentes no processo de cuidado e procura superá-las de forma construtiva (Heidman et al., 2022). O empoderamento emerge, dessa forma, das interações sociais, nas quais os sujeitos, ao problematizarem criticamente as situações vivenciadas, ampliam a sua consciência individual e coletiva (Heidman et al., 2022).

Cabe, assim, aos EEESMO e demais profissionais de saúde criar condições favoráveis para a participação ativa dos indivíduos nas tomadas de decisão relacionadas ao seu bem-estar. Para isso, é imprescindível partilhar conhecimento e adotar estratégias de comunicação e educação em saúde que envolvam tanto o indivíduo como a comunidade, promovendo uma práxis reflexiva e transformadora (Heidman et al., 2022).

Importa sublinhar que o empoderamento não ocorre de forma espontânea, mas é uma construção progressiva que se consolida à medida que os indivíduos desenvolvem maior autonomia,

consciência crítica e capacidade de ação transformadora sobre a sua realidade. Neste sentido, o poder é entendido como um processo contínuo de conscientização, e o empoderamento, como um elemento indispensável de uma educação crítica e emancipadora, capaz de promover mudanças efetivas no contexto individual e coletivo (Heidman et al., 2022).

5.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 34 anos | Feminino

5.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2025-02-20 10:30:00	Paracetamol 1Gr	

5.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Paracetamol 1Gr

O paracetamol é um fármaco com ação analgésica e antipirética, utilizado para alívio da dor e redução da febre. Está indicado em diversas situações clínicas, incluindo febre de duração inferior a três dias, cefaleias leves a moderadas, e dores traumáticas, musculares ou articulares de intensidade ligeira a moderada (Bene Farmacêutica, 2020).

A administração de paracetamol é contraindicada em casos de hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer componente da formulação, assim como em doentes com doença hepática grave. O uso inadequado ou prolongado de doses elevadas de analgésicos pode, paradoxalmente, induzir cefaleias (Bene Farmacêutica, 2020).

O paracetamol é excretado no leite materno, mas, até à data, não foram relatadas consequências adversas conhecidas em lactentes. Por conseguinte, em regra, não é necessário interromper a amamentação durante o tratamento (Bene Farmacêutica, 2020).

A dose recomendada depende da idade e do peso corporal. Destina-se à administração oral em adultos, com intervalos de seis a oito horas entre as doses. Se necessário, o intervalo mínimo pode ser de quatro horas, não devendo ser excedida a administração de seis cápsulas por dia (Bene Farmacêutica, 2020).

Entre os efeitos secundários, destacam-se a sonolência ligeira, náuseas e vômitos, assim como vertigens, nervosismo, sensação de ardor na garganta, diarreia, dor abdominal (incluindo câibras e ardor), obstipação, cefaleia, aumento da sudorese e diminuição excessiva da temperatura corporal (Bene Farmacêutica, 2020).

5.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
20-02-2025 10:30	Sistema cardiovascular	
20-02-2025 10:30	Pele e mucosas	
20-02-2025 10:30	Termorregulação	
20-02-2025 10:30	Pós-parto	
20-02-2025 10:30	Comportamentos para amamentar	
20-02-2025 10:30	Secreção e excreção de leite	

5.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Pós-parto

O puerpério corresponde ao período em que o organismo feminino regressa ao seu estado pré-gestacional, após sofrer alterações tanto fisiológicas como bioquímicas durante a gravidez. Este período encontra-se dividido em três estádios: puerpério imediato (1.º ao 10.º dia pós-parto), puerpério tardio (11.º ao 45.º dia) e puerpério remoto (a partir do 45.º dia), cujo término não é fixo, uma vez que depende da recuperação fisiológica de cada mulher (Silva et al., 2021; OMS, 2022).

O puerpério representa um desafio significativo não só para a puérpera como também para o seu núcleo familiar, uma vez que as transições do ciclo de vida, embora inerentes ao desenvolvimento familiar, implicam processos de desconstrução, desestruturação e reconstrução das dinâmicas familiares. Tais mudanças repercutem-se na esfera conjugal, na redefinição da identidade ao transitar da condição de filho/filha e cônjuge para pai/mãe, assim como nos domínios financeiro, social e profissional (Silva et al., 2021).

Assim, o puerpério não se limita à dimensão biológica da mulher, mas envolve impactos

multidimensionais que abrangem as esferas conjugal, familiar, social e profissional, exigindo abordagens integradas de cuidado e suporte durante este período crítico (Silva et al., 2021).

Pele e mucosas

O trauma perineal corresponde à perda de continuidade dos tecidos da região genital decorrente do processo de parto (Beleza, 2019). Trata-se de uma condição de elevada relevância clínica e científica na área da obstetrícia e ginecologia, atendendo à sua elevada incidência e às múltiplas repercussões maternas e neonatais. O trauma perineal associa-se a dor persistente, incontinência urinária, disfunção sexual e alterações psicológicas e sociais, impactando de forma significativa a qualidade de vida das mulheres, a dinâmica conjugal e a experiência do puerpério (Magoga et al., 2019).

Além dos efeitos físicos, as lacerações perineais podem constituir um marcador de trauma psicológico, com implicações negativas no estabelecimento da ligação mãe-filho, no desenvolvimento infantil e na estabilidade das relações interpessoais (Skinner, Barnett & Dietz, 2018). Complicações associadas, como infeções ou cicatrização inadequada, aumentam a necessidade de intervenções adicionais, prolongam o tempo de internamento e elevam os custos hospitalares (Peppe et al., 2018).

Face a este impacto multifatorial, a avaliação clínica rigorosa da integridade perineal no período pós-parto é uma intervenção prioritária nos cuidados de saúde materna. A identificação precoce do grau de laceração, através de inspeção sistematizada e a classificação, segundo critérios padronizados, permite orientar intervenções terapêuticas adequadas, prevenir complicações e otimizar o processo de recuperação (White & Atchan, 2022).

Sistema cardiovascular e Termorregulação

De acordo com a OMS (2022), todas as puérperas devem ser submetidas a uma avaliação clínica sistemática e regular durante as primeiras 24 horas após o parto. Essa monitorização deve incluir a observação dos lóquios, da tonicidade e da altura uterina, bem como a avaliação da temperatura corporal e da frequência cardíaca, iniciando-se na primeira hora pós-parto. A pressão arterial deve ser medida imediatamente após o parto e, se dentro dos valores de normalidade, reavaliada no intervalo máximo de seis horas. Além disso, a diurese deve ser registada nas primeiras seis horas.

Relativamente à temperatura, importa salientar que ligeiras elevações são frequentes no pós-parto imediato, sobretudo nas primeiras 24 horas, podendo estar associadas à desidratação, ao trauma tecidual ou ao ingurgitamento mamário. Apesar de, neste período, a febre não estar habitualmente relacionada com processos infecciosos, valores iguais ou superiores a 38 °C devem ser criteriosamente avaliados, uma vez que podem constituir um sinal de sépsis puerperal (WHO, 2005).

Nos contactos pós-parto subsequentes, após as primeiras 24 horas, a avaliação deve manter-se contínua, abrangendo o bem-estar geral da mulher e parâmetros específicos, tais como: padrão das micções e presença de possível incontinência urinária, função intestinal, cicatrização de eventuais lesões perineais, presença de cefaleias, fadiga, dor lombar, dor ou desconforto perineal, bem como a avaliação da mama, sensibilidade uterina, características dos lóquios e higiene perineal (OMS, 2022).

Secreção e excreção de leite

A secreção e a excreção do leite materno são processos fisiológicos de elevada complexidade, cuja finalidade é assegurar a nutrição e o desenvolvimento do recém-nascido, refletindo uma interação entre sistemas hormonais, neurológicos, mecânicos e emocionais. O processo de lactação inicia-se ainda durante a gestação e evolui após o parto, sofrendo adaptações dinâmicas que garantem a produção e a ejeção do leite em resposta às necessidades do lactente (Neville et al., 2012; Riordan & Wambach, 2022).

Durante a gravidez, o tecido mamário sofre uma série de modificações anatómicas e funcionais sob influência de hormonas placentárias e hipofisárias. A elevação progressiva dos níveis de estrogénios e progesterona promove o desenvolvimento dos lóbulos e alvéolos, preparando as glândulas para a secreção láctea. Este período designa-se lactogénese I, iniciando-se geralmente por volta da 16.^a semana de gestação (Lawrence & Lawrence, 2022). Nesta fase, as células alveolares diferenciam-se em células secretoras capazes de sintetizar componentes do colostro como as proteínas, lactose e imunoglobulinas, embora a elevada concentração de progesterona e estrogénios iniba a secreção efetiva do leite.

Com o parto e a expulsão da placenta, ocorre uma queda abrupta dos níveis de progesterona e estrogénios, permitindo que a prolactina, cuja produção hipofisária aumenta progressivamente durante a gravidez, exerça o seu efeito secretor. Este fenómeno marca o início da lactogénese II, caracterizada pelo aumento do fluxo sanguíneo mamário, pela expansão das células alveolares e pela secreção abundante de leite, habitualmente entre as 30 e 72 horas após o parto (Neville et al., 2012). Este aumento súbito de produção é vulgarmente designado por “descida do leite” e pode ser acompanhado de sensação de tensão mamária e ingurgitamento fisiológico.

A fase de manutenção da produção, conhecida como galactopoiese, depende essencialmente do equilíbrio entre estímulos hormonais e mecanismos autócrinos locais. A prolactina continua a ser o principal regulador sistémico, sendo libertada pela hipófise anterior em resposta à estimulação tátil do mamilo e da aréola durante a sucção. Cada mamada desencadeia um aumento transitório dos níveis plasmáticos de prolactina, que estimula a síntese de leite nas células epiteliais alveolares (Wambach & Spencer, 2021). Contudo, a produção de leite não é determinada apenas por fatores hormonais. A regulação local ocorre, através de um mecanismo de retroalimentação negativa. Quando o leite se acumula nos alvéolos, um peptídeo inibidor, o *Feedback Inhibitor of Lactation*, é libertado, sinalizando às células secretoras para diminuírem a produção. Este processo

assegura que a quantidade de leite produzido se ajusta à frequência e eficácia da sucção, reforçando o princípio de que a oferta se regula pela procura (Riordan & Wambach, 2022).

O processo de excreção ou ejeção do leite, por sua vez, é mediado pela ocitocina, hormona libertada pela neuro-hipófise sob controlo do hipotálamo. A estimulação dos mecanorreceptores do mamilo durante a mamada envia impulsos nervosos aferentes ao hipotálamo, desencadeando a libertação de ocitocina para a corrente sanguínea. Esta hormona atua provocando a sua contração e forçando a ejeção do leite em direção ao mamilo. Este mecanismo é conhecido como reflexo de ejeção (Lawrence & Lawrence, 2022).

É importante salientar que este reflexo é altamente sensível a estímulos emocionais e ambientais. O stress, a fadiga, a dor ou a ansiedade podem inibir a libertação de ocitocina, dificultando a ejeção do leite. Em contrapartida, estímulos afetivos positivos, como o contacto pele a pele, o cheiro ou o som do bebé, promovem a libertação de ocitocina, favorecendo o fluxo lácteo (Mohrbacher, 2020).

A evidência científica mostra que o aleitamento materno precoce, em livre demanda e sem restrições, contribui para uma melhor regulação dos níveis de prolactina e ocitocina, promovendo a produção e ejeção adequadas de leite (DGS, 2019).

5.5. Conceção de Cuidados

Sistema cardiovascular

20-02-2025 10:30

20-02-2025 10:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

20-02-2025 10:30 - Membro superior Esquerda(o)

20-02-2025 10:30 - Pressão sanguínea sistólica: 107 mmHg.

20-02-2025 10:30 - Pressão sanguínea diastólica: 54 mmHg.

20-02-2025 10:30 - Localização da dor

20-02-2025 10:30 - Períneo

20-02-2025 10:30 - Intensidade da dor - 1.

20-02-2025 10:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea

20-02-2025 10:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [No turno da manhã e da tarde]

Pele e mucosas

20-02-2025 10:30

20-02-2025 10:30 - Alterações da integridade dos tecidos.

20-02-2025 10:30 - Laceração

20-02-2025 10:30 - Localização da laceração

20-02-2025 10:30 - Períneo

20-02-2025 10:30 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

20-02-2025 10:30 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

20-02-2025 10:30 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

20-02-2025 10:30 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.

20-02-2025 10:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

20-02-2025 10:30 - Margens da lesão tegumentar regulares.

20-02-2025 10:30 - Tecido / estrutura afetada: mucosa, pele / tecido cutâneo, músculo / fáscia.

20-02-2025 10:30 - Determinar evolução da laceração

20-02-2025 10:30 - Avaliar evolução da laceração [A cada turno]

20-02-2025 10:30 - Promover cicatrização da laceração

20-02-2025 10:30 - Aplicar frio

Termorregulação

20-02-2025 10:30

20-02-2025 10:30 - Temperatura corporal periférica

20-02-2025 10:30 - Ouvido: 37.70 °C.

20-02-2025 10:30 - Determinar evolução da temperatura corporal

20-02-2025 10:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal [No turno da manhã e da tarde]

Pós-parto

20-02-2025 10:30

20-02-2025 10:30 - Hora da dequitação: 09:15:00.

20-02-2025 10:30 - Puerpério

20-02-2025 10:30 - Contração do útero pós-parto: útero contraído.

20-02-2025 10:30 - Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

20-02-2025 10:30 - Determinar evolução da recuperação pós-parto

20-02-2025 10:30 - Avaliar evolução da recuperação pós-parto [Ao longo do turno]

20-02-2025 10:30 - Promover autogestão da recuperação pós-parto

20-02-2025 10:30 - Conhecimento sobre autocuidado pós-parto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

20-02-2025 10:30 - Conhecimento sobre complicações pós-parto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

20-02-2025 10:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autocuidado pós-parto

20-02-2025 10:30 - Ensinar sobre higiene perineal

20-02-2025 10:30 - Ensinar sobre autogestão do sono/repouso no pós-parto

20-02-2025 10:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações pós-parto

20-02-2025 10:30 - Ensinar sobre complicações no pós-parto

20-02-2025 10:30 - Ensinar sobre evolução dos lóquios

Secreção e excreção de leite

20-02-2025 10:30

20-02-2025 10:30 - Tem a intenção de aleitar com leite materno.

20-02-2025 10:30 - Determinar evolução da lactação

20-02-2025 10:30 - Avaliar evolução da lactação

20-02-2025 10:30 - Lactação

20-02-2025 10:30 - Mamas túrgidas antes da lacto-extração e moles após.

20-02-2025 10:30 - Presença de leite na mama.

20-02-2025 10:30 - Sinais de ingurgitamento mamário: ausentes.

20-02-2025 10:30 - Avaliar evolução da lactação

20-02-2025 10:30 - Promover autogestão da lactação

20-02-2025 10:30 - Conhecimento sobre lactação: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

20-02-2025 10:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre lactação

20-02-2025 10:30 - Avaliar evolução da autogestão da lactação [Em turnos posteriores e no dia da alta]

Comportamentos para amamentar

20-02-2025 10:30

20-02-2025 10:30 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome.

20-02-2025 10:30 - Adota posição confortável para facilitar o mamar.

20-02-2025 10:30 - Não termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

20-02-2025 10:30 - Não utiliza estratégias para estimular o mamar.

20-02-2025 10:30 - Sem manifestações de pega adequada.

20-02-2025 10:30 - Amamentação

20-02-2025 10:30 - Promover o amamentar/mamar

20-02-2025 10:30 - Assistir na amamentação

20-02-2025 10:30 - Promover autogestão: amamentação

20-02-2025 10:30 - Conhecimento sobre amamentação

20-02-2025 10:30 - necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

20-02-2025 10:30 - Capacidade para amamentar

20-02-2025 10:30 - facilitadora.

20-02-2025 10:30 - Autoeficácia para amamentar

20-02-2025 10:30 - facilitadora.

20-02-2025 10:30 - Consciencialização sobre a relação entre o número de mamadas e a produção de leite: facilitadora.

20-02-2025 10:30 - Significado atribuído à amamentação: não dificultador.

20-02-2025 10:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação

20-02-2025 10:30 - Ensinar sobre sinais de fome

20-02-2025 10:30 - Ensinar sobre sinais de saciedade

20-02-2025 10:30 - Ensinar sobre pega adequada

20-02-2025 10:30 - Ensinar sobre posições do recém-nascido durante o mamar

20-02-2025 10:30 - Ensinar sobre padrão de sucção

20-02-2025 10:30 - Ensinar sobre cuidados à mama

20-02-2025 10:30 - Avaliar evolução da autogestão da amamentação [Em turnos posteriores e no dia da alta]

20-02-2025 10:30 - Promover autogestão: complicações da amamentação

20-02-2025 10:30 - Conhecimento sobre complicações da amamentação: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

20-02-2025 10:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações da amamentação

20-02-2025 10:30 - Ensinar sobre estratégias para lidar com as complicações da amamentação

20-02-2025 10:30 - Potencial para melhorar capacidade para lidar com as complicações da amamentação

20-02-2025 10:30 - Assistir na amamentação

5.6. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da lactação

- Avaliei a mama e a produção de colostro. A avaliação mamária constitui o primeiro passo da vigilância da lactação. À observação e palpação das mamas, deve ser avaliado o grau de ingurgitamento, a elasticidade, a temperatura, a presença de nódulos, dor e fissuras mamilares. Nos primeiros dias, é esperado um aumento gradual da tensão mamária associado à lactogénese II, com presença de colostro que posteriormente evolui para leite de transição. A observação do reflexo de ejeção é também relevante. Este pode ser identificado quando a puérpera refere formigueiro mamário, ou quando se observa saída espontânea de leite durante a sucção do recém-nascido ou em resposta a estímulos emocionais. A ausência deste reflexo pode indicar dificuldade na libertação de ocitocina, frequentemente associada ao stress, dor ou ansiedade (Lawrence & Lawrence, 2022).
- Avaliei a mamada e a sucção do recém-nascido. A observação direta da mamada é uma ferramenta igualmente importante na avaliação da lactação.
- Avaliei a evolução clínica materna e neonatal. A evolução da lactação reflete-se também em indicadores indiretos. Os sinais de produção adequada como a presença de mama cheia antes da mamada, mamas mais leves após a mamada, saída visível de leite, e sensação de descida do leite e os sinais de transferência de leite como o número adequado de micções e dejeções do recém-nascido (≥ 6 fraldas molhadas) após a descida do leite, aumento ponderal progressivo e sono tranquilo após as mamadas (OMS, 2018).

Avaliar evolução da laceração

- Realizei exame visual do períneo e dos órgãos genitais externos, confirmando a presença de sutura de laceração de grau II e avaliando sinais de deiscência ou outros indicadores de alarme, como dor ou edema. De acordo com a ERS (2023), a avaliação do períneo e dos órgãos genitais externos deve contemplar a observação de lacerações, suturadas ou não, classificando-as segundo o grau de comprometimento das estruturas anatómicas envolvidas, bem como a análise da região vulvar, incluindo grandes e pequenos lábios e

clitóris, para detetar edemas, equimoses, hematomas, varizes vulvares ou outras alterações relevantes.

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Avaliei temperatura corporal à chegada no serviço.

Aplicar frio

- Providenciei penso com gelo e orientei a puérpera para a sua correta utilização, com o objetivo de diminuir a dor e o ligeiro edema presente. De acordo com a OMS (2022), a aplicação de frio local, através de bolsas de gelo ou compressas frias, pode ser utilizada no período pós-parto imediato para alívio da dor aguda resultante do trauma perineal ocorrido durante o parto, tendo sempre em consideração as preferências da puérpera e os recursos disponíveis. De acordo com NICE (2021) é recomendada a aplicação do frio durante cerca de 15 a 20 minutos por sessão, podendo ser repetida a cada duas a três horas, conforme a tolerância e necessidade da mulher, especialmente nas primeiras 24 a 48 horas pós-parto, período em que o edema e a dor são mais intensos.

Avaliar evolução da recuperação pós-parto

- Realizei a avaliação da evolução da recuperação pós-parto através da monitorização do bem-estar físico e psicológico da puérpera, com o objetivo de prevenir complicações e assegurar uma recuperação segura. Inclui a observação do estado uterino e involução, períneo e órgãos genitais externos, a avaliação dos lóquios, a monitorização de sinais vitais, a identificação de dor e conforto, a avaliação da função urinária e intestinal, o bem-estar emocional e a ligação com o recém-nascido, bem como a capacidade de realizar atividades de vida diária.

Ensinar sobre higiene perineal

- Orientei sobre a realização da higiene perineal, recomendando a lavagem do períneo com água tépida, no sentido ântero-posterior, seguida de secagem cuidadosa com toalha limpa e seca, com pressão. Salientei a importância da mudança frequente dos pensos, a cada 4 horas ou conforme a perda hemática, e da higienização das mãos antes de cada troca, seguindo as orientações da ERS (2023).

Ensinar sobre autogestão do sono/repouso no pós-parto

- Orientei para a adoção de estratégias que promovam períodos regulares de descanso e recuperação, como a partilha de responsabilidades nos cuidados ao recém-nascido, a sincronização dos períodos de repouso materno com os momentos de sono do lactente e posteriormente a otimização da organização doméstica.
- No período pós-parto, a saúde física, psicológica e a autoestima da puérpera podem ser significativamente afetadas, condicionando a adaptação ao novo papel materno e a formação da ligação mãe-filho. Entre os principais fatores de stress destacam-se a privação de sono, o cansaço acumulado, as alterações hormonais e a sobrecarga inerente aos cuidados ao recém-nascido (Abbaspoor et al., 2023). Estes fatores interferem diretamente nos processos de recuperação física, regulação hormonal e estabilidade emocional, aumentando o risco de irritabilidade, fadiga extrema e falhas no autocuidado, constituindo determinantes importantes para o desenvolvimento de alterações de saúde mental no

puerpério, como tristeza materna, ansiedade, depressão pós-parto ou, em situações mais graves, psicose pós-parto (Gambín, 2025).

Ensinar sobre complicações no pós-parto

- Orientei a puérpera para a vigilância dos lóquios, alertando para alterações como odor fétido, coloração anormal ou aumento do fluxo; para a identificação precoce de complicações relacionadas com a amamentação, como dor, ingurgitamento, fissuras mamilares, obstrução dos ductos ou mastite; e para a observação de dor ou desconforto intenso na região perineal, que possa indicar infecção, hematoma ou deiscência da sutura.

Ensinar sobre evolução dos lóquios

- Após avaliar o conhecimento da puérpera sobre os lóquios, complementei com informações adicionais que ainda não possuía, lembrando as suas características, como cor (vermelho, rosado, amarelo/acastanhado), odor (suigénis ou fétido) e as alterações que ocorrem ao longo do tempo (como o fluxo). De acordo com a ERS (2023), os lóquios devem ser avaliados quanto à cor, odor, fluxo, presença de coágulos e outras características que se modificam com o tempo decorrido após o parto. Consoante as suas características, os lóquios podem ser classificados como hemáticos, presentes nos três primeiros dias após o parto, mais abundantes e compostos por eritrócitos, restos da decídua e fragmentos de trofoblastos; sero-hemáticos, presentes do quinto ao décimo dia pós-parto, de coloração vermelho-rosada, constituídos por eritrócitos envelhecidos, restos da decídua, soro e leucócitos; e serosos, presentes do décimo dia até aproximadamente três semanas após o parto, de coloração amarela ou acastanhada, compostos por leucócitos, decídua, muco vaginal, soro, bactérias e células epiteliais.

Assistir na amamentação

- Ofereci apoio e acompanhamento à puérpera e ao RN durante o processo de amamentação, lembrando os aspetos essenciais da prática, incluindo os sinais precoces de fome, o conceito de amamentação em livre demanda, a posição para prevenir desconforto ou lesões, a avaliação da eficácia da sucção do RN e o esclarecimento de dúvidas sobre a produção de leite. Proporcionei incentivo e suporte emocional, promovendo segurança e fortalecendo a ligação mãe-filho. Em conjunto com a puérpera, identifiquei possíveis dificuldades futuras, como dor, fissuras mamilares, mastite ou baixa produção de leite, e discuti estratégias para a sua prevenção e gestão.
- O assistir na amamentação visa assegurar que a amamentação ocorra de forma saudável, segura e eficaz, promovendo o bem-estar materno e o desenvolvimento adequado do RN. Assim, a assistência à amamentação vai para além da simples presença física, configurando-se como uma intervenção ativa destinada a proporcionar uma experiência positiva e segura para a puérpera e o RN (Soares, Poço & Carvalho, 2025).
- Orientei puérpera para o período de descida do leite, que ocorre geralmente entre o segundo e terceiro dias pós-parto. As mamas apresentam aumento de volume, calor e consistência endurecida, resultantes do incremento da produção láctea e do aumento do fluxo sanguíneo e de líquidos nos tecidos mamários. A puérpera pode manifestar ligeiro aumento da temperatura corporal, habitualmente inferior a 38 °C, durante cerca de 24 horas. Nessa fase, a expressão láctea é normalmente eficaz, permitindo a amamentação sem dificuldades

seja em livre demanda ou por extração manual ou mecânica do leite (UNICEF, 2012).

Ensinar sobre sinais de fome

- Relembrei a puérpera que a amamentação deve ser iniciada sempre que o recém-nascido apresentar sinais precoces de fome. Entre esses sinais incluem-se o aumento da atividade motora com os olhos fechados ou semicerrados, a abertura da boca, a protrusão da língua e movimentos da cabeça em direção à mama, caracterizando o reflexo de busca, a emissão de sons suaves ou gemidos e a sucção ou manipulação das mãos, dedos ou de objetos próximos (Vargas et al., 2016).

Ensinar sobre sinais de saciedade

- Relembrei a puérpera sobre os sinais de saciedade do recém-nascido, que incluem o encerramento dos lábios, desvio da cabeça, diminuição ou interrupção da sucção, largar o mamilo e, por vezes, adormecer no final da mamada (Pérez-Escamilla, Segura-Pérez & Lott, 2017; Bahorski et al., 2023).

Ensinar sobre pega adequada

- Relembrei a puérpera sobre os sinais de uma pega adequada durante a amamentação, incluindo a boca do bebé bem aberta, as bochechas arredondadas, o lábio inferior virado para fora, o queixo encostado à mama e o nariz afastado, bem como a presença de maior quantidade de aréola visível acima da boca do bebé do que abaixo. Durante a amamentação, a boca do recém-nascido deve abranger a maior parte da aréola e dos tecidos subjacentes, permitindo a distensão do tecido mamário e a formação de um bico longo, no qual o mamilo representa apenas um terço. A sucção ocorre sobre a aréola e não apenas sobre o mamilo, com o queixo do bebé em contacto com a mama, a boca completamente aberta e o lábio inferior evertido (UNICEF, 2012; Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), 2019).

Ensinar sobre posições do recém-nascido durante o mamar

- Orientei a puérpera acerca dos princípios fundamentais para a escolha da posição do recém-nascido durante a amamentação, destacando que, independentemente da posição adotada, é essencial garantir o correto alinhamento corporal do bebé. Deve assegurar-se que orelha, ombro e anca se encontrem alinhados numa linha reta, com a face voltada e próxima do corpo materno. Esta postura evita a rotação do pescoço do bebé e permite que seja o recém-nascido a aproximar-se da mama, e não o contrário, prevenindo tensão cervical e facilitando uma pega eficaz. Todo o corpo do bebé deve estar devidamente apoiado; nos lactentes de maior porte, é fundamental garantir, pelo menos, o suporte da cabeça e dos ombros. Durante a aproximação à mama, recomenda-se posicionar o recém-nascido, com o nariz ao nível do mamilo e a face voltada diretamente para a aréola, o que favorece a pega correta, a sucção eficiente e o conforto materno (OMS, 2018; APMGF, 2019; *Registered Nurses' Association of Ontario*, 2018).
- Orientei também a puérpera quanto ao seu posicionamento durante a amamentação, podendo adotar diferentes posturas, sendo essencial que se sinta confortável. As costas devem estar totalmente apoiadas e, se estiver sentada, deve garantir que os pés também

o estejam. As mamas devem ser sustentadas conforme necessário pela mão livre, enquanto a mão que segura a mama deve ser posicionada em forma de “C” e não em pinça, favorecendo a manutenção de uma pega adequada e eficaz, promovendo sucção eficiente e prevenção de trauma mamilar (OMS, 2018; APMGF, 2019).

Ensinar sobre padrão de sucção

- Relembrei à puérpera os sinais que indicam um padrão de sucção adequado, incluem a mudança no padrão de sucção durante a mamada. Inicialmente, o recém-nascido apresenta um padrão de sucção não nutritivo, mais rápido e débil, caracterizado por duas sucções para cada deglutição. Quando ocorre o reflexo de ejeção do leite, o recém-nascido passa a um padrão de sucção nutritivo, composto por sucções lentas e profundas, com pausas regulares (uma sucção por deglutição), bochechas arredondadas, presença audível de deglutição, mamada tranquila e ritmo calmo. O término da mamada é acompanhado de uma expressão de satisfação por parte do recém-nascido e da sensação materna de que a mama se encontra menos cheia em comparação com o estado anterior à mamada. (*Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna*, 2017; Kellams et al., 2017; APMGF, 2019)

Ensinar sobre estratégias para lidar com as complicações da amamentação

- Orientei a puérpera acerca das possíveis complicações durante a amamentação, incluindo ingurgitamento mamário, obstrução dos ductos lactíferos, mastite, e mamilos fissurados ou com gretas, bem como das estratégias preventivas e terapêuticas para cada situação.
- O ingurgitamento mamário ocorre devido à acumulação de leite nos ductos e ao edema tecidual, manifestando-se por mamas tensas, dolorosas e brilhantes, dificultando a pega do recém-nascido e comprometendo a sucção eficaz. Principais causas incluem remoção infrequente ou ineficaz do leite, pega incorreta, início tardio da amamentação e hiperlactação. A amamentação em livre demanda, com posicionamento adequado do bebé e monitorização da pega, é recomendada para prevenção e alívio do ingurgitamento (UNICEF, 2012; APMGF, 2019).
- A obstrução dos canais lactíferos, causada por leite espesso, pega inadequada, pressão local, trauma ou roupa apertada, pode originar nódulos dolorosos e áreas avermelhadas, geralmente num único quadrante da mama, sem sintomas sistémicos. A resolução envolve drenagem completa do leite, variação das posições de sucção do bebé, pressão digital sobre a área afetada e uso de vestuário largo e não compressivo (UNICEF, 2012; APMGF, 2019).
- A dor mamilar é frequentemente causada por pega inadequada, podendo associar-se à formação de fissuras nos mamilos (UNICEF, 2012; APMGF, 2019). No entanto, esta não é a única causa. Outras condições que podem contribuir incluem ingurgitamento mamário fisiológico ou patológico, dermatite atópica, dermatite alérgica ou de contacto, trauma mamilar, infeção mamilar secundária a *Staphylococcus aureus* ou *Candida albicans*, e o fenómeno de Raynaud mamilar (Abrantes, Djokovic, Bastos & Veca, 2016). Quando a dor está relacionada com pega inadequada, a correção postural do recém-nascido e a verificação da pega são fundamentais, devendo-se evitar a lavagem excessiva dos mamilos. Recomenda-se permitir que o bebé liberte espontaneamente a mama. Quando necessário,

a sucção pode ser interrompida suavemente com o auxílio de um dedo. O alívio da dor e a cicatrização das fissuras podem ser promovidos através de algumas medidas simples: iniciar a mamada pelo mamilo não doloroso, aplicar gotas de leite materno sobre o mamilo e a aréola após cada mamada ou banho, e expor os mamilos ao ar ou à luz solar nos intervalos entre mamadas. Em casos de dor persistente, pode ser necessário extrair o leite e administrá-lo ao bebé por métodos alternativos até à resolução da lesão (UNICEF, 2012; APMGF, 2019). No caso de infeção mamilar, o tratamento antimicrobiano adequado e/ou a terapêutica para dermatite atópica devem ser implementados. Para o fenómeno de Raynaud mamilar, a dor pode melhorar significativamente se forem evitadas temperaturas frias, mantidas as mamas e mamilos aquecidos e evitadas substâncias vasoconstritoras, como cafeína e nicotina (Abrantes, Djokovic, Bastos & Veca, 2016).

- A obstrução persistente do ducto lactífero ou ingurgitamento grave pode evoluir para mastite, caracterizada por região mamária avermelhada, quente, tumefacta e dolorosa, associada a febre elevada e mal-estar significativo, situação que exige avaliação médica imediata (UNICEF, 2012).

Ensinar sobre cuidados à mama

- Orientei a puérpera sobre os cuidados gerais a ter com as mamas durante a amamentação, de forma a prevenir complicações, assegurar o conforto materno e promover o sucesso da amamentação.
- Devem ser promovidas mamadas frequentes em regime de livre demanda, iniciando a sucção na mama mais cheia e corrigindo progressivamente a pega à medida que a mama se torna mais moldável, garantindo uma sucção profunda e eficaz. Durante a mamada, a puérpera deve massajar áreas endurecidas ou nódulos e, após a amamentação, aplicar compressas frias ou folhas de couve frias para aliviar o desconforto. Caso a mama esteja muito tensa antes da mamada e o bebé não consiga pegar, devem ser aplicadas compressas quentes ou duche morno, massajar a mama de forma delicada, sem pressão dos tecidos, e, se necessário, realizar extração manual para amolecer a aréola antes da sucção (APMGF, 2019).
- A higiene mamária deve limitar-se à lavagem diária, evitando produtos irritativos. Mamilos traumatizados podem ser tratados com agentes cicatrizantes, como lanolina altamente purificada. Medidas adicionais incluem discos de hidrogel e a contínua aplicação de duas-três gotas de leite materno sobre os mamilos (APMGF, 2019; Silva et al., 2022)

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Procedi à avaliação da pressão sanguínea à chegada da puérpera no serviço. Avaliei no membro superior esquerdo, enquanto a puérpera permanecia em decúbito dorsal no leito.
- As restantes avaliações foram realizadas com a puérpera sentada, mas sempre no membro superior esquerdo.

Avaliar evolução da autogestão da lactação

- Programei a avaliação da autogestão da lactação. Esta refere-se à capacidade da puérpera de gerir a amamentação de forma autónoma, respondendo às necessidades do recém-nascido, mantendo produção de leite e resolvendo pequenas dificuldades. A

avaliação deve considerar três domínios principais. O conhecimento e compreensão no qual a puérpera compreende os princípios da lactação, os sinais de fome e saciedade do bebé, a importância da sucção frequente e estratégias de prevenção de ingurgitamento ou fissuras mamilares. A competência prática e autonomia, onde é observada a pega correta, o posicionamento, a frequência e a duração das mamadas. E por fim a confiança da cliente para gerir dificuldades, demonstrando segurança e empoderamento para a resolução de problemas.

5.7. Síntese relativa ao caso

A seleção deste caso clínico fundamenta-se na observação de que, durante o puerpério, um dos problemas mais recorrentes é o abandono precoce da amamentação, frequentemente motivada por perceção de dor, dificuldades técnicas, insegurança materna e/ou fadiga física e emocional levando à interrupção da amamentação antes do tempo recomendado.

De acordo com Branco et al. (2023) a taxa de amamentação em Portugal apresenta uma tendência de redução progressiva ao longo dos primeiros meses de vida do bebé. Na alta hospitalar, 94,3 % das mães amamentavam, e 74,2 % praticavam aleitamento materno exclusivo. Aos três meses, estes valores diminuíram para 78,2 % e 51,8 %, respetivamente. Aos seis meses, apenas 64,4 % continuavam a amamentar, sendo que o aleitamento exclusivo se reduziu drasticamente para 25,6 %. Estes dados mostram que, embora a maioria das mães inicie a amamentação exclusiva, muitas não a conseguem manter nos primeiros meses. Esta diminuição acentuada reforça a importância de medidas de apoio contínuo às famílias, através de programas de saúde pública, aconselhamento em amamentação e políticas de suporte no período pós-parto (Branco et al., 2023).

Durante a gravidez, a preparação da mulher centra-se, na maioria dos casos, no trabalho de parto e na gestão da dor. No entanto, particularmente entre primíparas, observa-se uma diminuição de informação sobre a complexidade da amamentação, sendo este um processo que desenvolve gradualmente ao longo do puerpério, e que exige tempo, prática e apoio contínuo. Esta falta de conhecimento é agravada pela idealização social do pós-parto, frequentemente retratado como uma fase exclusivamente positiva e romantizada, desvalorizando os desafios inerentes e conduzindo a sentimentos de frustração, impreparação e, por vezes, abandono da amamentação.

A literatura evidencia que a exposição constante a conteúdos digitais e esteticamente idealizados contribui para comparações sociais que fragilizam o bem-estar psicológico das puérperas, sobretudo quando as expectativas observadas diferem da experiência vivida. Este fenómeno está relacionado com uma visão social que valoriza a dedicação total, disponibilidade constante, colocando na maternidade o principal sentido de realização pessoal (Tate, 2023).

A diferença entre as expectativas criadas e a realidade do puerpério tem sido associada a sentimentos de inadequação, autocritica e exaustão emocional. Diversos estudos indicam que muitas mulheres experienciam um conflito significativo entre a imagem idealizada da maternidade, amplamente divulgada pelos meios de comunicação e pelas redes sociais, e as exigências reais do cuidado a um recém-nascido (Doherty et al., 2025).

No caso em análise, a puérpera, múltipara, apresentava uma percepção mais realista do puerpério, resultante da experiência anterior, embora tenha sido reforçado que cada processo de gravidez, parto e puerpério é singular. Na gestação anterior, a puérpera enfrentou dificuldades como dor persistente durante as mamadas e sensação de inadequação da pega do recém-nascido, que não conseguia corrigir, culminando na interrupção da amamentação. Posteriormente, manteve aleitamento materno através de extração até aos quatro meses, seguido de transição para leite adaptado. Nesta segunda experiência, a puérpera demonstrou elevada motivação para reiniciar o processo de amamentação, visando superar as dificuldades previamente vivenciadas.

Numa abordagem inicial, procedeu-se a uma avaliação conjunta dos constrangimentos anteriores, delineando estratégias individualizadas para otimizar a adaptação do recém-nascido à mama. Durante as primeiras tentativas, evidenciou-se ansiedade materna relacionada com a possibilidade de dor, motivo pelo qual solicitava apoio contínuo durante as mamadas. Mediante intervenções de apoio e encorajamento constantes, aliado à participação ativa da puérpera, foi possível promover um processo de adaptação progressivo, culminando em pega eficaz e amamentação sem intercorrências dolorosas.

Do ponto de vista clínico, a presença de colostro e mamilos protrusos favoreceu a pega do RN. O recém-nascido, inicialmente com padrão de sucção desorganizado, apresentou evolução satisfatória após treino e apoio supervisionado. Destaca-se ainda a participação ativa do companheiro como fator facilitador, que contribuiu para a estabilidade emocional da puérpera, facilitando um ambiente propício à vinculação e à confiança da mesma. Progressivamente, a puérpera adquiriu maior confiança e autonomia, passando a realizar as mamadas de forma espontânea, evidenciando expressão facial serena e interação positiva com o recém-nascido, sem solicitar apoio.

O envolvimento ativo do parceiro, incluindo a assistência em tarefas domésticas, a facilitação do contacto com o bebé durante a amamentação e a oferta de suporte físico, tem sido associado a níveis superiores de autoeficácia materna na amamentação, independentemente da experiência prévia da mãe ou da idade do lactente. A percepção de apoio positivo contribui significativamente para o aumento da confiança materna (Mannion, Hobbs, McDonald & Tough, 2013).

Durante o acompanhamento, foram abordadas questões relacionadas com complicações comuns do processo de lactação, como ingurgitamento mamário, fissuras, bloqueio dos ductos lactíferos e percepção de hipogalactia. A abordagem educativa, baseada em evidência científica, potenciou o

empoderamento materno, aumentando a autoconfiança e a capacidade de tomada de decisão informada, aspetos determinantes para a continuidade da amamentação no domicílio, onde o suporte especializado é, por vezes, limitado.

Durante o acompanhamento, foram abordadas questões relacionadas com complicações comuns do processo de lactação, como ingurgitamento mamário, fissuras, bloqueio dos ductos lactíferos e percepção de hipogalactia. A abordagem educativa, baseada em evidência científica, potenciou o empoderamento materno, aumentando a autoconfiança e a capacidade de tomada de decisão informada, aspetos determinantes para a continuidade da amamentação no domicílio, onde o suporte especializado é, por vezes, limitado.

No decurso da intervenção, identificaram-se, limitações organizacionais. A limitação de tempo, aliada à desproporção entre o número de puérperas e a equipa de enfermagem, restringe muitas vezes a possibilidade de apoio individualizado, fator crítico para a promoção do aleitamento materno bem-sucedido. Adicionalmente, verificou-se que nem todos os elementos da equipa demonstraram disponibilidade ou motivação para o acompanhamento próximo das puérperas, o que pode comprometer o apoio necessário para o sucesso da amamentação.

É fundamental que a equipa de enfermagem intervenha de forma homogénea, tendo sempre em consideração as necessidades das mulheres durante o puerpério, promovendo a adaptação à parentalidade e fornecendo cuidados e orientações especializadas que fortaleçam competências parentais. A ausência de apoio emocional e informativo por parte da equipa tem sido associada a níveis elevados de ansiedade e dificuldades na adaptação à maternidade, podendo ainda conduzir a práticas de autocuidado inadequadas e aumentar o risco de complicações físicas e emocionais (Soares, Lima & Lopes, 2023).

Em síntese, a análise deste caso reforça a relevância de uma intervenção de enfermagem centrada no empoderamento materno durante o puerpério, nomeadamente no contexto da amamentação. A promoção de competências, centradas na escuta ativa e associada ao apoio emocional e técnico especializado, favorece a autoconfiança da mulher, promovendo a continuidade da amamentação e contribui para uma experiência mais positiva, saudável e segura, com impacto direto no bem-estar materno-infantil uma vez que mulheres confiantes e informadas se sentem mais capazes de cuidar do recém-nascido e de enfrentar as dificuldades inerentes a este período de profundas transformações.

6. CASO 4 - A EEESMO E A ADAPTAÇÃO NEONATAL: ABORDAGEM CLÍNICA NO PÓS-PARTO

Recém-nascido do sexo masculino com idade gestacional de 39 semanas e quatro dias, peso de 3480 g, comprimento de 48 cm e perímetro cefálico de 35,5 cm. Ao nascimento, o índice de Apgar foi de 10/10 no primeiro e quinto minuto, evidenciando bom tônus, esforço respiratório eficaz e adaptação imediata ao meio extrauterino. Na sala de partos foi colocado em contacto pele com pele com a mãe, garantindo termorregulação e promovendo vínculo precoce assim como a amamentação na primeira hora de vida. Apresentou dejeção de mecónio imediata pós nascimento. À admissão no serviço de puerpério, encontra-se calmo, reativo a estímulos, com choro vigoroso, tônus adequado, coloração rosada e pele hidratada, sem sinais de sofrimento (EDIN=0). Coto umbilical com aspeto gelatinoso.

6.1. Clientes

Cliente

Recém-nascido | Idade: 0 dias | Masculino

6.2. Domínios

Início	Domínios	Fim
20-02-2025 10:30	Reflexo de sucção	
20-02-2025 10:30	Eliminação intestinal	
20-02-2025 10:30	Eliminação urinária	
20-02-2025 10:30	Recém-nascido	

6.2.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Recém-nascido

Nas primeiras 72 horas após o nascimento, deve ser realizado um exame físico completo do recém-nascido, abrangendo múltiplos sistemas e parâmetros de avaliação (NICE, 2021).

A avaliação inicial do recém-nascido deve constituir um exame sistemático, abrangendo a observação da aparência geral, do estado fisiológico e da integridade anatômica, de modo a identificar precocemente eventuais anomalias ou sinais de compromisso. A avaliação geral deve incluir a análise da cor da pele, do padrão respiratório, do nível de consciência, do comportamento, da atividade espontânea e do tônus muscular, indicadores fundamentais do estado de oxigenação e da integridade neurológica (NICE, 2021; SPN, 2023).

A avaliação cefálica deve abranger a inspeção e palpação da cabeça, com atenção à forma craniana, às fontanelas e suturas, bem como à simetria facial. Devem observar-se o nariz, a boca (incluindo o palato duro e mole), as orelhas e o pescoço, identificando eventuais assimetrias, massas ou anomalias estruturais (NICE, 2021; SPN, 2023).

Nos olhos é essencial verificar a presença do reflexo vermelho, a transparência das córneas e a coloração da esclera, uma vez que alterações podem indicar patologias oculares congénitas ou icterícia (NICE, 2021; SPN, 2023).

A avaliação do pescoço, clavículas e membros deve incluir inspeção e palpação para verificar simetria, proporções e integridade óssea, com atenção à presença de deformidades congénitas ou fraturas (NICE, 2021; SPN, 2023).

A avaliação cardiorrespiratória deve considerar a posição do coração, a frequência e ritmo cardíaco, a auscultação dos sons cardíacos e presença de sopros, bem como a palpação dos pulsos femorais. No exame respiratório, devem observar-se o esforço respiratório, a frequência e os sons pulmonares, tendo em vista a deteção precoce de desconforto respiratório (NICE, 2021; SPN, 2023).

O abdómen deve ser inspecionado e palpado para detetar distensão, massas ou organomegalias, e a condição do coto do cordão umbilical deve ser verificada (NICE, 2021; SPN, 2023).

A avaliação dos genitais e do ânus deve, confirmar a completude anatômica, permeabilidade e, nos rapazes, a descida testicular adequada. A coluna vertebral deve ser inspecionada quanto à integridade óssea e cutânea, nomeadamente à presença de sinais de disrafismo espinhal oculto (NICE, 2021; SPN, 2023).

A pele deve ser avaliada quanto à coloração, textura, presença de lesões, marcas de nascença ou erupções, reconhecendo-se a grande variabilidade fisiológica nas primeiras 48 horas de vida (NICE, 2021; SPN, 2023).

A avaliação neurológica deve considerar o tônus muscular, o comportamento, os movimentos espontâneos e a postura. A exploração dos reflexos primitivos neonatais (como Moro, sucção,

preensão e procura) é recomendada sempre que exista suspeita de alteração neurológica (NICE, 2021; SPN, 2023).

As ancas devem ser examinadas quanto à simetria dos membros inferiores e execução cuidadosa das manobras de Barlow e Ortolani, para deteção de displasia da anca (NICE, 2021; SPN, 2023).

Finalmente, o choro do recém-nascido deve ser avaliado quanto ao timbre, intensidade e duração, pois constitui-se como um indicador sensível do estado neurológico e fisiológico global (NICE, 2021; SPN, 2023).

No entanto, existem indicadores clínicos de alerta no recém-nascido que requerem avaliação e intervenção imediata, uma vez que podem refletir situações potencialmente ameaçadoras da vida. Entre estes, destacam-se a apneia, as convulsões, a necessidade de reanimação cardiorrespiratória ou de ventilação mecânica, bem como sinais clínicos de choque (NICE, 2021).

Outros indicadores clínicos relevantes incluem alterações do comportamento ou do nível de resposta, alterações do tônus muscular, como flacidez generalizada, e dificuldades na alimentação, como recusa alimentar, vômitos recorrentes, distensão abdominal ou aspirações gástricas excessivas, que podem sugerir intolerância digestiva ou patologia gastrointestinal (NICE, 2021).

A monitorização da frequência cardíaca, é essencial para a deteção de bradicardia ou taquicardia, enquanto a observação do padrão respiratório permite identificar sinais de desconforto respiratório, como gemidos expiratórios, retrações torácicas e taquipneia. A presença de cianose central ou saturação periférica de oxigénio reduzida constitui um marcador de hipóxia e exige intervenção imediata (NICE, 2021).

Outros sinais de alerta incluem hipertensão pulmonar persistente, icterícia precoce (primeiras 24 horas de vida), sinais de encefalopatia neonatal, e alterações da temperatura corporal não explicadas por fatores ambientais (inferior a 36°C ou superior a 38°C). Devem, ainda, ser considerados a hemorragia excessiva, a trombocitopenia ou as alterações da coagulação, os distúrbios da glicémia (hipoglicemia ou hiperglicemia), e a acidose metabólica, definida por défice de base ≥ 10 mmol/l (NICE, 2021).

Eliminação urinária e intestinal

A primeira micção deve ocorrer nas primeiras 24 horas, entre a maioria dos recém-nascidos, sendo que normalmente se apresenta ligeiramente turva e de cor amarela. Nos primeiros dias, podem surgir manchas alaranjadas na fralda devido à eliminação de cristais de ácido úrico, um indicativo da função renal ainda imatura. O padrão vesical estabiliza por volta do quarto dia, com 6 a 8 micções diárias de urina amarelo-clara (Lowdermilk & Perry, 2009).

A primeira dejeção intestinal, o mecónio, ocorre nas primeiras 24 horas, apresentando cor

verde-escura e consistência mucosa ou gordurosa. Entre o terceiro e quarto dia começam a surgir as fezes de transição ou lácteas, mais líquidas, com cor que varia entre verde e amarelo acastanhado, dependendo do tempo de trânsito intestinal (Cardoso, 2011).

A partir do quarto dia, as fezes diferem conforme a alimentação: bebés alimentados com leite materno apresentam fezes moles, amarelo-douradas, não irritantes, podendo ocorrer uma dejeção por mamada; bebés alimentados com leite artificial apresentam fezes moles, moldadas, de cor entre amarelo-pálido e castanho-claro, com odor característico e possível irritação cutânea. Nas primeiras duas semanas, o número de dejeções tende a reduzir para uma ou duas diárias, consolidando o padrão de eliminação (Lowdermilk & Perry, 2009).

A ausência de dejeção nas primeiras 24 horas de vida deve ser considerada um sinal de alerta clínico grave, exigindo avaliação médica imediata (NICE, 2017).

6.3. Conceção de Cuidados

Reflexo de sucção

20-02-2025 10:30

20-02-2025 10:30 - Sem acanolamento da língua.

20-02-2025 10:30 - Sem peristaltismo da língua.

20-02-2025 10:30 - Com força de sucção.

Eliminação intestinal

20-02-2025 10:30

20-02-2025 10:30 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

20-02-2025 10:30 - Fezes: em pequena quantidade.

20-02-2025 10:30 - Número de defecações por dia: 4.

20-02-2025 10:30 - Determinar evolução da eliminação intestinal

20-02-2025 10:30 - Avaliar evolução da eliminação intestinal

Eliminação urinária

20-02-2025 10:30

20-02-2025 10:30 - Urina em moderada quantidade.

20-02-2025 10:30 - Determinar evolução da eliminação urinária

20-02-2025 10:30 - Avaliar evolução da eliminação urinária

Recém-nascido

20-02-2025 10:30

20-02-2025 10:30 - Recém-nascido

20-02-2025 10:30 - Determinar evolução do coto do cordão umbilical

20-02-2025 10:30 - Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical

6.4. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical

- Observei processo de mumificação do coto, assim como a presença de sinais inflamatórios como rubor, calor, edema e presença de exsudado.

Avaliar evolução da eliminação intestinal

- Avaliei o número de dejeções durante o turno e as suas características (cor, espessura).

Avaliar evolução da eliminação urinária

- Avaliei o número de fraldas trocadas com urina por turno e as características da urina.

7. CASO 5 - COLESTASE INTRA-HEPÁTICA GESTACIONAL: DESAFIOS CLÍNICOS NA ABORDAGEM DA MULHER GRÁVIDA

Grávida de 32 anos, IIIGP, idade gestacional de 33 semanas e três dias, natural da Venezuela, residente na Região Autónoma da Madeira há menos de um ano. Vive com o marido e a filha de 10 anos, sem rede de apoio familiar alargada. Sem antecedentes pessoais ou obstétricos relevantes até ao momento. A grávida foi admitida no serviço de urgência de obstetrícia por náuseas, vômitos persistentes e prurido generalizado intenso, com início há quatro dias. Refere diminuição do apetite e astenia, sem queixas urinárias, respiratórias ou febre. A colheita analítica inicial revelou elevação das enzimas hepáticas (ALT, AST), aumento da bilirrubina total e dos ácidos biliares, com hemograma e função renal dentro dos limites de normalidade. Perante os resultados laboratoriais e o quadro clínico, foi admitida no serviço de obstetrícia para hidratação endovenosa, monitorização materno-fetal contínua, avaliação seriada da função hepática e controlo sintomático do prurido. Durante o internamento, manteve sintomas gastrointestinais e prurido intenso, tendo desenvolvido obstipação significativa com hemorróida exteriorizada. Não se observaram sinais de icterícia clínica, febre ou manifestações sistémicas de infeção. Foi mantida vigilância obstétrica e fetal segundo protocolo institucional para gravidez de alto risco, com plano terapêutico e de parto definido de acordo com a evolução clínica materno-fetal. O parto encontra-se previsto para as 35 semanas de gestação, condicionado à estabilidade clínica da grávida e bem-estar fetal.

7.1. Enquadramento teórico

Identificação Pessoal:

- Idade: 32 anos
- Estado Civil: Casada
- Acompanhante: Marido

História Clínica:

- Alergias: Desconhece
- Hábitos tabágicos e alcoólicos: Nega
- Peso pré-gravídico: não se pesava

- Peso atual: 73,6 kg
- Altura: 167 cm
- IG: 33s + 3d
- DUM: 01/08/2024
- Data provável de parto: 08/05/2025
- Gravidez: planeada e vigiada
- Medicação presente na gravidez: NatalBen

História Obstétrica:

- Paridade: I
- Partos Pré-termo: 0
- Abortamentos: 0
- Filhos vivos: I

Antecedentes Pessoais:

- Plano Nacional de Vacinação: Atualizado
- Contraceção: nenhuma

Antecedentes Familiares:

Nega

Colestase intra-hepática gestacional

Durante a gravidez, ocorre uma elevação significativa nos níveis séricos de progesterona, devido à produção placentária. Estes atingem o pico no terceiro trimestre e reduzem-se progressivamente após o parto. Todo o organismo materno é influenciado por esta hormona, incluindo o fígado e as vias biliares (Albuquerque et al., 2022).

Algumas doenças hepáticas são específicas da gravidez, manifestando-se apenas nesse período, sem antecedentes de disfunção hepática, e resolvendo-se espontaneamente após o parto. Entre estas, destaca-se a colestase intra-hepática da gravidez (CIHG), uma das principais causas de disfunção hepática na gestação (Albuquerque et al., 2022).

A CIHG ocorre mais frequentemente no terceiro trimestre, com remissão após o parto, sendo definida pela presença de níveis séricos elevados de ácidos biliares associados a prurido, o sintoma mais característico (Teixeira et al., 2021). A prevalência é maior em países asiáticos e da América

do Sul, sobretudo no Chile, enquanto no restante continente americano e na Europa Ocidental é bastante reduzida. A sua ocorrência numa gestação aumenta, ainda, o risco de recorrência em gravidezes futuras, frequentemente com maior gravidade (Albuquerque et al., 2022; Botelho, Silva & Sousa, 2023).

Clinicamente, o prurido pode afetar qualquer área do corpo, mas é mais frequente nas superfícies palmares e plantares. Surge habitualmente no final do segundo trimestre ou no terceiro, em consequência do aumento da concentração de esteroides sexuais que interferem com o metabolismo dos ácidos biliares. Contudo, a intensidade do sintoma não se correlaciona diretamente com os níveis séricos (Albuquerque et al., 2022).

É comum agravar-se durante a noite, comprometendo o sono e originando irritabilidade diurna (Teixeira et al., 2019). Ao exame físico, podem observar-se escoriações cutâneas (Albuquerque et al., 2022).

Outros sintomas menos comuns da CIHG incluem dor abdominal, náuseas, vômitos, esteatorreia, anorexia, colúria e acolia fecal. O diagnóstico baseia-se na associação entre o quadro clínico e os exames complementares (Albuquerque et al., 2022).

Nos exames laboratoriais, o marcador mais sensível é o ácido biliar. Valores superiores a 10 $\mu\text{mol/L}$, em associação com prurido, são fortemente sugestivos de CIHG. A doença é considerada leve quando os níveis permanecem abaixo de 40 $\mu\text{mol/L}$ e grave quando os ultrapassam (Albuquerque et al., 2022). A gravidade da doença está relacionada com a concentração sérica de ácidos biliares. Valores superiores a 40 $\mu\text{mol/L}$ estão associados a risco aumentado de parto prematuro, presença de mecónio no líquido amniótico, baixo peso ao nascer e síndrome de dificuldade respiratória neonatal. Nos casos mais graves, especialmente quando as concentrações de ácidos biliares ultrapassam 100 $\mu\text{mol/L}$, existe maior risco de óbito fetal intrauterino (Teixeira et al., 2021; Albuquerque et al., 2022).

A CIHG associa-se a desfechos maternos adversos, incluindo maior risco de pré-eclâmpsia, devido à libertação de radicais livres. Também está descrita a associação com diabetes mellitus gestacional, sobretudo em mulheres com excesso de peso e idade materna avançada, possivelmente relacionada com alterações na sensibilidade à insulina (Teixeira et al., 2019; Albuquerque et al., 2022).

No plano emocional, os sintomas físicos, a preocupação com a própria saúde e a ansiedade relativamente a possíveis complicações fetais podem exercer um impacto significativo na grávida, interferindo com o seu bem-estar geral e a perceção de controlo sobre a gravidez (Teixeira et al., 2021). A CIHG é uma condição que, além do desconforto intenso, provoca elevada apreensão materna devido aos potenciais riscos fetais associados.

Antes das 36 semanas de gestação, o tratamento clínico é a primeira opção. O fármaco de eleição é o ácido ursodesoxicólico (UDCA), geralmente administrado na dose de 300 mg três vezes ao

dia ou 10-15 mg/kg/dia, divididos em duas a três tomas. (Albuquerque et al., 2022). Este fármaco atua reduzindo as concentrações séricas de ácidos biliares, aliviando o prurido, melhorando o prognóstico fetal e diminuindo o risco de complicações obstétricas, incluindo o parto prematuro espontâneo. A dose e duração do tratamento são ajustadas segundo a evolução clínica e laboratorial, sendo habitualmente mantidas até ao termo da gestação, ou até à interrupção programada da gravidez, conforme protocolo clínico e resposta materno-fetal (Albuquerque et al., 2022).

7.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 32 anos | Feminino

7.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2025-03-23 09:00:00	Hidroxizina 25 mg	
2025-03-23 09:00:00	Scheriproct 1,9mg/g 5mg/g	
2025-03-23 09:00:00	Diosmina 1000mg	
2025-03-23 09:00:00	Microlax 450/45 mg/5ml	
2025-03-23 09:00:00	Lactulose 666,7mg/ml	
2025-03-23 09:00:00	Ácido ursodesoxicólico 250 mg	
2025-03-23 09:00:00	Sucralfato 1000 mg/5 ml	
2025-03-23 09:00:00	Ondansetrom 4 mg	
2025-03-23 09:00:00	Pepsamar 240 mg	

7.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Hidroxizina 25 mg

O dicloridrato de hidroxizina em comprimidos é indicado para o alívio do prurido associado a doenças alérgicas cutâneas, como urticária, dermatite atópica e dermatite de contacto, bem como do prurido decorrente de patologias sistémicas (Germed Farmacêutica, 2020).

Trata-se de um fármaco anti-histamínico de elevada potência, com marcada ação antipruriginosa. O início do efeito terapêutico ocorre entre 15 e 30 minutos após a administração oral, prolongando-se por um período de quatro a seis horas (Germed Farmacêutica, 2020).

A hidroxizina apresenta rápida absorção gastrointestinal, sendo metabolizada no fígado em vários metabolitos e eliminada predominantemente por via renal. O seu mecanismo de ação baseia-se na ligação competitiva aos recetores H₁ presentes nas células do sistema imunitário, inibindo a libertação de histamina, principal mediador responsável pelo prurido em quadros alérgicos. A atividade depressora da hidroxizina sobre o sistema nervoso central pode também contribuir para a sua eficácia antipruriginosa (Germed Farmacêutica, 2020).

As reações adversas mais comuns incluem sedação, sonolência e xerostomia, geralmente de intensidade moderada e transitória, tendendo a desaparecer com a continuidade da terapêutica (Germed Farmacêutica, 2020).

Scheriproct 1,9 mg/g 5 mg/g

O Scheriproct está indicado para o tratamento de hemorróidas, fissuras anais superficiais e proctite, sendo recomendada a limitação da duração terapêutica a um máximo de quatro semanas sempre que possível. A prednisolona, um corticosteroide de ação local, exerce efeitos anti-inflamatórios, antialérgicos e antipruriginosos, promovendo a regressão da dilatação capilar, do edema intercelular e da infiltração tecidular, enquanto suprime a proliferação capilar. A cinchocaína, anestésico local, proporciona alívio da dor associada às lesões anorretais. Este medicamento de aplicação tópica atua predominantemente no local da inflamação, com penetração das substâncias ativas no tecido afetado. Estas, são parcialmente absorvidas, distribuídas sistemicamente, metabolizadas e eliminadas, sendo que para alcançar o efeito terapêutico desejado não é necessário atingir concentrações plasmáticas significativas (Bayer, 2017).

Diosmina 1000 mg

A diosmina é um flavonoide semissintético amplamente utilizado no tratamento da insuficiência venosa crónica e de sintomas associados, como dor nos membros inferiores, sensação de ardor, edema e varizes. Está igualmente indicado no tratamento sintomático da insuficiência venosa do plexo hemorroidário, apresentando benefícios clínicos em situações de dor, inflamação local, prurido, hemorragia e crises hemorroidárias agudas (Aché Farmacêutica, 2020).

Do ponto de vista farmacodinâmico, a diosmina exerce ação sobre o sistema venoso por meio da redução da distensibilidade venosa e da estase sanguínea, promovendo a melhoria do tônus venoso. A nível da microcirculação, demonstra efeitos angioprotetores, contribuindo para a normalização da permeabilidade capilar e para o reforço da resistência vascular. Estes

mecanismos traduzem-se numa diminuição significativa do edema de origem venosa e na melhoria da sintomatologia clínica da insuficiência venosa crónica (Aché Farmacêutica, 2020).

Relativamente à farmacocinética, este fármaco é metabolizado no trato gastrointestinal, convertendo-se em diosmetina, o seu principal metabolito ativo. Após absorção, apresenta biodisponibilidade adequada e excreção predominantemente renal e fecal. O pico plasmático ocorre várias horas após a administração oral, compatível com a sua formulação de libertação gradual (Aché Farmacêutica, 2020).

No contexto da crise hemorroidária aguda, a sua administração proporciona alívio sintomático relevante, embora não substitua terapêuticas específicas, devendo ser utilizada por um período limitado. A segurança do fármaco foi avaliada em estudos clínicos que incluíram mulheres no terceiro trimestre de gestação com quadros hemorroidários agudos, demonstrando eficácia e perfil de segurança favorável, o que o torna uma opção terapêutica válida nesta população específica (Aché Farmacêutica, 2020).

No que respeita à tolerabilidade, os efeitos adversos mais frequentemente descritos incluem cefaleia, náuseas, dor abdominal, dispepsia, diarreia, insónia, sonolência e mialgia, com incidência em 1% a 10% dos doentes. De forma geral, estes efeitos apresentam caráter transitório e não obrigam à descontinuação do tratamento (Aché Farmacêutica, 2020).

Microlax 450/45 mg/5ml

O Microlax é um laxante de contacto cuja ação farmacológica se deve às suas substâncias ativas, o citrato de sódio e o laurilsulfoacetato de sódio. O medicamento promove a evacuação do reto e do cólon através de um processo de peptização das fezes, mecanismo físico-químico que consiste na libertação da água presente mesmo nas matérias fecais mais endurecidas, resultando na sua liquefação. Este fenómeno, a nível molecular, conduz ao amolecimento das fezes e permite uma defecação suave, sem comprometer a integridade da mucosa e sem desencadear reações adversas locais ou sistémicas. O efeito terapêutico manifesta-se, em média, entre cinco e 20 minutos após a administração (Basi Farmacêutica, 2017).

O Microlax está indicado no tratamento sintomático da obstipação retal ou reto-sigmoideia, na encoprese, na obstipação associada à gravidez, ao parto ou ao período pós-operatório, bem como na preparação do reto e do sigmoide para exames endoscópicos (Basi Farmacêutica, 2017).

Tal como ocorre com outros medicamentos desta classe, o uso prolongado pode originar sensação de queimadura anal e, em casos raros, retites congestivas (Basi Farmacêutica, 2017).

Lactulose 666,7 mg/ml

A lactulose, é um laxante osmótico que atua atraindo água para o lúmen intestinal, o que

promove o amolecimento das fezes e facilita a sua eliminação. Este fármaco não é absorvido pelo organismo. É utilizado no tratamento da obstipação, caracterizada por movimentos intestinais pouco frequentes e fezes duras ou secas, contribuindo para a regularização do trânsito intestinal. Pode ser particularmente útil em situações clínicas como hemorroidas, fissuras anais, fístulas, abscessos anais, úlceras solitárias ou no pós-operatório anorretal (Basi Farmacêutica, 2020).

O medicamento está contraindicado em doentes com hipersensibilidade à lactulose ou a qualquer um dos excipientes da formulação, bem como em casos de galactosémia, uma doença hereditária rara caracterizada pela incapacidade de metabolizar a galactose, e em situações de obstrução intestinal (para além da obstipação habitual). Não deve igualmente ser utilizado em doentes com intolerância hereditária à galactose ou frutose, deficiência de lactase, síndrome de mal absorção de glucose-galactose ou em casos de diabetes mellitus, dado o potencial impacto metabólico (Basi Farmacêutica, 2020).

Durante o tratamento é essencial garantir uma ingestão adequada de líquidos, recomendando-se aproximadamente dois litros por dia, equivalentes a seis a oito copos de água, a fim de potenciar o efeito terapêutico e evitar complicações associadas à desidratação (Basi Farmacêutica, 2020).

Tal como outros laxantes, a lactulose pode causar efeitos adversos, embora nem todos os doentes os manifestem. Os mais comuns incluem flatulência, geralmente limitada aos primeiros dias de tratamento e com tendência a regredir espontaneamente. Podem também ocorrer náuseas e vômitos. A administração de doses superiores às recomendadas pode resultar em dor abdominal e diarreia (Basi Farmacêutica, 2020).

Ácido ursodesoxicólico 250 mg

O ácido ursodesoxicólico, é um ácido biliar naturalmente presente em pequenas quantidades na biliar humana. Este medicamento está contraindicado em situações de hipersensibilidade aos ácidos biliares, incluindo o ácido ursodesoxicólico, ou a qualquer um dos seus excipientes. Não deve igualmente ser administrado em doentes com inflamação aguda da vesícula biliar ou do trato biliar, com obstrução do canal biliar comum ou do canal cístico, em casos de cólicas biliares recorrentes, presença de cálculos biliares calcificados ou diminuição da contratilidade da vesícula biliar (Falk Pharma, 2024).

A utilização concomitante do ácido ursodesoxicólico pode reduzir a eficácia de determinados fármacos, nomeadamente de antiácidos contendo hidróxido de alumínio ou óxido de alumínio, uma vez que estes se ligam aos ácidos gástricos e podem interferir com a sua absorção. Tal como outros medicamentos, o ácido ursodesoxicólico pode provocar efeitos indesejáveis, embora estes não ocorram em todos os doentes. O efeito adverso mais frequentemente reportado, afetando até um em cada 10 doentes, é a ocorrência de fezes moles ou diarreia (Falk Pharma, 2024).

Sucralfato 1000 mg/5 ml

O sucralfato é um fármaco indicado no tratamento da úlcera duodenal, úlcera gástrica, gastrite de stress, gastrite crónica, azia e hiperacidez gástrica. O sucralfato, princípio ativo, exerce ação citoprotetora polianiónica, atuando por ligação eletrostática às proteínas da mucosa gástrica e duodenal com carga positiva. Este processo origina a formação de um complexo gelatinoso insolúvel, que adere seletivamente às áreas lesadas da mucosa, constituindo uma barreira física contra a ação agressiva do ácido clorídrico, da pepsina e dos sais biliares. Este mecanismo contribui para a redução da atividade proteolítica local, promove a cicatrização e proporciona alívio sintomático (Sigma Pharma, 2014).

Após administração oral, a absorção sistémica do sucralfato é mínima. Apenas uma fração reduzida de alumínio é absorvida a partir do trato gastrointestinal. Contudo, a utilização concomitante com fármacos contendo alumínio, nomeadamente antiácidos, pode potenciar a absorção e elevar os níveis séricos deste elemento, razão pela qual tal associação deve ser ponderada com precaução (Sigma Pharma, 2014).

Os efeitos adversos mais frequentemente descritos incluem obstipação, xerostomia, dor epigástrica, flatulência e náuseas (Sigma Pharma, 2014).

Ondansetrom 4 mg

O ondansetrom é um fármaco antiemético pertencente ao grupo dos antagonistas seletivos dos recetores serotoninérgicos 5-HT₃, indicado na prevenção de náuseas e vômitos induzidos por diferentes contextos clínicos e terapêuticos (Lesvi, 2023).

Cada comprimido orodispersível contém ondansetrom como substância ativa, estando ainda presentes como excipientes lactose mono-hidratada, hidroxipropilcelulose de baixa substituição, crospovidona, silicato de cálcio, aspartamo, sílica coloidal anidra e estearato de magnésio (Lesvi, 2023).

A administração deste medicamento está contraindicada durante o primeiro trimestre da gravidez, uma vez que a sua utilização pode associar-se a um risco ligeiramente aumentado de malformações orofaciais, nomeadamente fenda labial e/ou fenda palatina. Relativamente aos efeitos adversos, estes incluem cefaleia, bem como obstipação e sensação de calor ou rubor, que podem afetar até um em cada 10 doentes (Lesvi, 2023).

Pepsamar 240 mg

O Pepsamar tem como substância ativa o hidróxido de alumínio, um antiácido que atua neutralizando o excesso de acidez gástrica (hiperacidez), proporcionando alívio sintomático da azia e da dispepsia. O medicamento está contraindicado em casos de insuficiência renal grave ou obstrução intestinal e deve ser utilizado com precaução em doentes com obstipação crónica

ou hemorroidas, dado o risco de agravamento da sintomatologia. A administração concomitante com citratos ou ácido ascórbico (vitamina C) pode aumentar a absorção sistémica do alumínio. Os comprimidos devem ser administrados aproximadamente uma hora após as refeições e antes de deitar, para otimizar a neutralização ácida. Os efeitos indesejáveis mais frequentemente associados incluem obstipação, náuseas e vômitos (Sanofi Farmacêutica, 2019).

7.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
23-03-2025 09:00	Apetite	
23-03-2025 09:00	Digestão	
23-03-2025 09:00	Eliminação intestinal	
23-03-2025 09:00	Pele e mucosas	
23-03-2025 09:00	Gestação	
23-03-2025 09:00	Adaptação à gravidez e preparação para o parto	
23-03-2025 09:00	Adaptação à parentalidade	
23-03-2025 09:00	Sistema cardiovascular	

7.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Apetite, Digestão e Eliminação intestinal

A colestase intra-hepática da gravidez é a doença hepática específica da gestação mais comum, manifestando-se tipicamente no terceiro trimestre e caracterizada por elevação sérica de ácidos biliares totais (Sarker, Getrajdman, Warren & Ferrara, 2022).

Na CIHG, a disfunção da secreção biliar compromete a emulsificação e absorção de ácidos gordos no intestino delgado, levando a déficits nutricionais e distúrbios digestivos, como a esteatorreia. (Hagenbeck et al., 2021; Sarker, Getrajdman, Warren & Ferrara, 2022).

Os sintomas clínicos incluem náuseas, anorexia e esteatorreia (Hagenbeck et al., 2021; Majsterek et al., 2022). A diminuição do apetite e os distúrbios digestivos são consequência direta da redução da circulação enterohepática dos ácidos biliares, da má digestão das gorduras e da ação sistémica dos ácidos biliares elevados sobre o trato gastrointestinal.

Pele e mucosas

A perda transepidérmica de água, resultante de alterações na função de barreira cutânea, conduz à redução da elasticidade do estrato córneo e à ativação das terminações nervosas sensoriais, originando prurido. Este sintoma encontra-se intimamente relacionado com a fisiopatologia específica de cada condição clínica (Adhikari, Hall, Carlson, & Khan, 2023).

No contexto obstétrico, a colestase intra-hepática da gravidez (CIHG) representa uma causa relevante de prurido gestacional. O início do prurido ocorre, na maioria dos casos, entre o final do segundo e o início do terceiro trimestre, embora existam descrições de aparecimento precoce, a partir das oito semanas de gestação (Adhikari et al., 2023).

O mecanismo fisiopatológico baseia-se na retenção e acumulação de ácidos biliares no sangue materno e nos tecidos cutâneos, o que provoca estimulação pruriginosa das terminações nervosas periféricas (Adhikari et al., 2023).

Clinicamente, o prurido da CIHG surge de modo intermitente, evoluindo gradualmente para persistente e generalizado. Inicia-se habitualmente na região abdominal, podendo disseminar-se ao tronco, e é mais intenso nas palmas das mãos e plantas dos pés. A intensificação noturna é frequente e contribui para a deterioração do sono e do bem-estar materno (Adhikari et al., 2023).

Apesar de a CIHG raramente se associar a exantema ou lesões cutâneas primárias, é fundamental vigiar a integridade cutânea, prevenindo escoriações e infeções secundárias associadas ao prurido (Adhikari et al., 2023).

Sistema cardiovascular

A CIHG pode conduzir a défices de absorção de vitaminas lipossolúveis, particularmente da vitamina K, cuja carência predispõe ao desenvolvimento de alterações da coagulação. A deficiência desta vitamina compromete a síntese hepática de fatores de coagulação dependentes de vitamina K, aumentando o risco de hemorragia materna e exigindo uma vigilância rigorosa do estado cardiovascular e da hemodinâmica circulatória durante o internamento e no período periparto (Sarker, Getrajdman, Warren, & Ferrara, 2022).

Adicionalmente, nas mulheres com CIHG, a presença de náuseas, vómitos e défices de absorção nutricional pode perturbar o equilíbrio hidroeletrólítico, condicionando alterações hemodinâmicas como hipotensão, taquicardia e redução da perfusão periférica. Estas modificações podem diminuir o fluxo placentário e, consequentemente, agravar o risco fetal já elevado na CIHG (Hagenbeck et al., 2021; Sarker et al., 2022).

Importa ainda reconhecer que a gestação, mesmo na ausência de patologia hepática, provoca alterações fisiológicas significativas no sistema cardiovascular, nomeadamente aumento do volume plasmático, elevação do débito cardíaco e redução da resistência vascular periférica.

Estes mecanismos, adaptativos à gestação normal, podem interagir com as alterações metabólicas e circulatórias associadas à CIHG, contribuindo para maior variabilidade hemodinâmica materna.

Gestação

A gravidez constitui um evento biológico complexo e singular, marcado por alterações fisiológicas, psicológicas e sociais que visam adaptar o organismo materno ao desenvolvimento fetal. Na maioria dos casos, a gestação decorre de forma assintomática e sem intercorrências relevantes para o binómio materno-fetal.

No entanto, estima-se que cerca de 20% das gravidezes sejam classificadas como de alto risco, apresentando maior probabilidade de desfechos adversos (Rodrigues et al., 2020; Vieira et al., 2025). Esse risco pode resultar da exacerbação de patologias pré-existentes, da emergência de complicações obstétricas durante a gestação, ou ainda de fatores sociais e ambientais que comprometem a saúde materna e fetal. Nestes casos, torna-se essencial uma monitorização clínica intensiva e intervenções especializadas, de modo a garantir a segurança e o bem-estar do binómio (Rodrigues et al., 2020; Vieira et al., 2025).

Quando surgem complicações na gravidez, a mulher experiencia uma transição múltipla, envolvendo não apenas mudanças desenvolvimentais típicas da gestação, mas também uma transição saúde-doença, o que torna o processo de adaptação mais complexo, mais exigente e emocionalmente desafiante (Vieira et al., 2025).

A passagem de uma gestação inicialmente classificada como baixo risco para uma situação de alto risco constitui, frequentemente, um evento crítico, desencadeando reações emocionais negativas, como medo, ansiedade e stress, tanto na mulher como no seu contexto familiar (Vieira et al., 2025).

A hospitalização em unidades de Medicina Materno-Fetal é, nestes casos, uma estratégia terapêutica e preventiva fundamental, permitindo a vigilância contínua e a intervenção precoce perante alterações clínicas. Contudo, este processo modifica profundamente a experiência subjetiva da gravidez, uma vez que a mulher é afastada do seu ambiente familiar e das suas rotinas habituais, sendo inserida num contexto institucional desconhecido e altamente regulamentado (Rodrigues et al., 2020).

A convivência diária com outras grávidas hospitalizadas e com profissionais de saúde, aliada à realização frequente de exames, avaliações clínicas e administração de terapêutica, pode constituir um fator acrescido de stress, exigindo novas estratégias de coping e suporte emocional especializado. Assim, a hospitalização na gravidez de alto risco configura-se não apenas como uma medida de segurança clínica, mas também como um processo de adaptação psicossocial complexo, que requer abordagem multidimensional e centrada na mulher (Rodrigues et al., 2020).

Adaptação à gravidez e preparação para o parto

Durante o internamento hospitalar é fundamental que a grávida permaneça envolvida ativamente na adaptação à gravidez e na preparação para o parto, especialmente quando se antecipa a necessidade de intervenção cirúrgica por cesariana. A EEESMO desempenha um papel central neste processo de acompanhamento, promovendo o conhecimento sobre o procedimento cirúrgico, esclarecendo dúvidas apoiando a grávida na compreensão do procedimento cirúrgico sobre as suas implicações físicas e emocionais, e facilitando o desenvolvimento de estratégias de coping adequadas à experiência de parto.

Além disso, compete à EEESMO orientar a grávida na gestão da dor e na aquisição de competências relativas aos cuidados pós-cesariana, incluindo o autocuidado pós-parto e a prevenção de complicações pós-operatórias.

Estas intervenções constituem ações de enfermagem especializadas que promovem uma transição segura, informada e positiva para a maternidade, assegurando que a preparação para o parto e para os cuidados neonatais se mantenha uma prioridade contínua durante o período de internamento (Meleis, 2018).

O modelo das Transições de Afaf Meleis constitui um referencial teórico essencial para a prática da EEESMO, permitindo compreender a experiência da gravidez, do parto e do puerpério como processos de transição que envolvem alterações no estado de saúde, no papel social e familiar e na identidade pessoal da mulher. Durante o internamento por gravidez de alto risco, a mulher vivencia simultaneamente múltiplas transições, desenvolvimental, situacional e saúde-doença, o que pode fragilizar a sua perceção de controlo e a sua capacidade de adaptação. Neste contexto, a EEESMO atua como facilitadora da transição saudável, promovendo a consciência da experiência, o envolvimento ativo da mulher nos cuidados, a interação terapêutica e o apoio individualizado, de modo a fortalecer a autonomia e o empoderamento materno.

Adaptação à parentalidade

A gestação não se limita à saúde física, mas envolve também a aquisição de competências parentais, a adaptação emocional à maternidade e o fortalecimento da ligação com o futuro bebé. A interrupção desta preparação devido à hospitalização pode aumentar sentimentos de ansiedade, insegurança e diminuir a autoconfiança materna, impactando potencialmente a transição para a parentalidade.

Neste contexto, a EEESMO desempenha um papel central. Cabe-lhe apoiar a gestante na manutenção das rotinas de educação parental, promover estratégias de coping, fornecer informação atualizada sobre cuidados neonatais. Esta intervenção contribui para reduzir o impacto emocional do internamento, fortalece a autoperceção de competência parental e garante que a preparação para a parentalidade se mantenha uma prioridade, mesmo em situações de doença ou internamento hospitalar.

7.5. Conceção de Cuidados

Apetite

23-03-2025 09:00

23-03-2025 09:00 - Ingeriu parte das refeições.

23-03-2025 09:00 - Apetite diminuído.

23-03-2025 09:00 - Paladar conservado.

23-03-2025 09:00 - Apetite comprometido

23-03-2025 09:00 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições

23-03-2025 09:00 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições

23-03-2025 09:00 - Melhorar apetite

23-03-2025 09:00 - Planear dieta

Sistema cardiovascular

23-03-2025 09:00

23-03-2025 09:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

23-03-2025 09:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Digestão

23-03-2025 09:00

23-03-2025 09:00 - Com sensação de enjoo.

23-03-2025 09:00 - Com refluxo dos alimentos deglutidos.

23-03-2025 09:00 - Presença de vômito.

23-03-2025 09:00 - Náusea

23-03-2025 09:00 - Gravidade da náusea: moderada.

23-03-2025 09:00 - Aliviar náusea

23-03-2025 09:00 - Gerir o ambiente físico para aliviar a náusea

23-03-2025 09:00 - Planear dieta

23-03-2025 09:00 - Promover autocontrolo: náusea

23-03-2025 09:00 - Conhecimento sobre regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

23-03-2025 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso

23-03-2025 09:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso

23-03-2025 09:00 - Vomitar

23-03-2025 09:00 - Vômito em pequena quantidade.

23-03-2025 09:00 - Tipo de vômito: aquoso.

23-03-2025 09:00 - Ausência de vômito em jato.

23-03-2025 09:00 - Diminuir episódios de vômito

23-03-2025 09:00 - Prevenir desidratação

23-03-2025 09:00 - Gerir hidratação

Eliminação intestinal

23-03-2025 09:00

23-03-2025 09:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

23-03-2025 09:00 - Fezes: em pequena quantidade.

23-03-2025 09:00 - Consistência das fezes: Fezes em síbalas.

23-03-2025 09:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

23-03-2025 09:00 - Número de defecações por semana: 2.

23-03-2025 09:00 - Presença de massa palpável de fezes no reto.

23-03-2025 09:00 - Sensação de urgência para defecação.

23-03-2025 09:00 - Expulsão controlada de fezes.

23-03-2025 09:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

23-03-2025 09:00 - *Avaliar evolução da eliminação intestinal*

23-03-2025 09:00 - Obstipação

23-03-2025 09:00 - Promover autogestão: obstipação

23-03-2025 09:00 - Conhecimento sobre regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

23-03-2025 09:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

23-03-2025 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso

23-03-2025 09:00 - *Ensinar sobre regime medicamentoso*

23-03-2025 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício

23-03-2025 09:00 - *Ensinar sobre regime de exercício*

Pele e mucosas

23-03-2025 09:00

23-03-2025 09:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Gestação

23-03-2025 09:00

23-03-2025 09:00 - Data da última menstruação: 01-08-2024.

23-03-2025 09:00 - Teste de gravidez: positivo.

23-03-2025 09:00 - Gravidez

23-03-2025 09:00 - Idade gestacional: 33.40 Semanas.

23-03-2025 09:00 - Data provável de parto: 08-05-2025.

23-03-2025 09:00 - Peso: 73.60 Kg.

23-03-2025 09:00 - Comprimento/Altura: 167.00 cm.

23-03-2025 09:00 - Índice de massa corporal: 26.39 Kg/m².

23-03-2025 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

23-03-2025 09:00 - Membro superior Esquerda(o)

23-03-2025 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 117 mmHg.

23-03-2025 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 64 mmHg.

23-03-2025 09:00 - Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.

23-03-2025 09:00 - Exame químico de urina - glicosúria: negativo.

23-03-2025 09:00 - Exame químico de urina - proteinúria: vestígios.

23-03-2025 09:00 - Exame químico de urina - leucocitúria: negativo.

23-03-2025 09:00 - Exame químico de urina - hematúria: negativo.

23-03-2025 09:00 - Exame químico de urina - cetonúria: negativo.

23-03-2025 09:00 - Exame químico da urina - pH: 6.

23-03-2025 09:00 - Efeitos colaterais da gravidez: náuseas/vómitos, azia, sinais de obstipação, outro.

23-03-2025 09:00 - Determinar sinais de complicação da gravidez e/ou desenvolvimento fetal

23-03-2025 09:00 - Avaliar evolução da gravidez

23-03-2025 09:00 - Promover autogestão de complicações da gravidez

23-03-2025 09:00 - Conhecimento sobre complicações durante a gravidez: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

23-03-2025 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações durante a gravidez

23-03-2025 09:00 - Ensinar sobre complicações do compromisso da gravidez

23-03-2025 09:00 - Ensinar sobre autogestão dos sintomas

Adaptação à parentalidade

23-03-2025 09:00

23-03-2025 09:00 - Adaptação à parentalidade

23-03-2025 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: integração do recém-nascido na casa e na família

23-03-2025 09:00 - Conhecimento sobre preparação da casa e enxoval: facilitador.

23-03-2025 09:00 - Conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

23-03-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre os cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

23-03-2025 09:00 - Significado atribuído à chegada do recém-nascido: não dificultador.

23-03-2025 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido

23-03-2025 09:00 - Ensinar sobre preparação da criança para papel de irmão

23-03-2025 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: segurança

23-03-2025 09:00 - Conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

23-03-2025 09:00 - Capacidade para transportar o recém-nascido em segurança: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

23-03-2025 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido

23-03-2025 09:00 - Ensinar sobre medidas de segurança: transporte

23-03-2025 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: amamentação

23-03-2025 09:00 - Conhecimento sobre amamentação

23-03-2025 09:00 - facilitador.

23-03-2025 09:00 - Significado atribuído à amamentação: não dificultador.

23-03-2025 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde

23-03-2025 09:00 - Conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

23-03-2025 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido

23-03-2025 09:00 - Ensinar sobre vigilância e promoção da saúde

23-03-2025 09:00 - Ensinar sobre regime de vacinação

7.6. Especificação das intervenções

Gerir hidratação

- Disponibilizei água à cliente sempre que ia ao quarto e questionava regularmente se já tinha realizado reforço hídrico. Orientei-a a comunicar qualquer alteração no padrão urinário, independentemente da sua natureza.

Avaliar evolução da gravidez

- Avaliei a evolução da gravidez através da medição da altura uterina e da auscultação dos batimentos cardíacos fetais com recurso a Doppler. Realizei ainda vigilância por CTG em todos os turnos da manhã, identificando sinais sugestivos de sofrimento fetal, como a redução dos movimentos percebidos pela grávida ou alterações na auscultação cardíaca e no traçado cardiotocográfico.

Planear dieta

- Em colaboração com a cliente, foi planeada uma dieta que incluía os alimentos de sua preferência, compatíveis com a disponibilidade hospitalar e com sugestões dos familiares, tendo como objetivo facilitar a digestão e prevenir náuseas e vômitos.

Ensinar sobre regime de exercício

- Orientei a cliente relativamente à prática de atividade física leve, com o objetivo de promover a regulação do trânsito intestinal e melhorar o conforto abdominal, frequentemente comprometido pela obstipação associada à colestase intra-hepática da gravidez. Incentivei a deambulação regular pelos corredores do serviço e a realização de exercícios de flexão e agachamento suaves, devidamente adaptados à sua condição clínica e idade gestacional, reforçando a importância da mobilidade para a estimulação da motilidade intestinal e prevenção do desconforto digestivo.

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Orientei a cliente acerca da terapêutica a ser administrada, explicando o seu modo de

ação e os possíveis efeitos secundários. Salientei a importância da adesão ao regime medicamentoso e da comunicação imediata de quaisquer reações adversas, de modo a garantir a segurança e a eficácia do plano terapêutico.

Ensinar sobre complicações do compromisso da gravidez

- Orientei para as possíveis complicações maternas e fetais da CIHG, assim como esclareci dúvidas em relação às mesmas.

Ensinar sobre autogestão dos sintomas

- Informei sobre o uso de vestuário largo e em materiais naturais (algodão), banhos com água tépida, aplicação de cremes com textura aquosa e, se possível, com extrato de mentol, e recurso a compressas frias em situações de exacerbação do prurido. No âmbito nutricional, identifiquei junto da grávida as suas preferências alimentares, compatíveis com a disponibilidade hospitalar, assim como orientei para a ingestão de refeições mornas.

Ensinar sobre vigilância e promoção da saúde

- Informei a grávida quanto à importância das consultas de vigilância e promoção da saúde do recém-nascido no centro de saúde.
- As consultas de acompanhamento do recém-nascido e do lactente constituem uma componente essencial da vigilância em saúde infantil, permitindo avaliar a adaptação pós-natal, o crescimento físico e o desenvolvimento psicomotor, bem como reforçar práticas de promoção da saúde familiar (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013). De acordo com as orientações nacionais, estas consultas devem realizar-se na primeira semana de vida, ao primeiro mês e, subsequentemente, aos dois, quatro, seis, nove e 12 meses de idade. Em cada avaliação são registados parâmetros de crescimento e desenvolvimento, peso, comprimento, perímetro cefálico e marcos de desenvolvimento, nos suportes oficiais, nomeadamente no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013).
- Estes momentos de acompanhamento têm como objetivo a promoção de comportamentos de saúde positivos, incluindo a adoção de hábitos alimentares equilibrados, a adesão ao aleitamento materno, a implementação de medidas de segurança no domicílio, a prevenção de acidentes e intoxicações, e a proteção adequada contra a exposição solar. Integram também o seguimento do Programa Nacional de Vacinação, garantindo a imunização adequada ao longo do primeiro ano de vida (DGS, 2013). Adicionalmente, estas consultas permitem a deteção precoce de situações clínicas que possam comprometer a vida ou a qualidade de vida da criança, tais como malformações congénitas, distúrbios metabólicos ou atraso no desenvolvimento neuro psicomotor, assegurando o encaminhamento rápido e adequado para os cuidados diferenciados sempre que necessário (DGS, 2013).
- Durante o acompanhamento, os pais e cuidadores são orientados e capacitados para reconhecer sinais e sintomas de alarme que justifiquem o recurso aos serviços de saúde, reforçando o seu papel ativo na prevenção, vigilância e promoção do bem-estar da criança (DGS, 2013).

Gerir o ambiente físico para aliviar a náusea

- O ambiente foi mantido ventilado, com janelas e porta abertas. Durante as refeições, enquanto os alimentos arrefeciam, orientei a cliente a deslocar-se pelo corredor e a realizar ligeiros exercícios fora do quarto, de modo a minimizar náuseas provocadas pelo odor dos alimentos quentes.

Ensinar sobre regime de vacinação

- Informe a grávida quanto ao esquema de vacinação do recém-nascido prematuro e encaminhei-a para o centro de saúde da sua área de residência para esclarecimento de eventuais dúvidas.
- Diversos fatores contribuem para a vulnerabilidade do prematuro às infeções, nomeadamente a imaturidade do sistema imunitário, as sequelas de algumas doenças, sobretudo respiratórias, e o menor título de imunoglobulina G materna, cuja transferência placentária se inicia apenas no último trimestre da gestação. O prematuro encontra-se apto para imunização aos dois meses de idade cronológica, seguindo o mesmo esquema e doses aplicáveis ao recém-nascido (RN) a termo, independentemente do peso. Apesar da imunogenicidade poder estar reduzida em prematuros de muito baixo peso ou grande prematuridade, os níveis de anticorpos alcançados conferem proteção e asseguram persistência da memória imunológica (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2013).
- As vacinas do Programa Nacional de Vacinação (PNV) devem ser administradas ao lactente ex-prematuro clinicamente estável, respeitando o calendário do programa e a idade cronológica. Constituem exceções a vacina BCG e a vacina da Hepatite B, que, de acordo com as Orientações Técnicas da Direção-Geral da Saúde (DGS) em vigor – Circular Normativa 040/2011, de 29-12-2011 – devem ser adiadas até que o lactente atinja um peso superior a 2000 g (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2013).

Ensinar sobre medidas de segurança: transporte

- Orientei a grávida quanto aos cuidados durante o transporte do recém-nascido, incluindo a escolha de uma cadeira adequada ao peso da bebé e a correta instalação da mesma no veículo.
- Crianças com menos de 12 anos e menos de 150 cm de altura quando transportadas em automóveis devem utilizar sistemas de retenção homologados, adequados ao seu peso e tamanho. O sistema deve possuir a etiqueta “E”, que garante a conformidade com os critérios de segurança, indicando a categoria da cadeira (preferencialmente “Universal”, compatível com todos os veículos) e o grupo de peso adequado, informação essencial para a escolha da cadeira ao longo do crescimento da criança (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016a).
- A cadeira deve ser testada no automóvel para assegurar que o comprimento dos cintos é apropriado, ser leve e de fácil instalação. Para recém-nascidos até cerca de 15-18 meses, recomenda-se cadeiras voltadas para a retaguarda. A maioria das cadeiras disponíveis no mercado é desenhada para recém-nascidos a termo e não é adequada para prematuros ou bebés com peso inferior a 2,5 kg. Nestes casos, a distância entre a inserção dos cintos nos ombros e o assento não deve exceder 25 cm, e a distância entre a inserção do cinto entre as pernas e as costas da cadeira não deve ultrapassar 13,7 cm (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016a).

- Bebés prematuros apresentam menor tônus muscular e controlo cefálico, aumentando o risco de projeção da cabeça durante colisões, travagens ou movimentos bruscos, com maior vulnerabilidade da coluna cervical. Além disso, cadeirinhas inclinadas a 45° podem induzir posição excessivamente fletida, comprometendo a respiração ou agravando o refluxo gastroesofágico (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016a).

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Avaliei a pressão arterial da cliente no início de cada turno durante o internamento de acordo com o procedimento em vigor no serviço, bem como após intercorrências, como episódios de estonteamento após vômito.

Ensinar sobre preparação da criança para papel de irmão

- Informe a grávida sobre a preparação da filha para o papel de irmã mais velha e orientei-a quanto às diferenças entre um recém-nascido a termo e um prematuro, incluindo os possíveis dificuldades associadas.
- As crianças mais velhas podem experienciar sentimentos de abandono ou insegurança devido à atenção centrada no bebé prematuro e à ausência dos pais durante o internamento na unidade de neonatologia. Para minimizar estes efeitos e fortalecer a ligação fraterna, recomenda-se incentivar visitas quando o bebé estiver clinicamente estabilizado, bem como utilizar fotografias e permitir que os filhos mais velhos façam desenhos ou escrevam mensagens para o recém-nascido. É fundamental reforçar o vínculo afetivo e a coesão familiar, explicando de forma simples as preocupações parentais e incentivando a expressão de sentimentos, dúvidas e frustrações, promovendo resiliência emocional e compreensão da situação (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016b).

Avaliar evolução da eliminação intestinal

- Orientei a cliente a informar sobre qualquer alteração no padrão de dejeção atual (obstipação), incluindo diarreia ou presença de sangue nas fezes.

Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições

- Avaliei a ingestão alimentar da grávida, a tolerância às refeições e identifiquei os alimentos mais bem aceites e tolerados.

7.7. Síntese relativa ao caso

A seleção deste caso clínico para elaboração do plano de cuidados baseou-se em vários fatores: a possibilidade de acompanhar a grávida de forma contínua, desde a admissão até à alta, o diagnóstico de uma condição associada à gestação pouco prevalente e de relevância clínica (colestase intra-hepática da gravidez) e a perceção de vulnerabilidade emocional manifestada pela grávida.

À admissão no serviço, a grávida demonstrou dificuldade na compreensão do seu estado de saúde, o que originou ansiedade e insegurança face ao internamento. Após esclarecimento sobre a sua condição clínica, os objetivos da hospitalização, e as medidas terapêuticas previstas, verificou-se redução significativa da ansiedade, embora persistisse apreensão quanto à possibilidade de parto por cesariana às 35 semanas de gestação. Foram, então, prestados esclarecimentos detalhados sobre a segurança do procedimento cirúrgico, reforçando-se que este seria considerado apenas se clinicamente indispensável, tendo em conta a evolução materno-fetal.

Durante a avaliação do autocuidado, identificaram-se práticas inadequadas face aos sintomas de prurido, náuseas e digestão difícil, incluindo o uso de vestuário apertado, banhos de água quente e ausência de aplicação de emolientes. Foram fornecidas orientações específicas, nomeadamente: utilização de vestuário largo e em materiais naturais (como o algodão), realização de banhos com água tépida, aplicação de emolientes com textura aquosa e, se possível, com extrato de mentol, utilização de compressas frias nas zonas de maior desconforto. Algumas destas medidas foram implementadas com sucesso, como a alteração da temperatura da água do banho e a utilização de compressas frias, enquanto outras não foram adotadas pela grávida pela falta de disponibilidade financeira.

A adesão terapêutica é um processo dinâmico e multidimensional que exige não apenas motivação e compreensão por parte da cliente, mas também condições logísticas, materiais e humanas que a facilitem.

No âmbito nutricional, foram identificadas preferências alimentares compatíveis com as opções disponíveis no contexto hospitalar, o que permitiu uma melhor gestão de náuseas e vômitos. A adoção de refeições mornas e fracionadas resultou em melhoria sintomática progressiva.

Foram ainda registadas dificuldades relacionadas com obstipação, agravadas pelo prurido noturno intenso e pelo sono diurno excessivo, resultante da fadiga. As tentativas de estimular a mobilidade e a prática de exercício físico leve revelaram-se limitadas, devido à baixa colaboração da gestante e à perceção da equipa de enfermagem de que o repouso deveria ser priorizado. No entanto, a evidência científica demonstra que a atividade física moderada exerce efeitos benéficos sobre o trânsito intestinal. Um estudo manométrico com sonda de estado sólido revelou que, durante o exercício, ocorre diminuição da atividade física do cólon, mas um aumento da atividade propagada no período pós-exercício, o que favorece a motilidade intestinal. Adicionalmente, a obstipação está associada a baixos níveis de mobilidade, sendo que a prática regular de exercício contribui para o aumento da frequência dos movimentos intestinais (Oliveira, Santos, Morna, & Casimiro, 2020).

Por fim, o internamento culminou na realização de cesariana, motivada pelo aumento progressivo dos níveis séricos de ácidos biliares e pela necessidade de vigilância neonatal imediata. Durante todo o período de internamento, foram implementadas estratégias integradas de educação para a

saúde, conforto e promoção do autocuidado, de modo a otimizar a segurança materna, minimizar o desconforto físico e emocional e favorecer a adaptação à parentalidade.

8. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Para o cumprimento dos objetivos do estágio e a consequente atribuição do grau de mestre nesta área de especialidade, é necessária a aquisição e consolidação de um conjunto de competências, conforme definido no Regulamento das Competências Específicas publicado pela OE (2019). Enquanto estudantes, é igualmente essencial demonstrar capacidade de integração e aplicação crítica do conhecimento, refletindo sobre as responsabilidades inerentes ao exercício profissional e assegurando uma comunicação clara, objetiva e fundamentada.

As experiências clínicas proporcionadas têm como finalidade o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019) e das competências específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019).

Os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista incluem (Regulamento n.º 140/2019) (OE, 2019): a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Relativamente às competências específicas do EEESMO, estas abrangem os seguintes domínios (Regulamento n.º 391/2019) (OE, 2019): prestação de cuidados à mulher, inserida na família e comunidade, no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; no período pré-natal; no trabalho de parto; no pós-parto; durante o climatério; nos processos de saúde/doença ginecológica; e, ainda, cuidados dirigidos ao grupo-alvo de mulheres em idade fértil, no contexto comunitário.

Ao longo do estágio, é expectável que o estudante alcançasse um conjunto mínimo de experiências, conforme previsto na Lei n.º 26/2017, para a obtenção do título profissional de EEESMO, reconhecido pela OE. As experiências mínimas obrigatórias incluem: a realização de consultas pré-natais, com pelo menos 100 exames, abrangendo a assistência a 40 grávidas em situação de risco; a prestação de cuidados a, no mínimo, 40 parturientes; a realização de 40 partos (ou 30 partos, caso a ausência de parturientes o justifique, desde que complementados pela participação em mais 20 partos); a participação ativa em partos de apresentação pélvica (em caso de impossibilidade, com recurso a treino em simulação); e a prática de episiotomia e perineorrafia. Inclui-se ainda a assistência a, pelo menos, 100 puérperas e recém-nascidos normais; a assistência a, pelo menos, 40 puérperas e recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais; bem como a assistência a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia/obstetrícia.

Na tabela seguinte encontra-se a sistematização das experiências desenvolvidas ao longo do estágio, de acordo com as exigências previstas na legislação em vigor.

Tabela 1 - Experiências realizadas ao longo do ensino clínico

Grávidas		Parturientes	Partos executados		Partos participados		Sutura	Puérperas		Recém-nascidos	
129		66	41		25		9	106		109	
Risco	Normal		Episiotomia	Sem episiotomia	Pélvico	Cefálico		Risco	Normal	Risco	Normal
45	84		7	34	1	24		42	64	18	91

Na assistência à mulher grávida e à pessoa significativa, foram desenvolvidas competências específicas orientadas para a promoção da adaptação à gravidez e à parentalidade, para a salvaguarda do bem-estar materno-fetal e para a preparação para o parto. Estas competências incluem a identificação precoce de complicações e a prestação de cuidados em gravidezes patológicas, em situações de abortamento ou morte fetal, sustentando uma prática centrada na mulher e no seu empoderamento. A sua consolidação revelou-se essencial para facilitar a adaptação às alterações fisiológicas e clínicas, melhorar a comunicação terapêutica e capacitar a mulher e a pessoa significativa para a tomada de decisões informadas.

Os cuidados prestados durante o trabalho de parto e parto constituíram-se como essenciais para o desenvolvimento das competências específicas, nomeadamente no que se refere à promoção da saúde materna e fetal, à garantia da segurança clínica e à tomada de decisões fundamentadas em evidência científica. Destacou-se, ainda, a valorização do envolvimento ativo da mulher e da pessoa significativa no processo de parto, em consonância com os princípios de cuidados centrados na pessoa, assegurando simultaneamente qualidade e segurança dos cuidados e a promoção de uma experiência de parto positiva e humanizada.

A assistência prestada às puérperas e aos recém-nascidos revelou-se igualmente determinante para a aquisição de competências específicas como EEESMO, abrangendo múltiplos domínios da prática clínica. Entre estas competências destacam-se a avaliação contínua da evolução clínica da puérpera e a implementação de estratégias dirigidas à promoção da sua recuperação física e emocional no período pós-parto. Simultaneamente, incluem-se a observação e avaliação da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, a orientação e capacitação da família, com ênfase na promoção das competências parentais e o apoio ao estabelecimento e manutenção da amamentação, incluindo avaliação da pega, identificação de dificuldades e estratégias para resolução de problemas. Desta forma, a intervenção do EEESMO atua como facilitadora no processo de transição para a parentalidade, assegurando cuidados seguros, integrados e centrados na mulher, no recém-nascido e na promoção de um vínculo afetivo e funcional entre ambos.

A prática baseada na evidência representa um alicerce fundamental da enfermagem especializada, permitindo que os cuidados prestados sejam sustentados em dados científicos atualizados, em vez de se basearem apenas na experiência individual ou em práticas tradicionais. Esta abordagem assegura a tomada de decisões clínicas mais eficazes, seguras e consistentes, promovendo resultados positivos para os clientes e reforçando a qualidade da assistência. No contexto da saúde materna e obstétrica, a integração da evidência científica é particularmente

relevante, dado o impacto direto que os cuidados têm na segurança e no bem-estar da mulher, do recém-nascido e da família, fomentando simultaneamente a reflexão crítica e o desenvolvimento profissional contínuo.

Nesse sentido, procedeu-se à realização de uma revisão de literatura, com o objetivo de identificar e mapear a evidência científica disponível sobre a temática a ser estudada, orientando a implementação de intervenções seguras, fundamentadas e centradas na mulher e na sua família.

DEBRIEFING NO PÓS-PARTO COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

O pós-parto caracteriza-se por intensas transformações fisiológicas, psicológicas, emocionais e sociais. Trata-se de um período de elevada exigência adaptativa, no qual a puérpera passa de uma condição individual para a principal responsável pelo recém-nascido. Para além desta transição, ocorrem alterações significativas no padrão de sono, na rotina diária e na identidade pessoal, bem como uma intensa influência hormonal, que pode dificultar o processo de adaptação e aumentar a vulnerabilidade emocional (Moreira et al., 2025). Neste contexto, verifica-se uma maior suscetibilidade ao desenvolvimento de perturbações mentais, como depressão pós-parto (DPP), ansiedade e stress, que podem comprometer a qualidade de vida materna, a relação mãe-bebê e a dinâmica familiar. Assim, a promoção da saúde mental no puerpério constitui uma prioridade para os serviços de saúde (Greinert et al., 2018).

Em Portugal, a prevalência da depressão pós-parto varia consoante a população estudada e os instrumentos de avaliação utilizados. Um estudo iniciado em 2016 registou uma incidência de 12,6% de DPP, enquanto a sua repetição em 2024 revelou uma prevalência de 7,6%, ascendendo a 11% quando aplicadas escalas de rastreio, como a de Edimburgo e a de Rosenberg, respetivamente (Almeida et al., 2025). Contudo, outro estudo identificou prevalências mais elevadas, superiores a 40% em determinadas amostras avaliadas nos cuidados de saúde primários, com tamanho de amostra semelhante (Balseiro, 2018). Apesar da variabilidade dos resultados, torna-se evidente que a depressão pós-parto constitui um problema relevante de saúde pública, com impacto significativo na vida das mulheres e das suas famílias.

O *debriefing* é uma intervenção estruturada que visa a reflexão e a análise de experiências vivenciadas, permitindo aos participantes processar emoções, identificar aprendizagens e promover estratégias de *coping* (Teixeira, 2024). Originalmente utilizado em contextos militares e de emergência, tem sido progressivamente aplicado na área da saúde, com foco na prevenção de perturbações psicológicas pós-parto, como a depressão e o stress pós-traumático.

O *debriefing* no pós-parto constitui uma intervenção psicológica destinada à mitigação da morbilidade materna. Estudos demonstram que intervenções de *debriefing* podem reduzir sintomas de depressão e ansiedade em puérperas, promovendo a adaptação emocional e o bem-estar psicológico (Abdollahpour et al., 2018). Em comparação com o *debriefing* psicológico tradicional, caracteriza-se por uma abordagem mais centrada na mulher e menos rígida na sua estruturação. O processo envolve uma sessão, permitindo a expressão das perceções subjetivas relativas ao parto, a clarificação de eventos clínicos sob uma perspetiva externa e a validação emocional. A compreensão das experiências vivenciadas pelas mulheres durante o *debriefing* é essencial, uma vez que evidencia tanto os aspetos operacionais como os psicológicos inerentes ao processo (Bannister, Hammond, Dahlen & Keedle, 2025).

Apesar de seu uso crescente, a literatura ainda apresenta resultados divergentes acerca da efetividade do *debriefing* no pós-parto, especialmente no que se refere à prevenção de transtornos mentais e à promoção do bem-estar psicológico (Bastos et al., 2015). Nesse sentido, torna-se relevante reunir e analisar as evidências científicas disponíveis sobre o tema, no sentido de concorrer para uma prática clínica baseada em evidência e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde materna e obstétrica.

Identificação da Pergunta

Diante da problemática exposta, a primeira etapa deste processo de revisão envolveu a formulação de uma pergunta bem delimitada e clara, que orientou o tipo de estudos a serem incluídos, assim como, as informações pertinentes a serem selecionadas.

A pergunta norteadora desta revisão foi: “Quais os efeitos do *debriefing* na promoção da saúde mental das mulheres no período pós-parto?”.

Metodologia

Efetuuou-se uma revisão integrativa da literatura, modalidade de pesquisa que se caracteriza por reunir, organizar e sintetizar de maneira crítica os resultados de estudos já publicados sobre determinado fenómeno, permitindo a incorporação de diferentes metodologias e a construção de uma visão abrangente sobre o tema investigado (Souza, Silva, & Carvalho, 2010). Este tipo de revisão demonstra-se especialmente pertinente quando o objetivo é fundamentar a prática clínica em evidências científicas, além de identificar lacunas do conhecimento que possam orientar novas pesquisas.

A condução da revisão seguiu rigorosamente as seis etapas propostas para esse método: a identificação do tema e formulação da questão de pesquisa, a definição dos critérios de inclusão e de exclusão, a busca nas bases de dados selecionadas, a extração e categorização das informações relevantes, a análise e interpretação crítica dos resultados e por fim a síntese e

apresentação dos resultados. Este percurso metodológico teve como objetivo garantir a transparência, a sistematização e a confiabilidade no processo de construção da revisão.

Recorreu-se aos vocabulários estruturados MeSH (*Medical Subject Headings*) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), que consistem em sistemas de padronização terminológica internacionalmente reconhecidos. O MeSH, mantido pela U.S. *National Library of Medicine*, organiza termos biomédicos em uma hierarquia que facilita a indexação e recuperação de informações em bases de dados como a PubMed. Já o DeCS, desenvolvido pela BIREME/OPAS/OMS, adapta o MeSH para o contexto latino-americano, acrescentando termos específicos da realidade em saúde dessa região. O uso combinado desses descritores assegura maior precisão e abrangência na busca, permitindo a identificação de estudos relevantes mesmo diante de variações linguísticas ou conceituais.

A pesquisa bibliográfica foi realizada nos motores de busca Web of Science e EBSCOhost, que integra diversas bases de dados relevantes para a área da saúde, entre as quais se destacam: CINAHL Plus, *Nursing & Allied Health Collection*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR), *Database of Abstracts of Reviews of Effects* (DARE), MedicLatina e MEDLINE. A escolha desta plataforma justifica-se pelo facto de abranger simultaneamente diferentes bases de dados, contemplando literatura nacional e internacional de reconhecida relevância científica.

Para a operacionalização da pesquisa, foram utilizados descritores controlados e não controlados, em português e em inglês, combinados através de operadores booleanos. Entre os termos selecionados, destacam-se: puerpério, *debriefing*, saúde mental, apoio psicológico, *postpartum period*, *mental health*, *psychological support*. Como exemplo de estratégia de busca, utilizou-se a seguinte frase booleana: ("postpartum" OR "postnatal" OR "after pregnancy" OR "after birth" OR "after childbirth" OR "perinatal") AND ("debriefing" OR "debrief") AND ("mental health" OR "mental illness" OR "mental disorder" OR "psychiatric illness"). A utilização de diferentes combinações de descritores teve como objectivo ampliar o alcance da pesquisa e reduzir potenciais vieses relacionados com limitações terminológicas.

Os critérios de inclusão definidos foram: artigos correspondentes a estudos primários, em português, inglês ou espanhol, disponíveis na íntegra, cuja população em estudo fosse composta por mulheres no período pós-parto e cujo título ou resumo abordasse o *debriefing* como processo terapêutico na promoção da saúde mental.

Foram estabelecidos como critérios de exclusão: artigos que não correspondessem a estudos primários. Excluíram-se ainda estudos cuja população não contemplasse puérperas e publicações sem acesso ao texto completo. Esta delimitação teve como objetivo assegurar a qualidade e a pertinência do material incluído na revisão.

O processo de seleção dos estudos ocorreu em duas fases distintas. Na primeira etapa,

eliminaram-se os duplicados, de seguida fez-se uma análise por título e resumo. De seguida, realizou-se a leitura completa dos artigos elegíveis, de forma a confirmar a sua inclusão e permitir a extração sistemática dos dados.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva e crítica, permitindo não apenas a identificação das evidências disponíveis, mas também a comparação entre diferentes estudos. Para isso, os achados foram organizados em categorias temáticas, o que possibilitou maior clareza na apresentação e interpretação dos resultados. Essa estratégia facilitou a identificação de convergências e divergências nos estudos analisados, bem como a deteção de lacunas ainda existentes na literatura científica.

Por fim, a síntese dos resultados é apresentada de forma estruturada, procurando relacionar os achados empíricos com o enquadramento teórico sobre saúde mental materna e *debriefing*. Pretendeu-se, assim, fornecer contributos relevantes para a prática clínica alicerçada em evidência científica, bem como para o desenvolvimento do conhecimento nesta área.

Através da utilização da frase booleana nos motores de pesquisa anteriormente referidos, foram identificados 112 artigos. Após a remoção dos duplicados, leitura por título e resumo e aplicados os critérios de inclusão e exclusão, a amostra ficou constituída por quatro estudos.

Esta revisão incluiu estudos qualitativos e ensaios clínicos randomizados.

Apresentação de resultados

Tabela 2 - Estudos escolhidos para a revisão integrativa de literatura

Estudo (E)	Título	Autor(s), Ano, País	Tipo de Estudo
1	Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth	Small et al., 2000 (Austrália)	Ensaio clínico randomizado
2	Stress debriefing after childbirth: a randomised controlled trial	Priest, S., Henderson, J., Evans, S. & Hagan, R., 2003 (Austrália)	Ensaio clínico randomizado
3	Effect of Brief Cognitive Behavioral Counseling and Debriefing on the Prevention of Post-traumatic Stress Disorder in Traumatic Birth: A Randomized Clinical Trial	Abdollahpour et al., 2019 (Irão)	Ensaio clínico randomizado
4	A content analysis of women's experiences of debriefing following childbirth: The birth experience study (BEST)	Bannister, L., Hammond, A., Dahlen, H. & Keedle, H., 2025 (Austrália)	Estudo qualitativo descritivo

As mulheres no período pós-parto podem experienciar diversas dificuldades psicológicas potencialmente perturbadoras. Embora o parto seja, para a maioria das mulheres, uma experiência segura e satisfatória, tem-se reconhecido cada vez mais que este pode ser vivenciado como traumático, resultando em DPP, TSPT-PP ou outros distúrbios psicológicos. (Slade, Molyneux & Watt, 2020)

Small e colaboradores (2000, E1) realizaram um ensaio clínico randomizado com o objetivo de avaliar a eficácia do *debriefing* pós-parto na redução da prevalência de depressão materna seis

meses após o parto, na melhoria da saúde global e na diminuição da insatisfação com os cuidados hospitalares pós-parto.

A randomização foi realizada por via telefónica, através de um sistema de alocação adaptativa. O grupo de controlo recebeu os cuidados habituais, que consistiam numa visita breve e na entrega de um folheto informativo, enquanto o grupo de intervenção beneficiou adicionalmente de uma sessão de *debriefing* de até uma hora, conduzida por *midwives* experientes antes da alta hospitalar.

Os desfechos primários avaliados foram a prevalência de depressão materna e o estado de saúde global materno. A recolha de dados ocorreu seis meses após o parto, na qual se incluía igualmente aspetos relacionados com a satisfação com os cuidados prestados, a experiência do parto e problemas de saúde no período pós-parto. Durante o seguimento telefónico, foram identificadas oito mulheres com problemas de depressão. Destas, duas pertenciam ao grupo de *debriefing* e seis ao grupo de cuidados habituais.

Os resultados demonstraram que as mulheres do grupo de *debriefing* não apresentaram menor prevalência de depressão em comparação com o grupo de controlo. Pelo contrário, as probabilidades de depressão foram ligeiramente mais elevadas no grupo intervenção, embora sem significância estatística. Apesar da ausência de benefícios clínicos evidentes, a perceção das participantes foi maioritariamente positiva: apenas 6% consideraram a sessão “pouco útil”, enquanto 43% a avaliaram como “muito útil” e 51% como “útil”.

Um ensaio clínico randomizado conduzido por Priest e colaboradores (2003, E2), na Austrália, teve como objetivo avaliar se o *debriefing* de stress após incidente crítico, realizado no período pós-parto, poderia reduzir a incidência de perturbações psicológicas neste contexto.

A randomização foi estratificada de acordo com a paridade (primíparas ou múltiparas) e o tipo de parto (vaginal espontâneo, vaginal instrumentado, cesariana eletiva ou não eletiva). Cada participante selecionou um envelope opaco e selado que determinava a alocação ao grupo de controlo (cuidados habituais) ou ao grupo de intervenção (sessão de *debriefing*). No grupo de intervenção, foi realizada uma sessão padronizada de *debriefing*, baseada no modelo de *Critical Incident Stress Debriefing* de Mitchell, adaptado ao período pós-parto. Estas sessões, conduzidas por *midwives* devidamente treinadas, tiveram lugar durante o internamento hospitalar e tiveram uma duração variável entre 15 minutos e a uma hora.

O desfecho primário consistiu no diagnóstico de depressão major, depressão minor com humor deprimido e comprometimento funcional, ou perturbação de stress pós-traumático, com início no primeiro ano após o parto. As mulheres que preencheram critérios diagnósticos foram encaminhadas para acompanhamento especializado.

Os resultados não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. A análise de sobrevivência de Kaplan-Meier demonstrou não existirem diferenças no tempo até ao

início da depressão, nem na duração dos episódios depressivos.

Apesar da ausência de impacto clínico significativo, a percepção das participantes relativamente ao *debriefing* foi maioritariamente positiva: dois terços consideraram a sessão “moderada ou muito útil”, 23% classificaram-na como “minimamente útil” e apenas 10% como “nada útil”.

Também Abdollahpour e colaboradores (2019, E3) realizaram um ensaio clínico randomizado, com desenho paralelo de três braços, com o objetivo de determinar a eficácia de dois métodos de aconselhamento na prevenção da perturbação de stress pós-traumático no pós-parto TSPT- PP.

Foram inicialmente avaliadas 400 mulheres nas primeiras 48 horas após o nascimento, das quais 193 cumpriram os critérios de inclusão. Estas assinaram consentimento informado e foram randomizadas em três grupos: grupo A (*debriefing*; n = 54), grupo B (aconselhamento cognitivo comportamental (CBC); n = 53) e grupo C (controlo; n = 86). O grupo controlo recebeu apenas cuidados de rotina, sem intervenção psicológica, enquanto os grupos de intervenção participaram numa sessão de aconselhamento correspondente. Durante o seguimento, registaram-se abandonos: cinco no grupo controlo, seis no grupo CBC e três no grupo *debriefing*.

As intervenções orientadas por uma *midwife* especializada em aconselhamento obstétrico, tiveram uma duração entre 40 e 60 minutos, e foram realizadas nas primeiras 48 horas pós- parto. O CBC visou a reestruturação de pensamentos e comportamentos disfuncionais, enquanto o *debriefing* permitiu às puérperas descrever e expressar sentimentos relacionados com a experiência traumática do parto.

Quatro a seis semanas após a intervenção, os resultados de TSPT-PP foram em média de 25,1 no grupo controlo, 18,7 no grupo CBC e 17,7 no grupo *debriefing*. Aos três meses, os valores médios foram de 20,6, 6,3 e 14,5, respetivamente. A análise mista demonstrou que o CBC apresentou um efeito mais forte e duradouro na redução dos sintomas de TSPT-PP do que o *debriefing*, com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de intervenção e o controlo em ambos os momentos de avaliação. Aos três meses, verificou-se também diferença significativa entre os grupos de intervenção, com o CBC a apresentar maior eficácia.

Ambos os métodos de aconselhamento foram eficazes na redução dos sintomas de TSPT-PP após parto traumático. No entanto, o aconselhamento cognitivo comportamental mostrou-se mais eficaz e com efeitos mais duradouros comparativamente ao *debriefing*.

Bannister e colaboradores (2025, E4) realizaram um estudo de coorte transversal com o objetivo de explorar as perspetivas das mulheres australianas sobre o papel do *debriefing* nos cuidados pós-parto, incluindo os seus benefícios e sugestões para a sua implementação.

Este estudo correspondeu ao maior inquérito nacional sobre experiências de parto realizado na Austrália, contando com 8.804 respostas completas recolhidas entre março e dezembro de 2021. O desenvolvimento do inquérito envolveu a colaboração de professores de enfermagem em saúde

materna e de um grupo de referência de consumidores, composto por representantes de dez grupos de defesa da maternidade australianos.

Entre as participantes, 53% tiveram oportunidade de falar com um profissional de saúde sobre o parto, 25% não tiveram essa oportunidade e 18% referiram não sentir necessidade. Das que falaram sobre a experiência de parto, 47% recorreram a uma *midwife*, 23% a um obstetra, 12% a um psicólogo/conselheiro e 9% a um médico de família. Das que não tiveram oportunidade de falar com um profissional de saúde, 37% afirmaram que gostariam de ter falado com alguém, 39% que não gostariam e 24% responderam “talvez”. Aproximadamente 41% das mulheres relataram ter vivido um parto traumático.

A análise qualitativa de 2.154 comentários revelou três categorias principais. A primeira categoria, relativa à experiência do *debriefing*, foi predominantemente positiva. As participantes destacaram como benefícios a possibilidade de colocar questões, processar emoções, obter validação dos seus sentimentos e vivenciar a continuidade de cuidados com profissionais de saúde em que confiavam. No entanto, emergiram também experiências negativas, sobretudo associadas à falta de atenção à saúde mental materna, às respostas defensivas dos profissionais de saúde e à ausência de empatia. A segunda categoria centrou-se no momento em que o *debriefing* ocorreu. Muitas mulheres relataram terem sido abordadas logo após o parto, considerando esse período precoce era inadequado devido ao cansaço, à dor e aos efeitos da medicação. Referiram preferir que o *debriefing* ocorresse algumas semanas mais tarde, antes da consulta de revisão das seis semanas, ou que fosse realizado em sessões escalonadas ao longo do tempo, permitindo uma reflexão progressiva e menos condicionada pelo contexto pós-parto imediato. Por fim, a terceira categoria relacionou-se com os profissionais envolvidos na realização do *debriefing*, sendo as *midwives* os profissionais mais frequentemente referidos, seguidos de médicos e psicólogos. As experiências positivas associaram-se a profissionais que ouviram ativamente, demonstraram empatia e não emitiram juízos de valor, enquanto as experiências negativas foram atribuídas a condutas que desvalorizavam as preocupações das mulheres, à falta de disponibilidade temporal e ao desconhecimento específico sobre saúde mental materna.

Discussão dos resultados

A análise integrada dos estudos incluídos mostra que a eficácia do *debriefing* no pós-parto como intervenção promotora da saúde mental materna permanece complexa e inconclusiva. Ensaios clínicos randomizados, como os de Small et al. (2000) e Priest et al. (2003), indicam que, embora muitas mulheres considerem a intervenção útil, não existem evidências significativas de redução dos sintomas de depressão pós-parto, de ansiedade ou de transtorno de stress pós-traumático pós-parto. Em alguns casos, como observado por Small et al. (2000) houve, até, um agravamento dos desfechos emocionais, sugerindo que visitar a experiência traumática logo após o parto pode ser contraproducente para algumas mulheres, sobretudo quando a vivência é traumática ou o suporte emocional é insuficiente (Small et al., 2000).

Em contraste, estudos como o de Abdollahpour et al. (2019) apresentaram resultados favoráveis, revelando que uma única sessão de debriefing conduzida por profissionais com formação avançada em aconselhamento ou psicoterapia pode reduzir significativamente os sintomas de stress pós-traumático. Estes resultados reforçam a hipótese de que a eficácia da intervenção está fortemente dependente da qualificação do profissional, da estrutura metodológica da sessão e da adaptação às necessidades e ao contexto emocional de cada mulher.

O estudo qualitativo, como o de Bannister et al. (2025), complementa essa visão ao concluir que, mesmo sem efeitos clínicos mensuráveis, muitas mulheres percebem que o debriefing proporciona benefícios subjetivos significativos, incluindo processamento emocional, compreensão da experiência de parto, validação dos sentimentos e reconstrução do sentido da experiência vivida.

Outro aspeto recorrente na literatura diz respeito ao momento ideal para a realização do debriefing, sendo que muitos estudos apontam que a abordagem imediata após o parto é percebida como inadequada, devido ao cansaço, dor e impacto físico e emocional do parto. As mulheres tendem a preferir que o debriefing ocorra algumas semanas após o parto, idealmente antes da consulta das seis semanas, ou que seja implementado de forma contínua e flexível, em consonância com o ritmo de recuperação física e emocional da puérpera.

A divergência entre os achados quantitativos e qualitativos sugere que o *debriefing* não deve ser avaliado apenas por métricas como DPP ou TSPT-PP, mas também pelo impacto na perceção da mulher, no sentido de controlo e na satisfação com os cuidados pós-natais. Fatores contextuais, como apoio social, estilos de coping, tipo de parto e experiências anteriores, parecem influenciar tanto a eficácia quanto a aceitação da intervenção.

Do ponto de vista metodológico, a heterogeneidade entre os estudos analisados limitou a comparabilidade dos resultados e a generalização das conclusões. As diferenças na definição de *debriefing*, no número e duração das sessões, de formação dos profissionais de saúde envolvidos, nos instrumentos de avaliação utilizados e nos períodos de seguimento contribuíram para a inconsistência nos resultados. Ensaios conduzidos por *midwives* sem formação específica em saúde mental revelaram eficácia limitada, enquanto que os realizados por profissionais especializados em saúde mental apresentaram efeitos positivos mais claros. A literatura sugere, portanto, que o *debriefing*, quando aliado a técnicas terapêuticas estruturadas e conduzido por profissionais capacitados, pode oferecer benefícios preventivos específicos para mulheres em risco de DPP e TSPT-PP. Mesmo com essas limitações, o estudo qualitativo reforça a importância da experiência subjetiva das mulheres.

Em síntese, os resultados apontam para a necessidade de conceber o debriefing não como uma técnica isolada, mas como parte integrante de um modelo de cuidado centrado na mulher, que valorize o contexto relacional, o apoio emocional contínuo e a individualização da intervenção. O debriefing parece exercer um papel complementar e preventivo, mais ligado à validação emocional

e à promoção da autocompreensão, do que à prevenção direta de perturbações psicológicas.

Conclusão

A revisão integrativa permitiu constatar que o debriefing pós-parto é uma intervenção multifacetada, cujo impacto na promoção da saúde mental materna ainda não está plenamente definido. Os resultados quantitativos revelam inconsistência na prevenção de distúrbios psicológicos, como DPP, ansiedade ou TSPT-PP, enquanto os estudos qualitativos destacam a relevância da dimensão subjetiva da experiência e os benefícios relacionais e emocionais decorrentes do processo.

A eficácia percebida do debriefing depende menos da técnica em si e mais de fatores contextuais e interpessoais, como a qualidade da relação terapêutica, o timing da intervenção e a competência comunicacional e emocional do profissional. Intervenções conduzidas por profissionais com formação específica em aconselhamento, psicoterapia ou saúde mental perinatal tendem a potenciar os efeitos positivos.

A discrepância entre resultados sublinha a importância de avaliar o debriefing sob uma perspetiva holística, que contemple não apenas a sintomatologia, mas também a experiência da mulher, o sentido de controlo e a satisfação com os cuidados recebidos. Assim, o debriefing deve ser entendido como uma ferramenta complementar, capaz de promover escuta ativa, validação emocional e identificação precoce de sinais de sofrimento psicológico, elementos essenciais para a saúde mental materna e para a humanização dos cuidados no pós-parto.

Metodologicamente, esta revisão evidencia a necessidade de protocolos de investigação mais consistentes e comparáveis, que definam critérios de aplicação, formação dos profissionais e períodos de acompanhamento padronizados, de modo a permitir recomendações clínicas baseadas em melhor evidência.

Na prática clínica, o debriefing poderia ser integrado num modelo de cuidados centrado na mulher, combinando atenção à saúde mental, flexibilidade temporal e continuidade de acompanhamento, propondo-se que a intervenção seja adaptada ao ritmo e às necessidades da puérpera, oferecendo espaço de diálogo, esclarecimento e apoio emocional ao longo do período pós-natal.

Por fim, as lacunas identificadas na literatura, ausência de protocolos uniformes, variabilidade de formação profissional e escassez de estudos longitudinais, apontam para a necessidade de investigação futura orientada para avaliar a eficácia desta intervenção a longo prazo, comparar diferentes formatos e populações e identificar perfis de mulheres que mais beneficiariam com a intervenção.

9. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Ao longo deste percurso formativo no Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, tive a oportunidade de desenvolver e consolidar as competências essenciais de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, em conformidade com os padrões definidos pela legislação e pelas boas práticas profissionais.

As atividades desenvolvidas, descritas ao longo deste relatório, foram fundamentadas sempre que possível em evidência científica atualizada, de modo a garantir que cada intervenção tivesse uma base teórica sólida e sustentada. Contudo, reconheço que, em alguns contextos, a prática clínica encontrava-se fortemente condicionada por protocolos institucionais que nem sempre refletiam a evidência mais recente. Essa constatação reforçou a importância de manter uma postura reflexiva e de promover o diálogo entre profissionais, de modo a exercer uma prática baseada na evidência dentro das instituições de saúde.

De forma geral, todos os estágios decorreram de maneira positiva, com equipas disponíveis e colaborativas que me acolheram e integraram, proporcionando oportunidades de aprendizagem diversificadas. Este ambiente de apoio foi determinante para o desenvolvimento das minhas competências técnicas, científicas e relacionais, permitindo-me alcançar os objetivos propostos em cada contexto clínico.

Entre as várias experiências vivenciadas, considero que o estágio em bloco de partos foi o mais desafiante e, simultaneamente, um dos mais enriquecedores. Apesar das dificuldades na gestão de oportunidades de prática, quer pela presença de outros profissionais em formação, quer pela necessidade de intervenção médica em partos complicados, consegui atingir o número exigido de partos eutócicos, tendo realizado 41 e assistido a 25. Inicialmente, senti alguma insegurança em assumir a assistência a um parto de forma autónoma, mas, com o tempo e a prática supervisionada, fui ganhando confiança e competência técnica.

Durante o trabalho de parto, procurei sempre implementar intervenções centradas na mulher e na pessoa significativa, promovendo a sua participação ativa e respeitando as expectativas e preferências. Acompanhar o nascimento de um RN revelou-se uma experiência profundamente humana, que reforçou o meu compromisso com uma prática baseada no respeito, na empatia e na dignidade da mulher.

Por outro lado, observei algumas práticas institucionais que não se encontram em total consonância com a evidência científica mais recente, como o uso rotineiro de soroterapia, a monitorização fetal contínua, a restrição da ingestão alimentar e a limitação da mobilidade

durante o trabalho de parto. Estas observações levaram-me a refletir sobre a importância da atualização contínua para a promoção de cuidados mais humanizados e baseados em evidência.

Procurei sempre incentivar a mobilidade livre e a adoção de posições verticalizadas, seja através da deambulação ou do uso da bola de pilates, esta última geralmente bem aceite pelas parturientes. Contudo, verifiquei limitações na implementação dessas práticas, sobretudo pela necessidade de interromper a mobilidade em casos de dificuldade na captação do batimento fetal, conforme exigência médica. O mesmo se aplicava ao período expulsivo, onde a posição semi-sentada era frequentemente imposta, apesar de a evidência científica (Gupta et al., 2017) indicar que posições mais verticalizadas facilitam o parto e promovem maior conforto para a mulher. Esta experiência reforçou a importância de defender práticas baseadas em evidência e de respeitar a autonomia da parturiente na escolha da posição de parto.

Outro desafio foi a realização da episiorrafia, uma vez que essa prática era, na maioria das vezes, realizada pelos médicos. Essa limitação reduziu as oportunidades de treino técnico, mas motivou-me a procurar, observar e aprofundar o conhecimento teórico e prático sempre que possível.

No estágio de puerpério, compreendi profundamente o papel do EEESMO no empoderamento da mulher para cuidar do seu recém-nascido. Estar presente, esclarecer dúvidas e oferecer suporte num período de grande vulnerabilidade revelou-se essencial para promover a autoconfiança materna. A área da amamentação destacou-se como aquela que mais dúvidas e inseguranças despertava. Assim, procurei adaptar a minha intervenção a cada mulher oferecendo suporte e orientação às que revelavam mais insegurança, e validando o saber e a autonomia daquelas que se mostravam-se mais confiantes, sempre com o objetivo de tornar o processo mais tranquilo e positivo.

Durante o estágio em medicina materno-fetal, identifiquei oportunidades de melhoria nos cuidados prestados, especialmente no que se refere ao acompanhamento emocional de grávidas internadas por longos períodos. Em muitos casos, a atenção permanecia centrada apenas na condição clínica, negligenciando-se a adaptação à gravidez e à parentalidade. Embora nem todas as mulheres se mostrassem recetivas a esse tipo de abordagem, acredito que o cuidado integral, que inclui o apoio emocional e a preparação para a maternidade, deve permanecer uma prática essencial nos serviços.

Apesar da sequência dos estágios não ter seguido a cronologia natural do ciclo gestacional, considero que iniciar pelo bloco de partos foi vantajoso, pois permitiu-me adquirir conhecimentos que posteriormente apliquei nas restantes áreas de atuação, facilitando a compreensão global do processo de gravidez, parto e pós-parto.

Em síntese, este percurso formativo permitiu-me crescer não apenas como futura especialista, mas também como profissional crítica e reflexiva, consciente do papel transformador da

enfermagem na saúde materna e obstétrica. A experiência adquirida consolidou a minha convicção de que o cuidado à mulher, à família e ao recém-nascido deve ser pautado pela competência técnica, pela evidência científica e, sobretudo, pela sensibilidade humana que caracteriza o verdadeiro cuidar.

A elaboração deste relatório foi uma oportunidade de reflexão sobre a prática, permitindo-me identificar áreas de melhoria e reconhecer a importância do papel do EEESMO no acompanhamento das mulheres e famílias ao longo de todo o ciclo reprodutivo. A pesquisa e a aplicação da evidência científica mais recente contribuíram para aprimorar a qualidade dos cuidados prestados, promovendo uma prática mais segura, fundamentada e humanizada.

Sinto que alcancei os objetivos definidos no início deste percurso, demonstrando as competências essenciais de uma EEESMO e consolidando o meu compromisso com uma enfermagem que valoriza o conhecimento, a reflexão e o cuidado centrado na mulher e na família.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbaspoor, Z., Sharifpour, F., Javadnoori, M., Moghadam, Z. B., Cheraghian, B. & Najafan, M. (2023). Evaluation of the effectiveness of a postnatal support education program for husbands in promotion of their primiparous wives perceived social support: a randomized controlled trial. *BMC Women's Health*, 23 (139), 1-12. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02270-x>
- Abdollahpour, S., Keramat, A., Mousavi, S. A., Khosravi, A., & Motaghi, Z. (2018). The effect of debriefing and brief cognitive-behavioral therapy on postpartum depression in traumatic childbirth: A randomized clinical trial. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 6(1), 1122-1131. Retrieved from: <https://doi.org/10.22038/jmrh.2017.10000>
- Abdollahpour, S., Khosravi, A., Motaghi, Z., Keramat, A., & Mousavi, S. A. (2019). Effect of brief cognitive behavioral counseling and debriefing on the prevention of post traumatic stress disorder in traumatic birth: A randomized clinical trial. *Community Mental Health Journal*, 55, 1173-1178. Retrieved from: <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00424-6>
- Abrantes, A., Djokovic, D., Bastos, C., & Veca, P. (2016). Fenómeno de Raynaud do mamilo em mulheres a amamentar: relato de três casos clínicos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32, 136-142. Retrieved from: <https://scielo.pt/pdf/rpmgf/v32n2/v32n2a09.pdf>
- Abrão, K. C., Francisco, R. P. V., & Zugaib, M. (2009). Alterações cardiotocográficas após analgesia obstétrica combinada raqui-peridural. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31 (6), 274-278. Retrieved from: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/95NMPxdfzycrdFbwQDWYhRt/?format=html&lang=pt>
- Aché Laboratórios Farmacêuticos S.A. (2020). *Diosmina: Bula do medicamento*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Retrieved from: <https://www.ache.com.br/wp-content/uploads/application/pdf/bula-paciente-diosmin-comprimidos.pdf>
- Adhikari, B., Hall, H., Carlson, K., & Khan, M. A. B. (2023). *Pruritus in pregnancy*. StatPearls. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560820/>
- Afari, H., Sheehan, M., & Reza, N. (2024). Contemporary management of cardiomyopathy and heart failure in pregnancy. *Cardiology and Therapy*, 13(1), 17-37. Retrieved from: <https://doi.org/10.1007/s40119-024-00351-y>
- Albuquerque, M. F., Rios Rodriguez, J. E., Sousa, A. A. de F., Gil, A. P. de S. M., Farias, R. O., &

- Pinto, A. P. O. (2022). Colestase intra-hepática gestacional: Uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 46 (2), 123-135. Retrieved from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10338/6181>
- Alfasigma. (2020). *Syntocinon 5 U.I./ml, solução injetável: Folheto informativo*. Retrieved from: <https://pt.alfasigma.com/wp-content/uploads/2020/10/SYNTOCINON-inj.pdf>
- Almeida, A., Agro, J., & Ferreira, L. (2013). *Estreptococo B Hemolítico do Grupo B: Protocolo de rastreio e prevenção de doença perinatal*. Sociedade Portuguesa de Neonatologia.
- Almeida, I., Marques, M., Melo, H., Carneiro, M. T., & Cavaleiro, R. (2025). Depressão pós-parto. *RevSALUS - Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 7(Supl), 79. Retrieved from: <https://doi.org/10.51126/8c05p791>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). ACOG Committee Opinion No. 766: Approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstetrics & Gynecology*, 133(2), e164-e173. Retrieved from: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003074>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2024). First and second stage labor management. *ACOG Clinical Practice Guideline*, 1-25. Retrieved from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline/articles/2024/01/first-and-second-stage-labor-management>
- Asl, B. M. H., Vatanchi, A., Golmakani, N., & Najafi, A. (2018). Relationship between behavioral indices of pain during labor pain with pain intensity and duration of delivery. *Electronic Physician*, 10(1), 6240-6247. Retrieved from: <https://doi.org/10.19082/6240>
- Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. (2019). *Boas práticas em aleitamento materno*. Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Retrieved from: <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2020/07/Guia-Aleitamento-Materno.pdf>
- Bahorski, J., Romano, M., McDougal, J. M., Kiratzis, E., Pocchio, K., & Paek, I. (2023). Development of an individualized responsive feeding intervention—Learning early infant feeding cues: Protocol for a nonrandomized study. *JMIR Research Protocols*, 14(1). Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36853761/>
- Balseiro, J. C. S. (2018). *Depressão pós-parto nos cuidados de saúde primários: Realidades e perceções dos médicos de família* (Trabalho de Mestrado, Faculdade de Medicina) Universidade de Coimbra: Coimbra. Retrieved from: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/82166/1/Tese_Final_Joana%20%281%29.pdf
- Bannister, L., Hammond, A., Dahlen, H. G., & Keedle, H. (2025). A content analysis of women's experiences of debriefing following childbirth: The birth experience study (BES_t). *Midwifery*, 146, 104421. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104421>

- Basi Indústria Farmacêutica. (2017). *Microlax 450 mg/5 ml + 45 mg/5 ml [folheto informativo]*. Laboratórios Basi - Indústria Farmacêutica. Retrieved from: <https://farmaciagualtar.pt/wp-content/uploads/Infarmed/9155309.pdf>
- Basi Indústria Farmacêutica. (2020). *Lactulose Farmoz 667 mg/ml xarope [folheto informativo]*. Laboratórios Basi - Indústria Farmacêutica, Lda. Retrieved from: https://www.tecnimede.com/sites/default/files/portfolio/dosages/Fl_Lactulose_Farmoz.pdf
- Bastos, M. H., Furuta, M., Small, R., McKenzie-McHarg, K., & Bick, D. (2015). Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(4), CD007194. Retrieved from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007194.pub2>
- Bayer. (2017). *Scheriproct 1,9 mg/g / 5 mg/g pomada retal [Folheto informativo]*. Bayer. Retrieved from: <https://www.bayer.com/sites/default/files/2020-11/Scheriproct.pdf>
- Beleza, A. C. S. (2019). O trauma perineal no parto. *Fisioterapia Brasil*, 5(6), 462-466.
- Bene Farmacêutica. (2020). *Ben-u-ron 500 mg cápsulas [Folheto informativo]*. Bene Arzneimittel GmbH. Retrieved from: https://ben-u-ron.pt/wp-content/uploads/2023/08/ben-u-ron-500mg-capsulas_Fl.pdf
- Berta M., Lindgren H., Christensson K., Mekonnen S., & Adefris M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta- analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 19 (1), 466. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>
- Biana, C. B., Cecagno, D., Porto, A. R., Cecagno, S., Marques, V. de A., & Soares, M. C. (2021). Terapias não farmacológicas aplicadas na gestação e no trabalho de parto: Revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55 , e03768. Retrieved from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019019703681>
- Borer, H., & Dubovi, I. (2023). Fostering childbirth education on upright positions and mobility during labour: A mixed-methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23, 616. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06166-4>
- Botelho, N. da S., Silva, T. N. da, & Sousa, J. da C. (2023). Aspectos clínicos e terapêuticos da colestase intra-hepática gestacional: Uma revisão de literatura. *Revista de Ciências da Saúde*, 12 (1), 45-58. Retrieved from: <https://revista.liberumaccesum.com.br/index.php/RLA/article/view/237>
- Branco, J., Manuel, A. R., Completo, S., Marques, J., Rodrigues Antão, R., Pinto Gago, C., Paulino, E., Voutsen, O., & Barroso, R. (2023). Prevalence and predictive factors of exclusive breastfeeding in the first six months of life. *Acta Médica Portuguesa*, 36(6), 416-423. Retrieved from: <https://doi.org/10.20344/amp.18692>

Cardoso, A. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai: Estudo sobre a avaliação das competências parentais* (Dissertação). Universidade Católica Portuguesa: Porto.

Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2023). *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf

Cardoso, V., Mineiro, A. L., Carracha, S., Varela, V., Monteiro, M. J., Santos, M., ..., Santos, M. E. (2020). Posicionamento da parturiente no período expulsivo. In Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral C. F. (Eds). *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica* (1ªed) (pp. 123-130). Lisboa: Lidel.

Cevik, S., & Karaduman, S. (2020). The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: A randomized controlled trial. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(8), e12272. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/jjns.12272>

Chiote, R. A. L. (2018). *Alterações fisiopatológicas implicadas no trabalho de parto em mulheres obesas* (Artigo de revisão). Universidade de Coimbra: Coimbra. Retrieved from: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/81886>

Doherty, J., Folan, M., O'Donoghue, A., Gill, L., Sheehy, L., Brophy, C., & Coughlan, B. (2025). The early motherhood expectations versus reality study. *Midwifery*, 109, 103331. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40504646/>

Dunkić, L. F., & Vuletić, G. (2021). Pain and anxiety experience in the choice of epidural analgesia in delivery. *Acta Clinica Croatica*, 60(3), 399-404. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35282486/>

Entidade Reguladora da Saúde. (2023). *VNC-ERS/094/2022*. Retrieved from: https://www.ers.pt/media/gmfh55mo/vnc-ers_094_2022.pdf

Falk Pharma. (2024). *Ursofalk 250 mg cápsulas [Folheto informativo]*. Retrieved from: https://pt.dr.falkpharma.com/fileadmin/FP_Portugal/produtos/fi/fi_Ursofalk250mg_Capsula.pdf

Farren, J., Jalmbant, M., Falconieri, N., Mitchell-Jones, N., Bobdiwala, S., Al-Memar, M., ..., Bourne, T. (2022). Prognostic factors for post-traumatic stress, anxiety and depression in women after early pregnancy loss: A multi-centre prospective cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223 (5), 765.e1-765.e11. Retrieved from: <https://bmjopen.bmj.com/content/12/3/e054490>

Ferrão, A., & Zangão, B. (2017). Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(1). Retrieved from: https://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/179

- Fitzgerald, J. P., Fedoruk, K. A., Jadin, S. M., Carvalho, B., & Halpern, S. H. (2020). Prevention of hypotension after spinal anaesthesia for caesarean section: A systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Anaesthesia*, 75(1), 109-121. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/anae.14841>
- Fleck, J. A., Ribeiro, K. O. F., Rodrigues, E., & Soares, N. M. (2025). Da perda ao bebê arco-íris: Uma jornada de luto e perseverança (From loss to rainbow baby: A journey of grief and perseverance). *Revista DELOS*, 18 (66), 1-15. Retrieved from: <https://doi.org/10.55905/rdelosv18.n66-074>
- Floris, L., & Irion, O. (2015). Association between anxiety and pain in the latent phase of labour upon admission to the maternity hospital: A prospective, descriptive study. *Journal of Health Psychology*, 20(4), 446-455. Retrieved from: <https://doi.org/10.1177/1359105313502695>
- Fragiorge, V. O. (2022). *Efeito do uso da massagem, estimulação elétrica transcutânea e placebo sobre a satisfação com o parto: Ensaio clínico randomizado* (Trabalho de conclusão de curso). Universidade Federal de Uberlândia: Uberlândia. Retrieved from: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/35734>
- Fresenius Kabi. (2019). *Solução de glicose 5% e 10%: Bula profissional de saúde*.
- Gambín, M. M. (2025). *Promoção do autocuidado da mulher no período pós-parto* (Relatório de estágio). Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus: Évora. Retrieved from: <https://www.rdpc.uevora.pt/handle/10174/38139>
- Ge, Y., Zhang, C., Cai, Y., & Huang, H. (2021). Women with elevated intrapartum temperature complicated by histological chorioamnionitis at term: A propensity-score matched study. *Frontiers in Pediatrics*, 9, 654596. Retrieved from: <https://doi.org/10.3389/fped.2021.654596>
- Germes Farmacêutica Ltda. (2020). *Cloridrato de hidroxizina (comprimido 25 mg)*. GERMES Farmacêutica Ltda. Retrieved from: <https://www.bulas.med.br/p/bulas-de-medicamentos/bula/1355148/cloridrato-de-hidroxizina-com-comprimido-25-mg.htm>
- Gordon, W., Myers, S., Tully, G., & Hanson, L. (2017). Assessing progress in labor. In P. Simkin & R. Ancheta (Eds.), *The labor progress handbook: Early interventions to prevent and treat dystocia* (4th ed., pp. 49-94). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Graça, L. (2017). *Medicina Materno-fetal*. 5ª edição. Lidel.
- Greinert, B. R. M., Carvalho, E. dos R., Capel, H., Marques, A. G., & Milani, R. G. (2018). A relação mãe-bebê no contexto da depressão pós-parto: Estudo qualitativo. *Saúde e Pesquisa*, 11(1), 81-88. Retrieved from: <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n1p81-88>
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. (2017). *Guía de*

práctica clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad / Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA. Retrieved from: https://redets.sanidad.gob.es/documentos/GPCLactancia_Osteba.pdf

Hagenbeck, C., Hamza, A., Kehl, S., Maul, H., Lammert, F., Keitel, V., Hütten, M. C., & Pecks, U. (2021). Management of intrahepatic cholestasis of pregnancy: Recommendations of the Working Group on Obstetrics and Prenatal Medicine - Section on Maternal Disorders. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 309 (3), 567-582. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34393256/>

Hameln. (2022). *Sufentanil solução injetável 0,005 mg/ml (5 ampolas de 2 mL)*. Retrieved from: <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/medicamentos/sufentanil-hameln/informacao-geral>

Heidman, I. T. S. B., Souza, J. B. de, Santos, D. G., Oliveira, D. R. de, & Marques, L. C. (2022). Empowerment: Reflections in the context of vulnerabilities and nursing practice. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75 (6), e20210550. Retrieved from: <https://revbaianaenferm.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36399/34824>

Hildingsson, I., Nilsson, J., Merio, E., & Larsson, B. (2021). Anxiety and depressive symptoms in women with fear of birth: A longitudinal cohort study. *European Journal of Midwifery*, 5, Article 32. Retrieved from: <https://doi.org/10.18332/ejm/138941>

Hypofarma. (2023). *Lidocaína SV 10mg/20mL e 20mg/5mL [folheto informativo]*.

Ibrahim, H. A., Said, H. I. I., & Elgzar, W. T. I. (2020). Effect of upright and ambulant positions versus lying down during the active first stage of labor on birth outcomes among nulliparous women: Randomized controlled clinical trial. *Frontiers of Nursing*, 7(3), 239-248. Retrieved from: <https://doi.org/10.2478/fon-2020-0035>

INFARMED. (2022a). *Ropivacaína 2 mg/ml, 7,5 mg/ml e 10 mg/ml solução injetável [folheto informativo]*.

INFARMED. (2022b). *Petidina-Labesfal (50 mg/2 ml; 50 mg/1 ml; 100 mg/2 ml; 200 mg/2 ml), solução injetável [folheto informativo]*. Retrieved from: <https://diluir.me/files/Petidina.pdf>

INFARMED. (2022c). *Solução polielectrolítica com glucose: Solução para perfusão [folheto informativo]*.

Kellams, A., Harrel, C., Omage, S., Gregory, C., & Rosen-Carole, C. (2017). ABM Clinical Protocol #3: Supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate (Revised 2017). *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 12(4), 188-198. Retrieved from: <https://www.bfmed.org/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/3-supplementation-protocol-english.pdf>

Kinishi, Y., Koyama, Y., Yuba, T., Fujino, Y., & Shimada, S. (2024). Fever in childbirth: A mini-

review of epidural-related maternal fever. *Frontiers in Neuroscience*, 18, 1389132. Retrieved from: <https://doi.org/10.3389/fnins.2024.1389132>

Klein, B. E., & Gouveia, H. G. (2022). Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. *Cogitare Enfermagem*, 27, 1-9. Retrieved from: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80300>

Kuhn, J. C., Falk, R. S., & Langesæter, E. (2017). Haemodynamic changes during labour: Continuous minimally invasive monitoring in 20 healthy parturients. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 31, 74-83. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2017.03.003>

Kuyken, W., & Evans, A. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression. In R. A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (2nd ed., pp. 29-60). Elsevier. Retrieved from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780124160316000025>

Lai, C. Y., Wong, M. K. W., Tong, W. H., Chu, S. Y., Lau, K. Y., Tan, A. M. L., Hui, L. L., Lao, T. T. H., & Leung, T. Y. (2021). Effectiveness of a childbirth massage programme for labour pain relief in nulliparous pregnant women at term: A randomised controlled trial. *Hong Kong Medical Journal*, 27(6), 405-412. Retrieved from: <https://doi.org/10.12809/hkmj208629>

Lang, A. J., Sorrell, J. T., Rodgers, C. S., & Lebeck, M. M. (2006). Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *European Journal of Pain*, 10 (3), 263-270. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.05.001>

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour: Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(10), CD003934. Retrieved from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>

Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2022). *Breastfeeding: A guide for the medical profession* (9th ed.). Elsevier.

Leslie-Miller, C. J., Cole, V. T., & Waugh, C. E. (2023). Positive distraction in daily activities as a predictor of good coping: A “day in the life” during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 14, 1142665. Retrieved from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1142665>

Lesvi. (2023). *Ondansetron 4 mg comprimidos orodispersíveis [folheto informativo]*. Laboratórios Lesvi. Retrieved from: https://towapharmaceutical.pt/wp-content/uploads/2024/06/FI_4_Ondansetrom_toLife.pdf

Li, X., & Ma, J. (2025). Exploration of fever characteristics in parturients under continuous temperature monitoring during labor analgesia and analysis of the impact on maternal and neonatal outcomes: An observational study. *Frontiers in Global Women's Health*, 6, 1541227. Retrieved from: <https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1541227>

- Li, Y., Shuai, B., & Huang, H. (2023). Prophylactic intravenous norepinephrine for the prevention of hypotension during spinal anesthesia for elective cesarean section: A systematic review and dose-response meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Pharmacology*, 14, 1247214. Retrieved from: <https://doi.org/10.3389/fphar.2023.1247214>
- Lin, H.H., Chang, Y., Chou, H.H., Chang, C.P., Huang, M.Y., Liu, S.J., Tsai, C.H., Lei, W.T., & Yeh, T.-L. (2019). Effect of music interventions on anxiety during labor: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PeerJ*, 7, e6945. Retrieved from: <https://doi.org/10.7717/peerj.6945>
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2009). *Enfermagem na Maternidade* (7ª Edição ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Maffei, M. C. V., Zani, A. V., Bernardy, C. C. F., Sodré, T. M., & Fonseca Pinto, K. R. T. (2021). Uso de métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto. *Revista Enfermagem UFPE*, 15(1), 1-10. Retrieved from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1177373>
- Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H. B., Dahlen, H., Thornton, C., Akbarzadeh, M., Ozcan, T., & Berghella, V. (2019). Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 240, 93-98. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31238205/>
- Mahini, E., Hakimi, S., Shahrokhi, H., Salahi, B., Olad Baniadam, K., & Ranjbar, F. (2023). Evaluation of factors related to maternal anxiety during pregnancy among women referred to Tabriz primary care centers. *BMC Psychiatry*, 23 (1), 329. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04823-8>
- Majsterek, M., Wierzchowska-Opoka, M., Makosz, I., Kreczy ska, L., Kimber-Trojnar,  ., & Leszczy ska-Gorzela , B. (2022). Bile acids in intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Diagnostics*, 12(11), 2746. Retrieved from: <https://doi.org/10.3390/diagnostics12112746>
- Mannion, C. A., Hobbs, A. J., McDonald, S. W., & Tough, S. C. (2013). Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 123. Retrieved from: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4358-8-4>
- Meleis, A. (2018). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Mineiro, L., Rito, B., Cardoso, V., & Sousa, C. (2016). A posição da mulher no trabalho de parto. In M. Nen , R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 335-347). Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- Miranda, L. P. (2016). *Empoderamento da puérpera para o sucesso no aleitamento materno* (Relatório de estágio). Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:  vora. Retrieved from:

<https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/19516>

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

Morais, B. S., Vanceta, C. L., Castro, D. H., Alves, D. L., Biolchi, E. N., Plentz, R. G. L., Fernandes, L. Z., & Vettori, D. V. (2023). O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto: Uma revisão bibliográfica e crítica ao seu uso contemporâneo. *Revista de Enfermagem Atual In Derme*, 98, 45-57. Retrieved from: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/223007/001127649.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Moreira, S. G. B. da S., Silva, C. C. da, Lazzari, F. D., Gonçalves, K. C. da S., Cruz, R. P. da S., Gomes, K. M. da S., & Silva, M. C. (2025). O impacto das redes de apoio no pós-parto: Uma análise de sua influência na saúde mental da mulher. *Revista Aracê*, 7(4), 18909-18923. Retrieved from: <https://doi.org/10.56238/arev7n4-187>

Nascimento, A. C. A., Lima, A. L. P., Araújo, J. C., et al. (2017). *Assistência de enfermagem na fase latente do trabalho de parto: Relato de experiência*. In International Nursing Congress, 9-12.

National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Postnatal care (NICE Guideline NG194)*. NICE. Retrieved from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2017). *Intrapartum care: Nice Guidelines*. Retrieved from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>

Neville, M. C., Webb, P., Ramanathan, P., Mann, P. E., Pecoraro, D. C., & Casey, C. E. (2012). The structure and function of the mammary gland: A review. *Pediatric Clinics of North America*, 59(1), 1-36.

Nikmah, A. N., Prasetyanti, D. K., Winarti, E., Meireza, K., & Ogasawara, H. (2019). Effect of endorphin massage on anxiety labor levels of first stage. *Journal of Nursing Practice*, 5(2), 261-265. Retrieved from: <https://thejnp.org/index.php/jnp/article/view/219>

Nogueiro, I. M. C., Gonçalves, S. C. de A., Carreiro, V. M. da S., & Santos, A. dos. (2013). *Estreptococos B como causa de infecções em mulheres grávidas: Revisão de literatura*. *Revista UNINGÁ Review*, 16(3), 36-41. Retrieved from: <https://revista.uninga.br/uningareviews/article/view/1475>

Oliveira, A., Santos, S. C., Morna, H., & Casimiro, C. (2020). Obstipação crónica: Recomendações de tratamento médico e cirúrgico. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*, 17(1), 31-39. Retrieved from: https://www.spcoloprocto.org/uploads/rec-5_obstipacao-cronica.pdf

Ondeck M. (2019). Healthy Birth Practice #2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. *The Journal of perinatal education*, 23(4), 81-87. Retrieved

from: <https://doi.org/10.1891/1058-1243.28.2.81>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *EESMO - Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Cálculos de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica: Parecer n.º 43/2019 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_14052019_mceesmo_c%C3%A1lculo_dota%C3%A7%C3%B5es_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2018). *Implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança: orientações atualizadas*. Organização Mundial da Saúde. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807>

Organização Mundial da Saúde. (2022). *Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva*. Retrieved from: <https://www.who.int/pt/publications/b/63299>

Peppe, M. V., Stefanello, J., Infante, B. F., Kobayashi, M. T., Baraldi, C. D. O., & Brito, L. G. O. (2018). Trauma perineal em uma maternidade de baixo risco com alta prevalência de parto vertical durante o período expulsivo. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40, 379-383. Retrieved from: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/jCfjY9pjBd3fY7SwK5jZjhC/abstract/?lang=pt>

Pereira, L. M. dos S. (2024). *Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional (Relatório de estágio)*. Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus: Évora. Retrieved from: <https://www.rdp.uevora.pt/handle/10174/36545>

Pérez-Escamilla, R., Segura-Pérez, S., & Lott, M. (2017). *Feeding guidelines for infants and young toddlers: A responsive parenting approach*. Retrieved from: <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.23363.81442>

Pinto, C. (1998). *Empowerment, uma Prática de Serviço Social in Barata, O. (coord). Política Social*. Lisboa: ISCSP.

PORTUGAL. Assembleia da República. (30 maio 2017). Lei n.º 26/2017. Diário da República, n.º 104/2017, Série I, 2594-2611. Retrieved from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/26-2017-107094721>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2013). *Saúde infantil e juvenil: Programa nacional*. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2019). Norma n.º 005/2019 -

Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Lisboa: DGS. Retrieved from: <https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Circular-Normativa-N.5.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Circular informativa n.º 002/2023: Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. (2023, 10 de maio). Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orienta%C3%A7%C3%A3o-dgs.pdf>

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (3 maio 2019). Regulamento n.º 391/2019. Diário da República n.º 85, II Série. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019_regulamento-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (6 fev 2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 4744-4750. Retrieved from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Priest, S. R., Henderson, J., Evans, S. F., & Hagan, R. (2003). Stress debriefing after childbirth: A randomised controlled trial. *Medical Journal of Australia*, 178(11), 544-547. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12765500/>

Registered Nurses' Association of Ontario. (2018). *Breastfeeding: Promoting and supporting the initiation, exclusivity, and continuation of breastfeeding for newborns, infants, and young children* (3rd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Riordan, J., & Wambach, K. (2022). *Breastfeeding and human lactation* (7th ed.). Jones & Bartlett Learning.

Rodrigues, A. R. M., Rodrigues, D. P., Silveira, M. A. M., Paiva, A. M. G., Fialho, A. V. de M., & Queiroz, A. B. A. (2020). Hospitalização na gravidez de alto risco: Representações sociais das gestantes. *Revista de Enfermagem Referência, Série V*(3), e20040, 1-7. Retrieved from: <https://doi.org/10.12707/RV20040>

Roemer, L., Arbid, N., Martinez, J. H., & Orsillo, S. M. (2017). Mindfulness-based cognitive behavioral treatments. In S. G. Hofmann & G. J. Asmundson (Eds.), *The science of cognitive behavioral therapy* (pp. 175-197). Academic Press. Retrieved from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780128034576000088>

Sanofi Medley Farmacêutica Ltda. (2019). *Pepsamar (hidróxido de alumínio) [folheto informativo]*. Sanofi Medley Farmacêutica Ltda. Retrieved from: https://img.drogasil.com.br/raiadrogasil_bula/PEPSAMAR.pdf

Santiváñez-Acosta, R., Tapia-López, E. d. l. N., & Santero, M. (2020). Music therapy in pain and anxiety management during labor: A systematic review and meta-analysis. *Medicina*, 56(10),

526. Retrieved from: <https://doi.org/10.3390/medicina56100526>

Santos, A. C. dos, & Meireles, C. P. (2021). A importância da amamentação exclusiva nos seis primeiros meses de vida e o papel da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem e Saúde*, 12(1), 58,69. Retrieved from: <https://portalcoleta.revistajrg.com/index.php/rcc/article/view/56/47>

Saraiva, R. E. E. (2016). *Patient-controlled epidural analgesia na manutenção da analgesia do trabalho de parto* (Trabalho final do Mestrado Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa: Lisboa

Sarker, M., Getrajdman, C., Warren, L., & Ferrara, L. (2022). Severe fat-soluble vitamin deficiency suspected secondary to intrahepatic cholestasis of pregnancy: A case report. *Case Reports in Women's Health*, 42, e00412. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35865638/>

Schaal, N. K., Fehm, T., Helbig, M., Fleisch, M., & Hepp, P. (2020). The influence of personality and anxiety traits on birth experience and epidural use in vaginal deliveries: A cohort study. *Women & Health*, 60 (10), 1141-1150. Retrieved from: <https://doi.org/10.1080/03630242.2020.1802640>

Sigma Pharma Ltda. (2014). *Sucralfato comprimido mastigável 1 g [folheto informativo]*. EMS Sigma Pharma Ltda. Retrieved from: https://img.drogasil.com.br/raiadrogasil_bula/SUCRAFILM.pdf

Silva, J. I. da, Chagas, A. L. G. das, Sena, B. de O., Lima, C. A. de, Santos, G. V. dos, Campelo, M. C. D., Medeiros, L. P. de, & Araújo, R. de O. e. (2022). Intervenções eficazes para tratamento de trauma mamilar decorrente da amamentação: revisão sistemática. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35, eAPE0036. Retrieved from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR0001367>

Silva, M. P. B., Ferreira, I. L. de A., Santos, S. L. dos, Leite, A. C., Sousa, M. V. A. de, Machado, B. A. da S., ..., Oliveira, A. R. do N. (2021). O pré-natal e a assistência de enfermagem à gestante de alto risco. *Research, Society and Development*, 10(9), 1-10. Retrieved from: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17173>

Silva, R., Carvalho, A., Pinho, N., Rebelo, L., Araújo, T., Barbosa, L., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 35-44.

Skinner, E. M., Barnett, B., & Dietz, H. P. (2018). Psychological consequences of pelvic floor trauma following vaginal birth: A qualitative study from two Australian tertiary maternity units. *Archives of Women's Mental Health*, 21 (3), 341-351. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29256069/>

Slade, P., Molyneux, R., & Watt, A. (2020). A systematic review of clinical effectiveness of psychological interventions to reduce post-traumatic stress symptoms following childbirth and a

meta-synthesis of facilitators and barriers to uptake of psychological care. *Journal of Affective Disorders*, 281, 678-694. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.092>

Small, R., Lumley, J., Donohue, L., Potter, A., & Waldenström, U. (2000). Randomised controlled trial of midwife-led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. *BMJ*, 321, 104-108. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11053173/>

Soares, A., & Cançado, F. (2017). Perfil de mulheres com perda gestacional. *Revista Médica de Minas Gerais*, 28, e-1930. Retrieved from: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/2356>

Soares, S. J. de S., Lima, L. K. S. de, & Lopes, G. de S. (2023). Desafios enfrentados pelas puérperas no período pós-parto / Challenges faced by postpartum women. *Contemporânea: Contemporary Journal*, 3 (11), 24026-24049. Retrieved from: <https://doi.org/10.56083/RCV3N11-198>

Soares, S., Poço, A., & Carvalho, J. (2025). Fatores que influenciam a amamentação por dois ou mais anos: Estudo descritivo. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(16, ed. espec.), e37086. Retrieved from: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/37086>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016a). *O transporte em automóvel: Como levar o prematuro*.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016b). *Os irmãos mais velhos do prematuro*.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2023). *Cuidados gerais ao recém-nascido saudável* (Edição n.º 1/2022).

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2013). *Vacinação em circunstâncias especiais*. Retrieved from: https://www.spp.pt/UserFiles/file/Comissao_de_Vacinas/Vacinacao_Circunstancias_Especiais.pdf

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

Suarez, A., & Yakupova, V. A. (2024). Effects of postpartum PTSD on maternal mental health and child socioemotional development - a two-year follow-up study. *BMC Pediatrics*, 24, 789. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s12887-024-05282-0>

Tan, H. S., Agarthesh, T., Tan, C. W., Sultana, R., Chen, H. Y., Chua, T. E., & Sng, B. L. (2021). Perceived stress during labor and its association with depressive symptomatology, anxiety, and pain catastrophizing. *Scientific Reports*, 11(1), 17005. Retrieved from: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-96620-0>

Tate, M. K. (2023). The impact of social comparison via social media on maternal mental health,

within the context of the intensive mothering ideology: A scoping review of the literature. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 41 (2), 95-112. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37713723/>

Taylor, K. (2009). Paternalism, participation and partnership: The evolution of patient centeredness in the consultation. *Patient Education and Counseling*, 74(2), 150-155. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.08.017>

Tebeka, S., Le Strat, Y., De Premorel Higgons, A., Benachi, A., Dommergues, M., Kayem, G., Lepercq, J., Luton, D., Mandelbrot, L., Ville, Y., Ramoz, N., Tezenas du Montcel, S., ... Dubertret, C. (2021). Prevalence and incidence of postpartum depression and environmental factors: The IGDEPP cohort. *Journal of Psychiatric Research*, 138, 366-374. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.04.004>

Teixeira, L. N. A., Júnior, V. A. C., Pinto, A. B. R. de S. M., Cavalcante, A. H. S., Santos, L. S., Santos, I. A. L. M., Lopes, A. C. R. de S., & Santos Júnior, J. A. dos. (2021). Manejo da colestase intra-hepática gestacional: Gestational intrahepatic cholestasis management. *Brazilian Journal of Health Review*, 4 (6), 25556-25564. Retrieved from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/39733>

Teixeira, M. A. R. (2024). *Aplicabilidade do debriefing em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar* (Relatório final de estágio). Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa: Lisboa.

Teixeira, M. D. S., Barbosa, B. E. C., Tamburus, M. L. S., Pereira, G. A., Lemos, V. S., Ribeiro, B. W. O., Lopes, F. F., & Gomide, G. P. M. (2019). Síndrome colestática intra-hepática medicamentosa pelo uso de metildopa em gestante hipertensa: Relato de caso. *Brazilian Journal of Health Review*, 2 (6), 5853-5856. Retrieved from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/5366>

Tingen, M. S., Burnett, A. H., Murchison, R. B. & Zhu, H. (2009). The importance of nursing research. *Journal of Nursing Education*, 48(3), 167-170.

Türkmen, O., & İnan, S. A. (2025). Navigating pregnancy with cardiovascular disease: Pathophysiology, risk stratification, and maternal-fetal outcomes. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 55(1), 24-42. Retrieved from: <https://doi.org/10.55730/1300-0144.5940>

UNICEF & Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. (2012). *Manual de aleitamento materno* (6^a ed.). Retrieved from: <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

Vaid, R., Fareed, A., Farhat, S., Hammoud, Z., Asif, M. I., Ochani, S., & Jaber, M. H. (2025). Sounds of comfort: The impact of music therapy on labor pain and anxiety in primigravida women during vaginal delivery: A systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*,

22(1), 67. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s12978-025-02023-z>

Varela, V., Amaral, C. F., Santos, M. E. Madruga, C., Ferreira, N. & Ferreira S. (2020). Diagnóstico de início de trabalho de parto. In Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral C. F. (Eds). *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica* (1ªed) (pp. 75-78). Lisboa: Lidel.

Vargas, P. B., Vieira, B. D. G., Queiroz, A. B. A., Alves, V. H., Aguiar, R. C. B. de, & Rodrigues, D. P. (2016). Experiências de puérperas na identificação de sinais de fome do recém-nascido. *Revista Baiana de Enfermagem*, 30 (1), 335-343. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/300375804_EXPERIENCIAS_DE_PUERPERAS_NA_IDENTIFICACAO_DE_SINAIS_DE_FOME_DO_RECEM-NASCIDO

Verastegui-Martín, M., Paz-Fresneda, A., Jiménez-Barbero, J. A., Ruiz, I. J. & Meseguer, C. B. (2023). Influence of laboring people's mobility and positional changes on birth outcomes: A systematic review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 68(3), 357-368. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/jmwh.13446>

Vieira, H. H. de M., Maia, E. C., Aguiar, M. G. P. de, Martins, E. M. S., Seixas Neto, V. M., Ubirajara, L. D., ..., & Borges, G. S. (2025). Autonomia e puerpério: A importância do empoderamento feminino no período pós-gestacional. *Brazilian Journal of One Health*, 2(2), 665-670. Retrieved from: <https://brjohealth.com/index.php/ojs/article/view/145>

Walter, M. H., Abele, H., & Plappert, C. F. (2021). The role of oxytocin and the effect of stress during childbirth: Neurobiological basics and implications for mother and child. *Frontiers in Endocrinology*, 12, 742236. Retrieved from: <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.742236>

Wambach, K., & Spencer, B. (2021). *Core curriculum for lactation consultant practice* (4th ed.). Jones & Bartlett Learning.

Wang, M., Song, Q., Xu, J., Hu, Z., Gong, Y., Lee, A. C., & Chen, Q. (2018). Continuous support during labour in childbirth: A cross-sectional study in a university teaching hospital in Shanghai, China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18 (1), 480. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2119-0>

White, C., & Atchan, M. (2022). Postpartum management of perineal injury: A critical narrative review of level 1 evidence. *Women and Birth*, 35(6), e558-e565. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35792304/>

Wilson, R. D., & Nelson, G. (2022). Maternal and fetal hypothermia: More preventive compliance is required for a mother and her fetus while undergoing cesarean delivery; a quality improvement review. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(25), 8652-8665. Retrieved from: <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1993816>

World Health Organization & United Nations International Children's Emergency Fund. (2018). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and*

newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. Geneva: WHO & UNICEF.

World Health Organization. (2005). *Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors*. Department of Reproductive Health and Research. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565493>

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513809/>

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

World Health Organization. (2020). *WHO recommendation on routes of oxytocin administration for the prevention of postpartum haemorrhage after vaginal birth*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564756/>

Zangão, M. O., & Lobão, A. (2022). Influência da mobilidade e posturas verticais na duração do primeiro estágio do trabalho de parto: revisão integrativa. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, 22 (1), 36-51. Retrieved from: <https://doi.org/10.53795/rapeo.v22.2022.17>

II. ANEXOS

Anexo I



