



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

**BARREIRAS AO CONTACTO PELE COM PELE NO**  
**INTERNAMENTO PÓS-PARTO**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL**  
**Desenvolvimento de Competências Especializadas na**  
**Área da Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica**

**Luísa Clara Pereira da Rocha**

**Porto, 2025**

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

---

**BARREIRAS AO CONTACTO PELE COM PELE  
NO INTERNAMENTO PÓS-PARTO**

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

Autora: Luísa Clara Pereira da Rocha

Porto, 2025

*“Não há limites para o que nós, como mulheres, podemos alcançar”*

Michelle Obama

Dedico este relatório a mim mesma, pela força, resiliência e superação.

## AGRADECIMENTO

Concluído este percurso, torna-se inevitável agradecer a todos os que me acompanharam nesta jornada, e que, direta ou indiretamente, contribuíram para o cumprimento deste objetivo.

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Arminda Nunes e coorientadora Professora Doutora Alexandrina Cardoso, pela disponibilidade para os momentos de reflexão sobre a prática clínica e encorajamento constante, imprescindível para o sucesso obtido nos estágios e para o término deste relatório.

Às minhas queridas tutoras, as enfermeiras especialistas Ana Estevão e Susana Monteiro, pelas oportunidades de aprendizagem, momentos de alegria, seriedade e reflexão, por demonstrarem como desempenhar um papel de excelência, mas acima de tudo por se terem revelado generosas amigas.

Aos meus pais, Maria José e Carlos, por me permitirem voar e me incentivarem a seguir o meu coração. À minha mãe, o meu maior exemplo de força, resiliência e determinação, pelos sacrifícios, pela certeza de que seria capaz e por ser a minha luz nos momentos mais sombrios. A ti devo-te tudo o que sou.

À Andreia e à Raquel que sempre me lembraram do meu valor e sempre me incentivaram a ser mais e melhor. Foram o meu ombro amigo e a minha força durante horas e horas de trabalho.

À Joana e à Eliete que me mostraram o verdadeiro significado de sororidade e amizade. Foram o meu abraço-casa nos dias mais difíceis. Sem elas este caminho não teria sido possível.

Ao Luís, por ser o meu porto de abrigo, apesar das longas horas de ausência. Por não desistir de mim. Por me mostrar que o amor vence sempre, seja qual for o obstáculo. Sem ti, nada disto faria sentido.

A todas as mulheres, casais e recém-nascidos que cruzaram esta bonita caminhada e me permitiram crescer. O meu sincero obrigada.

## RESUMO

O presente relatório de estágio profissional relata o percurso realizado durante o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica num hospital de referência do Norte do país, cujos objetivos são descrever, analisar e refletir de forma crítica as atividades que contribuíram para a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Sendo a conceção de cuidados uma etapa fundamental para a aquisição das competências específicas, conforme o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica n.º 391/2019, foram explanados ao longo deste relatório quatro casos clínicos e os respetivos planos de cuidados especializados e individualizados, referentes ao trabalho de parto e parto, gravidez com complicações e pós-parto.

Face à necessidade de desenvolver conhecimento e procurar as mais recentes evidências científicas que suportam a atuação do enfermeiro especialista, conforme descrito nas competências comuns inerentes a este, foi realizada uma revisão narrativa sobre as barreiras percebidas, pelo Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e as puérperas, ao contacto pele com pele no período de internamento pós-parto.

Este percurso permitiu adquirir competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e refletir sobre as melhores práticas de cuidados especializados, fundamental para a melhoria da prática clínica.

Palavras-chave: Contacto pele com pele; barreiras; enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica; puérpera.

## ABSTRACT

This professional internship report outlines the journey undertaken during the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing at a reference hospital in the northern region of the country. The objectives of this report are to describe, analyze and critically reflect upon the activities that contributed to the development of specific competencies required of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing.

Given that care planning is a fundamental step in acquiring these specific competencies as established by the Regulation of Specific Competencies for the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing (Regulation No. 391/2019), this report presents four clinical case studies, each accompanied by individualized and specialized care plans. These case studies address various contexts, including labor and delivery, high-risk pregnancy, and the postpartum period.

In response to the need to advance knowledge and seek the latest scientific evidence supporting the Specialist Nurse's practice, as described in the common competencies attributed to this professional role, a narrative review was conducted on the perceived barriers to skin-to-skin contact during the postpartum hospitalization period, as experienced by both Specialist Nurses in Maternal and Obstetric Health Nursing and postpartum women.

This experiential and reflective process enabled the development of competencies specific to the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing, while also promoting critical reflection on best practices in specialized care, an essential aspect for the continuous improvement of clinical practice.

**Keywords:** Skin-to-skin contact; barriers; obstetric nurse, midwife; postpartum woman.

## CHAVE DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynaecologists*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BP – Bloco de Parto

bpm – batimento por minuto

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção-Geral da Saúde

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

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ITP – Indução de Trabalho de Parto

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

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

NICE - *National Institute for Health and Care Excellence*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCC – População, Conceito, Contexto

QCRI - *Qatar Computing Research Institute*

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RCOG – *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*

RPM – Rotura Prematura de Membranas

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

TP – Trabalho de Parto

ULS – Unidade Local de Saúde

UMF – Unidade Materno Fetal

WHO – *World Health Organization*

## **ÍNDICE**

|                                                                                                      |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>INTRODUÇÃO</b>                                                                                    | <b>13</b>  |
| <b>1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DE CUIDAR A MULHER NO PERÍODO PÓS-PARTO</b>          | <b>16</b>  |
| 1.1. Contextualização do estágio - Puerpério                                                         | 17         |
| 1.2. Acolhimento e avaliação inicial no puerpério                                                    | 19         |
| 1.3. A esperança no processo de luto                                                                 | 21         |
| 1.3.1. Plano de cuidados de enfermagem especializado                                                 | 24         |
| <b>2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DE CUIDAR DA MULHER NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES</b> | <b>38</b>  |
| 2.1. Contextualização do estágio – Unidade Materno Fetal                                             | 39         |
| 2.2. Acolhimento e avaliação inicial na Unidade Materno Fetal                                        | 41         |
| 2.3. O desafio de cuidar uma mulher com incompetência istmo-cervical                                 | 43         |
| 2.3.1. Plano de cuidados de enfermagem especializados                                                | 47         |
| <b>3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DE CUIDAR DA MULHER NO TRABALHO DE PARTO E PARTO</b> | <b>63</b>  |
| 3.1. Contextualização do estágio – Bloco de Partos                                                   | 64         |
| 3.2. Acolhimento e avaliação Inicial no Bloco de Partos                                              | 65         |
| 3.3. A emoção como dimensão base do trabalho de parto                                                | 66         |
| 3.3.1. Plano de cuidados de enfermagem especializado                                                 | 70         |
| 3.4. A gestão da expectativa e a variedade fetal <i>occipito</i> esquerda posterior                  | 96         |
| 3.4.1. Plano de cuidados de enfermagem especializado                                                 | 99         |
| <b>4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM</b>                    | <b>117</b> |

|                                                                           |            |
|---------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>5. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA</b>                                       | <b>129</b> |
| <b>CONCLUSÃO</b>                                                          | <b>133</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>                                         | <b>135</b> |
| <b>APÊNDICES</b>                                                          | <b>147</b> |
| <b>Apêndice I – Frases booleanas usadas nas diferentes bases de dados</b> | <b>147</b> |
| <b>Apêndice II – Quadro de extração de dados</b>                          | <b>148</b> |

## ÍNDICE de QUADROS

|                                                                                                      |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 1. Lactação comprometida .....                                                                | 24  |
| Quadro 2. Conhecimento sobre lactação .....                                                          | 27  |
| Quadro 3. Conhecimento sobre extração de leite .....                                                 | 29  |
| Quadro 4. Capacidade para extrair leite manualmente .....                                            | 31  |
| Quadro 5. Luto do Filho Imaginado.....                                                               | 32  |
| Quadro 6. Conhecimento sobre gravidez com complicações.....                                          | 47  |
| Quadro 7. Luto do filho imaginado da Ana.....                                                        | 49  |
| Quadro 8. Ansiedade .....                                                                            | 53  |
| Quadro 9. Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade .....                        | 55  |
| Quadro 10. Conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai.filho .....                                | 58  |
| Quadro 11. Conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto.....                    | 70  |
| Quadro 12. Conhecimento sobre trabalho de parto .....                                                | 72  |
| Quadro 13. Dor de trabalho de parto .....                                                            | 73  |
| Quadro 14. Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto .....                 | 74  |
| Quadro 15. Trabalho de parto da Mariana .....                                                        | 75  |
| Quadro 16. Evolução do trabalho de parto da Mariana .....                                            | 76  |
| Quadro 17. Evolução do trabalho de parto [17:35 horas] .....                                         | 78  |
| Quadro 18. Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto .....                                | 80  |
| Quadro 19. Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [18:10<br>horas]..... | 83  |
| Quadro 20. Dor de trabalho de parto [18:30].....                                                     | 85  |
| Quadro 21. Posição corporal facilitadora do trabalho de parto.....                                   | 86  |
| Quadro 22. Parto da Mariana.....                                                                     | 87  |
| Quadro 23. Nascimento do Martim .....                                                                | 90  |
| Quadro 24. Dequitação .....                                                                          | 92  |
| Quadro 25. Amamentação .....                                                                         | 94  |
| Quadro 26. Conhecimento da Cátia sobre trabalho de parto .....                                       | 99  |
| Quadro 27. Capacidade da Cátia para usar estratégias facilitadoras do trabalho de<br>parto.....      | 101 |
| Quadro 28. Controlo da dor de trabalho de parto.....                                                 | 103 |
| Quadro 29. Capacidade da Cátia para usar estratégias facilitadoras do trabalho de<br>parto.....      | 104 |
| Quadro 30. Conhecimento da Cátia sobre trabalho de parto .....                                       | 105 |

|                                                                                             |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 31. Controlo da dor de trabalho de parto [17:45 horas] .....                         | 106 |
| Quadro 32. Capacidade da Cátia para lidar com a dor de trabalho de parto [18:20 horas]..... | 107 |
| Quadro 33. Trabalho de parto da Cátia.....                                                  | 108 |
| Quadro 34. Parto da Cátia .....                                                             | 110 |
| Quadro 35. Nascimento da Maria .....                                                        | 112 |
| Quadro 36. Expulsão da placenta .....                                                       | 114 |
| Quadro 37. Comportamentos para amamentar .....                                              | 115 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                                                  |     |
|--------------------------------------------------|-----|
| Figura 1. Fluxograma de seleção de artigos ..... | 121 |
|--------------------------------------------------|-----|

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da realização do estágio de natureza profissional, integrado no 2º ano do Curso do Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), referente ao ano letivo 2024/2025. O principal objetivo desta unidade curricular é o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO), conforme definido nos Regulamentos da Ordem dos Enfermeiros (OE) - nº 140/2019 e nº 391/2019 respetivamente, descrevendo as atividades desenvolvidas em contexto de ensino clínico, assim como a justificação das intervenções realizadas à luz da evidência científica mais atual.

Segundo a OE (2019), o EE-ESMO assume, no seu exercício profissional, quer intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher, quer intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.

Mais concretamente, a OE (2019) determina as seguintes competências do EE-ESMO: (1) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional; (2) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; (3) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; (4) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; (5) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; (6) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; (7) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade. Assim, tendo este documento por base, objetiva-se evidenciar as competências adquiridas ao longo do estágio através do presente relatório.

Para isso, os ensinamentos clínicos foram realizados num hospital de referência de uma Unidade de Saúde Local (ULS) do norte do país, em três contextos distintos: internamento de puerpério (100 horas), internamento de grávidas de risco (200 horas) e bloco de partos (500 horas).

Ao longo dos vários ensinamentos clínicos foi possível integrar equipas multidisciplinares, desenvolver e adquirir competências no âmbito da enfermagem em saúde materna e obstétrica, assim como consolidar e aprimorar os conhecimentos e habilidades previamente obtidas. Importa salientar a importância do contexto clínico, uma vez que permitiu a contextualização dos conhecimentos integrados, uma análise crítica e reflexiva entre a evidência mais atual e a prática clínica e o fortalecimento da segurança na tomada de decisão, um aspeto fulcral na prática profissional do EE-ESMO.

Neste sentido, o relatório expressa as experiências vividas nos diferentes contextos clínicos, enquanto estudante do MESMO, assim como as terapêuticas implementadas, com base na evidência científica mais atual. O processo de enfermagem foi realizado com base na ontologia de enfermagem, suportando as intervenções de enfermagem descritas neste relatório.

Durante o estágio na área de Puerpério tive a oportunidade de explorar a temática do contacto pele com pele no período de internamento pós-parto, verificando que as mulheres não realizavam contacto pele com pele com o recém-nascido de forma espontânea, implementando-o apenas quando incentivado pelo EE-ESMO. Desta forma, surgiu a questão *“O que leva as mulheres a não realizar contacto pele com pele no internamento pós-parto?”*.

Assim, o contacto pele com pele tem vindo a ser bastante explorado pela comunidade científica, sobretudo na primeira hora após o nascimento. Sabe-se que, nesta *golden hour*, o contacto pele com pele facilita a adaptação à vida extrauterina, promovendo a termorregulação, a estabilidade cardiorrespiratória, valores de glicemia normais e a colonização inicial do microbioma. Além disso, promove a recuperação pós-parto, a ligação mãe-filho e o sucesso na amamentação (Dalbye et al., 2011). Apesar da relevância desta terapêutica,

existe menos literatura que explore os benefícios do contacto pele com pele após a primeira hora de vida e no período de internamento pós-parto.

Neste sentido, surgiu a necessidade de aprofundar esta temática, assim como explorar as barreiras percebidas pelos EE-ESMO e pelas puérperas ao contacto pele com pele durante o internamento pós-parto. Desta forma, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, objetivando-se, com esta investigação, identificar as barreiras percebidas pelas puérperas e pelos EE-ESMO, por forma a implementar terapêuticas específicas que promovam não só o contacto pele com pele neste período, mas também a tomada de decisão autónoma e empoderada das mulheres e, conseqüentemente, contribuir para uma transição para a parentalidade mais saudável e para a melhoria da qualidade nos e dos cuidados de enfermagem.

O relatório encontra-se organizado em cinco capítulos principais. Os três primeiros remetem à descrição das competências desenvolvidas em contexto de estágio, estando organizadas pela ordem de realização dos mesmos. Segue-se um capítulo referente à revisão narrativa da literatura sobre as barreiras percebidas, pelos EE-ESMO e puérperas, ao contacto pele com pele durante o internamento pós-parto. Por fim, o último capítulo culmina numa análise crítico-reflexiva acerca do percurso de aprendizagem como EE-ESMO e das experiências vividas. De ressaltar que todos os nomes usados ao longo deste trabalho são de carácter fictício.

Para a realização deste trabalho recorreu-se às seguintes bases de dados: MEDLINE, *CINAHL Complete*, *Cochrane Library*, *Scopus* e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), assim como a obras literárias de carácter científico, disponíveis na biblioteca da ESEP.

## **1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DE CUIDAR A MULHER NO PERÍODO PÓS-PARTO**

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento n.º 391/2019), o EE-ESMO deve “cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade”. Durante esta fase, é imperativo que o EE-ESMO seja capaz de promover a saúde da mulher e do recém-nascido, diagnosticar e prevenir complicações para a saúde de ambos e providenciar cuidados nas situações que os possam afetar negativamente (OE, 2019).

O puerpério define-se como o conjunto de modificações físicas e psíquicas na fase do pós-parto. Estas alterações ocorrem com o objetivo de retornar o corpo e a mente da mulher ao estado que a caracterizava antes da gravidez (Néné et al., 2016). No que toca às alterações fisiológicas e anatómicas, a regressão ao estado não gravídico ocorre, normalmente, ao fim de seis semanas após o parto. Assim, o puerpério pode ser classificado em três fases: puerpério imediato (período desde o nascimento até às primeiras 24 horas); puerpério precoce (até ao final da primeira semana) e puerpério tardio (período que termina no final da sexta semana após o parto) (Néné et al., 2016).

A transição para a parentalidade requer tempo para a incorporação de novos conhecimentos e para o desenvolvimento das capacidades necessárias às decisões e às ações relativas às competências parentais. Este processo é obrigatório para que a mãe e o pai possam desenvolver confiança nas suas próprias capacidade, alcançando uma perceção de eficácia e de satisfação no desempenho do papel (Cardoso et al., 2024).

O processo de reformulação da identidade pela incorporação de um novo papel desenvolve-se em quatro fases sequenciais: antecipatória, formal, informal e pessoal (Mercer, 2004). Destaco a fase formal que corresponde ao período que

tem início com o nascimento do filho e, conseqüente, confronto com a necessidade real de cuidar do mesmo. Nesta fase, habitualmente, os comportamentos são guiados por fontes formais, nomeadamente os profissionais de saúde e outros significativos, desenvolvendo as competências através da prática (Mercer, 2004).

Desta forma, é possível perceber que durante o período de internamento pós-parto a mulher/casal vivencia a fase formal do processo de reformulação da sua identidade na incorporação do papel de mãe/pai. Durante o período de internamento, verificou-se que todas as mulheres/casais procuravam informação, através dos profissionais de saúde, por forma a satisfazer as suas necessidades de conhecimento sobre vários temas relacionados com o cuidado ao recém-nascido. Além disso, compreendi que esta procura de informação demonstrou ser, muitas vezes, uma forma de validação da mulher/casal, melhorando a sua autoeficácia e, conseqüentemente, a capacidade para desempenhar determinadas tarefas. Efetivamente, Cardoso (2011) refere que para haver desenvolvimento das competências parentais, as mães e os pais necessitam procurar e aceder à informação. Ferketich & Mercer (1995) cit. por Cardoso (2011), referem que a procura de informação é a estratégia mais relevante na preparação para a exigida mudança para o novo papel.

Desta forma, durante o período de internamento pós-parto, é da responsabilidade do EE-ESMO identificar as necessidades individuais de cada mulher/casal e promover o conhecimento e capacidade, objetivando a mestria das competências parentais e a confiança no desempenho do papel, gerando uma transição para a parentalidade mais saudável (Regulamento n.º 391/2019).

### **1.1. Contextualização do estágio - Puerpério**

O estágio no serviço de Internamento de Puerpério decorreu entre o dia 17 de setembro e 10 de outubro de 2024, sob a supervisão de uma EE-ESMO do

serviço de puerpério de um hospital de apoio perinatal diferenciado da região Norte.

O serviço de puerpério encontra-se dividido em 21 unidades, distribuídos em quartos com duas ou quatro cama e um quarto individual. Cada quarto apresenta uma casa de banho atribuída para as puérperas e outra complementar para a pessoa significativa, armários individuais para os pertences de cada puérpera e equipados com berços. O alojamento conjunto encontra-se implementado neste serviço, ou seja, a permanência do recém-nascido junto à mãe durante as 24 horas do dia até à alta hospitalar. Além disso, é ainda promovida a presença da pessoa significativa, normalmente o pai do recém-nascido, durante as 24 horas do dia, tendo disponível um cadeirão por unidade em caso de pernoita da mesma.

Segundo Murray et al., (2019), muitos pais anseiam por partilhar a tríade mãe-pai-filho. Contudo, apresentam, muitas vezes, falta de confiança na prestação de cuidados ao recém-nascido e são sensíveis a serem deixados de fora das instruções e demonstrações de cuidados infantis, sentindo que apenas é esperado que forneçam apoio à puérpera. Neste sentido, importa envolver os pais nos cuidados aos filhos logo após o nascimento, por forma a promover a sua autoeficácia e, assim, contribuir para fortalecer a tríade mãe-pai-filho. Além disso, a presença do acompanhante durante o período gravídico-puerperal transmite à mulher mais segurança, além de contribuir para melhores desfechos maternos e neonatais (Tomasi et al., 2021).

A unidade apresenta ainda um berçário equipado com três bancadas, duas delas com banheira, onde são prestados os cuidados de higiene e de conforto ao recém-nascido. Dispõe ainda de dois gabinetes de enfermagem, um com computadores destinado à passagem de turno e registos no *SClínico* e outro para preparação de medicação; uma sala de sujos e descontaminação de material e, por fim, uma sala de tratamentos com uma marquesa ginecológica, para avaliação médica das puérperas antes da alta.

A Mesa de Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO, 2019) define que na assistência de internamento de

puerpério o rácio EE-ESMO/utente deve ser de um profissional para três utentes no puerpério patológico e de um EE-ESMO para seis clientes num puerpério fisiológico (MCEESMO, 2019). Além disso, preconiza-se que o serviço de internamento de puérperas seja exclusivamente assegurado por EE-ESMO como elementos da equipa de enfermagem.

Nesta unidade hospitalar, a equipa de enfermagem é constituída por EE-ESMO e por três Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O número de enfermeiras por turno, no período da manhã, varia entre quatro e cinco, sendo um elemento responsável pela gestão do serviço, altas e visitas médicas. Os períodos da tarde e noite são constituídos por três enfermeiras. Em situações de lotação máxima, ou seja, com as 21 unidades ocupadas, cada enfermeira presta cuidados a cinco ou seis puérperas e recém-nascidos no período da manhã e a sete no período da tarde e noite. Neste sentido, não são cumpridas nos turnos da tarde e noite os rácios preconizados pela MCEESMO. Na distribuição de trabalho é realizada a distinção entre puerpério normal e puerpério patológico, tal como preconizado pela MCEESMO.

Durante este estágio foram várias as mulheres, casais e recém-nascidos alvos da prestação de cuidados, incluindo mulheres com puerpério fisiológico e mulheres com patologia associada, como pré-eclâmpsia e diabetes *mellitus*. A prestação de cuidados à mulher e ao recém-nascido no puerpério imediato é fundamental para a saúde materna e neonatal. Os EE-ESMO são responsáveis pela prevenção e deteção precoce de complicações, assim como pelo apoio prestado ao casal na transição para a parentalidade (Regulamento n.º 391/2019).

## **1.2. Acolhimento e avaliação inicial no puerpério**

A forma como a mulher e a pessoa significativa são recebidas apresenta um grande impacto na experiência de internamento. Após a chegada da puérpera à

unidade apresentava-me como estudante do MESMO, realizava uma breve descrição do espaço físico do serviço, das rotinas do internamento, das vigilâncias realizadas à puérpera e ao recém-nascido neste período e, finalmente, os horários de visita e a possibilidade de acompanhamento contínuo da pessoa significativa.

De seguida, procedia à avaliação inicial com base nas informações transmitidas pela EE-ESMO responsável pela puérpera no Bloco de Partos. De notar que a passagem das informações da puérpera de um serviço para o outro é realizada via telefónica, sendo o transporte da mulher assegurado por duas assistentes operacionais. Por forma a completar a colheita de dados, recorria ao processo clínico da cliente, no sistema informático.

Posteriormente, iniciava a avaliação física da puérpera. O EE-ESMO deve realizar uma avaliação cuidada, de acordo com o tipo de parto, estágio pós-parto, antecedentes e situação saúde/doença (Santos et al., 2014). Segundo o mesmo autor, a vigilância de rotina no puerpério após o parto passa pela monitorização dos sinais vitais, vigilância de eliminação vesical e intestinal, perda hemática vaginal, coloração da pele e mucosas, estado e características das mamas, contração uterina e características dos lóquios (cor, quantidade e cheiro), períneo (presença de ferida cirúrgica/lacerações, edema e/ou equimose, hemorroidas), e membros inferiores para despiste de tromboembolismo; dificuldades na amamentação, avaliação do estado emocional e capacidade para cuidar do recém-nascido.

Nesta fase do puerpério, a mulher começa a integrar a sua experiência de parto, tentando juntar todos os detalhes daqueles que estiveram envolvidos. Assim, este processo permite à puérpera assimilar que a gravidez terminou e que o recém-nascido é, agora, um indivíduo separado (Murray et al., 2019). Neste sentido, é primordial dar oportunidade à mulher para partilhar os detalhes da experiência do parto, usando perguntas abertas para determinar a sua perceção sobre o mesmo e criando momentos de discussão sobre os seus sentimentos e sobre a sua experiência, ajudando-a a integrá-la e a esclarecer preocupações (Murray et al., 2019).

Além disso, o puerpério é uma fase do ciclo de vida da mulher caracterizado por grande vulnerabilidade. Esta fase é acompanhada de alterações hormonais, mudanças a nível psicológico, familiar e social. Há uma reformulação de papéis com adaptação ao papel parental e à responsabilidade que este traz, bem como a elaboração e aceitação da nova imagem corporal, identidade e sexualidade (Néné et al., 2016). Todos estes aspetos podem levar a ansiedade, fadiga, dificuldades em manter o autocuidado e, consequentemente, potenciar alterações psicológicas. Neste sentido, importa avaliar o estado emocional da mulher ao longo de todo o período de internamento pós-parto.

Assim, cabe ao EE-ESMO facilitar o processo de transição, promovendo conhecimentos e capacidades relacionados com o cuidado do recém-nascido, promover a resinificação e consciencialização, melhorar a autoeficácia e, consequentemente, empoderar a mulher.

### **1.3. A esperança no processo de luto**

A Maria, de 40 anos, apresenta um índice obstétrico 4/0/0/2/2 e encontra-se no 3º dia após uma cesariana emergente por um traçado cardiotocógrafo patológico. Apresenta antecedentes médicos de tuberculose óssea com atingimento da sínfise púbica, com necessidade de cirurgia pélvica e uma cesariana anterior. Neste sentido e tendo em conta os antecedentes da Maria, estava planeado que o João nascesse através de cesariana eletiva.

A Maria é administrativa numa empresa e é casada com o Fernando, de 43 anos, que é técnico de contabilidade. Juntos têm uma filha, a Joana, de 10 anos de idade que ficou aos cuidados dos avós maternos durante o período de internamento de puerpério da Maria. O Fernando, a pessoa significativa da Maria, acompanhou-a durante todo o internamento de puerpério.

A gravidez foi planeada e vigiada, decorrendo sem intercorrências até este momento. O recém-nascido, João, com idade gestacional de 38 semanas,

nasceu com índice de APGAR 4/6/7 ao 1º, 5º e 10º minuto, respetivamente, necessitando de reanimação neonatal. Posteriormente, foi diagnosticado com Acidente Vascular Cerebral (AVC) intrauterino, ficando internado na unidade de cuidados intensivos neonatais.

No primeiro contacto com a Maria, esta manifestou vontade de manter a lactação, referindo que pretende alimentar o seu filho com leite materno assim que for possível. Amamentou de forma exclusiva a Joana por seis meses, sendo que seria esse o seu plano para o João. Neste sentido, encontra-se a realizar extração de leite materno, por forma a manter a lactação. A ligação mãe-filho, muitas vezes fica afetada nas situações em que há necessidade de separação entre os dois, uma vez que há prejuízo da interação entre a puérpera e o recém-nascido (Obeidat et al., 2009). Neste sentido, a manutenção da lactação permite incluir a mãe nos cuidados ao recém-nascido, promovendo, assim, o vínculo entre os dois.

À avaliação física, a Maria apresenta as mamas tensas, duras e com dor ao toque. A mesma referiu que iniciou a estimulação da lactação com recurso a bomba elétrica cerca de oito horas após a cesariana, sem sucesso na extração. Afirmou ainda que a tensão mamária e exacerbação da dor aconteceram na tarde do 2º dia pós-operatório. Assim, por considerar o estímulo da bomba mais prejudicial do que benéfico, iniciou a aplicação do copo coletor na tentativa de conseguir realizar extração de leite materno. Apesar da alteração do dispositivo, a extração de leite materno continuava a ser ineficaz e as mamas apresentavam-se igualmente tensas, duras e dolorosas ao toque.

O início oportuno da amamentação é definido quando o recém-nascido é colocado em contato com a mama ainda na primeira hora de vida, ocorrendo estímulo imediato desta, facilitando o desencadeamento dos mecanismos fisiológicos responsáveis pela lactogénese II (Silva & Janzen, 2023). No caso apresentado, a Maria foi submetida a uma cesariana emergente, apresentando já um fator que predispõe o atraso da lactogénese II. Neste cenário, o contacto pele com pele e a primeira mamada na primeira hora de vida não foram realizados. Assim, constitui-se outro fator que contribui para o atraso do segundo

estádio da lactogénese. Neste sentido, torna-se imprescindível adotar medidas que contribuam para o estabelecimento da lactogénese e manutenção da mesma.

Neste primeiro contacto com a Maria foi abordado como estava a lidar com a situação, referindo *“Não está a ser nada fácil (...) Estava tudo a correr tão bem, foi uma gravidez tão desejada e vigiada. Com este tempo de gravidez não esperávamos que isto pudesse acontecer. Já tínhamos a cesariana marcada para daqui a uma semana. E de repente isto, não percebo como isto foi acontecer. E agora esta incerteza do futuro, não sabemos o que vai acontecer, como vamos lidar com isto?”* (sic). A Maria partilhou ainda *“Não sei como explicar isto tudo à minha filha mais velha. Ela queria tanto um irmão, estava ansiosa para poder estar com ele. Como vai ser chegar a casa sem ele? O que lhe vou dizer?”* (sic).

A Maria encontrava-se, naquele momento, a partilhar o quarto com uma mulher no 2º dia pós-parto, acompanhada pelo seu filho de termo. Desde o nascimento do João, a Maria encontrava-se sozinha num quarto com duas camas, no entanto, devido à lotação total do serviço, houve a necessidade de internar uma puérpera no mesmo quarto que a Maria.

Durante o estágio um dos maiores desafios encontrados foi na adequação das terapêuticas e da comunicação com puérpera/casais que estavam a viver uma experiência de luto perinatal/filho imaginado. Da mesma forma, compreendi que este era igualmente um desafio para as EE-ESMO que trabalhavam no serviço, acabando por não se implementar terapêuticas promotoras da vivência do luto. Assim, a escolha do presente caso deveu-se ao facto de o tema subjacente, luto perinatal (do filho imaginado) ser um tema que constitui uma forte lacuna no conhecimento e intervenção do EE-ESMO e pelo desafio de apoiar uma mulher cujo desejo de amamentar lhe traz a esperança de ter o seu filho de volta aos seus braços.

Segundo o MCEESMO (2021), a saúde da mulher, nas diversas dimensões, exige a adaptação funcional, emocional e social às novas condições de saúde e a incorporação de um novo papel no seu repertório de papéis, face aos

processos corporais, eventos de vida e problemas de saúde com que necessita aprender a viver e ajustar-se. Neste sentido, cabe à EE-ESMO, juntamente com a cliente, promover esta adaptação às novas condições de saúde.

Além disso, são competências da EE-ESMO conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, à adaptação pós-parto e suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos (OE, 2019; Regulamento n.º 391/2019). Neste sentido, o caso em questão permitiu adquirir competências que visaram potenciar a saúde da puérpera e homem-pai, promovendo a adaptação à parentalidade no caso de luto do filho imaginado, a recuperação pós-parto e a gestão saudável da conjugalidade pós-parto (OE, 2021b).

### 1.3.1. Plano de cuidados de enfermagem especializado

De seguida, estão apresentados, através dos quadros 1 a 5, os diversos focos de atenção alvo dos cuidados de EE-ESMO durante o contacto realizado com a Maria.

#### Domínio: LACTAÇÃO

O Quadro 1 apresenta o plano de cuidados relativo ao diagnóstico de lactação comprometida.

**Quadro 1.** Lactação comprometida

| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Lactação |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |
| Na avaliação física verificou-se que a Maria apresentava mamas duras, tensas, com pele brilhante e ao toque quentes e dolorosas. A Maria refere dor de intensidade 7 (escala numérica da dor) ao toque.                                                                                                                                                                           |          |
| Quando abordada sobre como tem realizado a extração do leite materno, esta refere <i>“desde ontem que só tenho aplicado o copo coletor na mama e aguardo que o leite saia. Até aí estava a realizar a extração com bomba elétrica”</i> . Refere ainda que o está a realizar de 3/3h após vir da neonatologia e que desde que ficou com estes sintomas não consegue extrair leite. |          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No primeiro dia após cesariana extraiu cerca de um mililitro de colostro de cada mama em cada extração.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b><br>A Maria encontra-se no 3º dia após cesarina emergente por CTG patológico. O João nasceu com índice de APGAR 4/6/7 ao 1º, 5º e 10º minuto, respetivamente, necessitando de reanimação neonatal. Posteriormente, foi diagnosticado com AVC intrauterino, ficando internado na unidade de cuidados intensivos neonatais.<br>A Maria pretende manter a lactação, por forma a amamentar o João assim que for possível. A Maria não realizou contacto pele com pele com o João após o nascimento nem a primeira mamada na 1ª hora de vida.<br>A Maria iniciou extração com bomba elétrica oito horas após a cesariana. |                                                                                                                                                                                                |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Lactação comprometida                                                                                                                                                                          |
| <b>OBJETIVOS:</b><br>Controlar sintomas mamários;<br>Promover reflexo de ejeção do leite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b><br>Que a Maria apresente diminuição da dor mamária;<br>Que a Maria apresente diminuição da tensão mamária;<br>Que a Maria apresente reflexo de ejeção de leite. |
| <b>INTERVENÇÕES:</b><br>(10:00) Massajar mama<br>(10:15) Aplicar frio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                |

No caso clínico descrito, verifica-se que a puérpera iniciou a estimulação mamária com recurso a bomba oito horas após a cesariana, com uma periodicidade de três em três horas, momentos compatíveis com a sua vinda da neonatologia. A Maria refere aumento da tensão mamária, dureza e dor, ao toque, no 2º dia após a cesariana, momento e sintomas fisiologicamente compatíveis com a subida do leite. No entanto, verifica-se que a mesma apenas conseguiu extrair colostro no 1º dia após a cesariana, confirmando que desde que as mamas ficaram duras e dolorosas não consegue extrair leite materno. Assim, e tendo em conta os achados, pode-se afirmar que o segundo estágio da lactogénese se estabeleceu, havendo produção de leite materno, mas a sua extração está a ser ineficaz. Neste sentido, torna-se primordial implementar terapêuticas que visam melhorar o reflexo de ejeção do leite e, consequentemente, a sua extração.

(10:00) Massajar mama: A massagem à mama é uma terapêutica que poderá contribuir para o alívio dos sintomas experienciados pela Maria. Segundo

Anderson et al., (2019) existem várias abordagens que se podem adotar no que concerne à massagem à mama para tratar problemas relacionados com a amamentação. Assim, algumas técnicas incluem a massagem de *Oketani*, a terapia *Gua Sha* e a massagem geral do tecido mamário. Segundo estes autores, estudos revelaram que a massagem mamária apresenta resultados positivos na resolução de complicações como bloqueio de ductos, redução da dor mamária, redução do ingurgitamento mamário e aumento da secreção de leite materno (Anderson et al., 2019).

Atividade de concretizam a intervenção:

- Iniciar a massagem com as mãos em concha, deslizando desde a base até ao mamilo;
- Executar movimentos com os nós dos dedos ao longo de todo o tecido mamário, sempre na direção do mamilo;
- Realizar massagem com a ponta dos dedos, em movimentos circulares desde a base da mama até ao mamilo;
- Executar a massagem conforme a tolerância da puérpera.

(10:20) Aplicar frio: A aplicação de frio sobre as mamas de mulheres com sintomas de ingurgitamento, é uma terapêutica não farmacológica popular que se tem mostrado bastante benéfica. Segundo Wong et al. (2017), a eficácia da aplicação de sacos de gel frios na redução da dor pode ser atribuída ao facto de o frio ativar as fibras responsáveis pelo fornecimento da pressão intra mamária que provoca a ejeção do leite, levando a redução do edema e melhor drenagem linfática.

Atividade de concretizam a intervenção:

- Aplicar gelo por 15 minutos após a massagem.

O Quadro 2 apresenta o plano de cuidados relativo ao conhecimento sobre lactação.

**Quadro 2.** Conhecimento sobre lactação

| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Lactação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b></p> <p>Quando questionado à Maria sobre o como funciona o processo de produção e libertação do leite materno esta refere: <i>“Sei que na amamentação a sucção do bebé e a remoção que ele faz do leite da mama leva a uma maior produção de leite. No meu caso, sei que a estimulação do leite está a ser feita de forma “artificial” através da bomba, mas a sua extração está a ser complicada.” (sic)</i></p> <p>Quando abordada sobre os fatores que podem influenciar a libertação do leite materno a Maria refere <i>“Sei lá enfermeira... com a minha filha mais velha foi tudo mais natural e espontâneo. Nunca tive de usar bomba, nem tive qualquer complicação” (sic)</i></p> <p>A Maria refere ainda <i>“Tenho uma amiga que na amamentação do seu filho teve algumas complicações e falou-me que a massagem nas mamas a ajudou bastante, tal como a enfermeira fez. Se calhar também poderia ajudar no meu caso.” (sic)</i></p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p><b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b></p> <p>A Maria encontra-se no 3º dia após cesarina emergente por CTG patológico. O João encontra-se internado na unidade de cuidados intensivos neonatais.</p> <p>A Maria pretende manter a lactação, por forma a amamentar o João assim que for possível.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Potencial para melhorar conhecimento sobre lactação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p><b>OBJETIVOS:</b></p> <p>Promover conhecimento sobre lactação;<br/>Promover conhecimento sobre estratégias para lidar com complicações da lactação.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p><b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b></p> <p>Que a Maria reconheça sentimentos como a ansiedade e o <i>stress</i> como inibidores da libertação de leite materno;<br/>Que a Maria identifique estratégias como o ambiente calmo, o relaxamento e a massagem à mama favorecedores da estimulação da libertação de leite materno;<br/>Que a Maria identifique os sinais e sintomas de subida do leite;<br/>Que a Maria identifique a crioterapia como uma estratégia para alívio da dor e tensão mamária.</p> |
| <p><b>INTERVENÇÕES:</b></p> <p>(10:25) Ensinar sobre lactação<br/>(10:25) Ensinar sobre estratégias para lidar com as complicações da lactação</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

(10:25) Ensinar sobre lactação: A lactogénese consiste no processo de desenvolvimento da capacidade de secretar leite e envolve a maturação das células alveolares mamárias, estando dividida em três estádios. Em mulheres submetidas a cesariana, este processo pode ocorrer de forma mais lenta, assim

como o volume inicial de leite pode ser menor em comparação com mulheres que tiveram um parto vaginal (Pillay & Davis, 2023). O segundo estágio da lactogénese estabelece-se entre o segundo e terceiro dia após o parto. É nesta fase que as mulheres experienciam uma sensação de maior tensão mamária associada à produção abundante de leite (Pillay & Davis, 2023).

Numa revisão da literatura realizada por Silva & Janzen (2023), concluiu-se que a cesariana é um fator de risco para o atraso do segundo estágio da lactogénese. Os mesmos autores justificam este fenómeno pelo atraso da colocação do recém-nascido em contacto pele com pele com a mulher e, consequentemente, da primeira mamada.

Atividades de concretizam a intervenção:

- Explicar sinais de subida do leite: Explicar que a subida do leite ocorre entre o 2º e o 5º dia após o parto, correspondendo à transformação do colostro em leite de transição. Constituem sinais indicadores da subida de leite sentir a mama túrgida, congestionada, quente e, por vezes, dolorosa.
- Explicar fatores que influenciam a libertação de leite materno: Explicar que o ambiente calmo e a autoconfiança influenciam positivamente a libertação de leite. Por sua vez, sentimentos de insegurança, dor e a separação entre a mãe e o recém-nascido influenciam negativamente a libertação do leite materno.
- Explicar estratégias de estimulação da libertação de leite materno: Ter um espaço com privacidade, confortável e calmo, promover o relaxamento e emoções positivas, realizar massagem nas mamas.

(10:15): Ensinar sobre estratégias para lidar com as complicações da lactação

Atividades de concretizam a intervenção:

- Explicar benefícios da massagem à mama: a massagem à mama facilita a estimulação do reflexo de ejeção de leite e, consequentemente, a saída do leite e o alívio da dor por tensão mamaria.
- Explicar benefícios da aplicação de frio no alívio dos sintomas mamários: A aplicação de frio além de permitir o alívio da dor, pelo seu efeito

analgésico, também ajuda na diminuição do processo inflamatório e edema.

O Quadro 3 resume o plano de cuidados relativo ao conhecimento sobre extração de leite.

**Quadro 3.** Conhecimento sobre extração de leite

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Lactação                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b><br>Quando abordada sobre a extração manual do leite materno a Maria questiona “ <i>Não devo continuar a extrair leite com a bomba, enfermeira?</i> ”; “ <i>Não faço ideia de como fazê-lo...</i> ” (sic).                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b><br>A Maria encontra-se no 3º dia após cesarina emergente por CTG patológico. O João encontra-se internado na unidade de cuidados intensivos neonatais.<br>A Maria pretende manter a lactação, por forma a amamentar o João assim que for possível. A Maria não realizou contacto pele com pele com o João após o nascimento nem a primeira mamada na 1ª hora de vida.<br>A Maria iniciou extração com bomba elétrica oito horas após a cesariana. |  |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Potencial para melhorar conhecimento sobre extração de leite materno                                                                                                                                                                               |
| <b>OBJETIVOS:</b><br>Promover conhecimento sobre extração manual de leite materno.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b><br>Que a Maria reconheça condições que a podem ajudar na extração manual do leite;<br>Que a Maria compreenda a extração manual de leite materno como benéfica em situações de complicações da amamentação/lactação. |
| <b>INTERVENÇÕES:</b><br>(10:50) Ensinar sobre extração de leite materno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                    |

(10:50) Ensinar sobre extração de leite materno: Sabe-se que a amamentação é melhor estabelecida com o contacto contínuo entre a mãe e o recém-nascido ao longo dos primeiros dias. Assim, esta ausência de estimulação do vínculo por parte do recém-nascido, torna primordial o desenvolvimento de uma rotina de estimulação da mama e extração de leite, seja manualmente ou com recurso a bomba (Eden, 2024). Assim, Liu e colaboradores (2018) referem que, a secreção insuficiente de leite é uma das maiores barreiras que compromete a amamentação em recém-nascidos separados das mães. Neste sentido,

recomenda-se que a estimulação e extração de leite materno seja iniciada até às seis horas após o parto e com uma frequência de oito a doze vezes em 24 horas (Liu et al., 2018).

Neste sentido, segundo Harris (2014), estabelecer e manter o processo de extração de leite materno em mulheres com recém-nascidos doentes, envolve: extração manual ou com recurso a bomba; estimulação do reflexo de ejeção do leite; e manuseamento seguro do leite materno extraído. Em relação ao primeiro, a extração manual de leite materno é um método mais barato e particularmente útil para aliviar a tensão quando as mamas estão cheias. Por outro lado, as bombas de extração de leite materno podem ser manuais ou elétricas, devendo a sua escolha ser baseada na preferência e circunstância da puérpera (Harris, 2014).

Tal como anteriormente descrito, Harris (2014) afirma que para haver extração de leite materno é imprescindível que haja estimulação do reflexo de ejeção do leite. Apesar de diferir de mulher para mulher, este reflexo pode ser inibido pelo *stress*. Assim, a Maria poderá realizar a extração na neonatologia, enquanto visualiza o seu filho já que refere ser o momento em que emoções como a ansiedade e o *stress* diminuem por estar próxima do seu filho e sentir-se conectada com ele. Além disso, esta será uma ocasião de estabelecimento de ligação mãe-filho, com diminuição de hormonas antagonistas da ocitocina. Não sendo possível realizá-lo na neonatologia, a Maria poderá optar por realizar a extração, por exemplo, enquanto visualiza uma fotografia do seu filho ou com uma peça de roupa perto de si, sentido o seu cheiro.

#### Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicar que a extração manual está indicada na gestão de complicações da amamentação/lactação.
- Explicar que no momento da extração de leite materno deve ser adequado o ambiente físico e emocional, por forma a promover a ação da ocitocina, responsável pela ejeção do leite;
- Explicar que a Maria poderá beneficiar em extrair o leite na neonatologia, visualizando o seu filho e estando mais próxima fisicamente deste. Não

sendo possível, no momento da extração poderá usar uma fotografia ou vídeo do seu bebé;

- Antes da extração tentar relaxar, podendo usar aplicação de calor (com compressas molhadas) na região dos ombros, região lombar e pescoço;
- Identificar pensamentos positivos como “eu sou capaz”, “eu sei que consigo”;
- Realizar previamente massagem à mama.

O Quadro 4 refere-se ao plano de cuidados relativo à capacidade para extrair leite manualmente.

**Quadro 4.** Capacidade para extrair leite manualmente

| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Lactação                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b><br>Quando abordada sobre a extração manual do leite materno a Maria questiona “ <i>Não devo continuar a extrair leite com a bomba, enfermeira?</i> ”; “ <i>Não faço ideia de como fazê-lo...</i> ” (sic).                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b><br>A Maria encontra-se no 3º dia após cesarina emergente por CTG patológico. O João encontra-se internado na unidade de cuidados intensivos neonatais.<br>A Maria pretende manter a lactação, por forma a amamentar o João assim que for possível. A Maria não realizou contacto pele com pele com o João após o nascimento nem a primeira mamada na 1ª hora de vida.<br>A Maria iniciou extração com bomba elétrica oito horas após a cesariana. |  |                                                                                                |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Potencial para melhorar capacidade para extrair leite materno manualmente                      |
| <b>OBJETIVOS:</b><br>Melhorar a capacidade para extrair leite materno.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b><br>Que a Maria seja capaz de extrair manualmente leite materno. |
| <b>INTERVENÇÕES:</b><br>(11:10) Instruir e treina massagem à mama<br>(11:10) Instruir e treinar extração manual de leite materno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                |

(11:10) Instruir e treinar massagem à mama

Atividades que concretizam a intervenção:

- Iniciar a massagem com as mãos em concha, deslizando desde a base até ao mamilo;

- Executar movimentos com os nós dos dedos ao longo de todo o tecido mamário, sempre na direção do mamilo;
- Realizar massagem com a ponta dos dedos, em movimentos circulares desde a base da mama até ao mamilo;

Instruir e treinar extração manual de leite materno: Com base na análise da literatura descrita anteriormente, a extração manual do leite materno poderá ser mais vantajosa, uma vez que implica estimulação mecânica direta dos mecanoreceptores areolares, levando à libertação de ocitocina e, consequentemente, promovendo a ejeção de leite materno (Alekseev & Ilyin, 2016).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Após adequação do ambiente e massagem à mama, iniciar a extração manual colocando a mão sobre a mama em forma de “C”, cobrindo a margem da aréola; com o polegar na parte superior e os restantes dedos na parte inferior da mama, pressione contra si mesma.
- Posteriormente, comprimir suavemente a mama sem pressionar ou puxar o mamilo; os dedos devem estar sempre em torno da aréola.
- O movimento realizado não deve causar dor e deverá ser repetido nos vários quadrantes da mama.
- A extração deverá demorar o tempo necessário (20 a 40 minutos) até a mama ficar mole.

## DOMÍNIO: LUTO

O Quadro 5 apresenta o plano de cuidados relativo ao luto do filho imaginado.

**Quadro 5. Luto do Filho Imaginado**

| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Luto |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b><br>Após um momento de choro intenso, a Maria expressou “ <i>Não está a ser nada fácil Enfermeira... Estava tudo a correr tão bem, foi uma gravidez tão desejada e foi vigiada. Com este tempo de gravidez não esperávamos que isto pudesse acontecer. Já tínhamos a cesariana marcada para daqui a uma semana. E de repente isto, não percebo como isto foi acontecer. E agora esta incerteza do futuro, não sabemos o que vai acontecer, como vamos lidar com isto?</i> ” (sic). |      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>A Maria partilhou ainda <i>“Não sei como explicar isto tudo à minha filha mais velha. Ela queria tanto um irmão, estava ansiosa para poder estar com ele. Como vai ser chegar a casa sem ele? O que lhe vou dizer?”</i> (sic).</p> <p>A Maria encontrava-se, naquele momento, a partilhar o quarto com uma mulher no 2º dia pós-parto, acompanhada pelo seu filho de termo.</p>        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p><b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b></p> <p>A Maria encontra-se no 3º dia após cesarina emergente por CTG patológico. O João nasceu com índice de APGAR 4/6/7 ao 1º, 5º e 10º minuto, respetivamente, necessitando de reanimação neonatal. Posteriormente, foi diagnosticado com AVC intrauterino, ficando internado na unidade de cuidados intensivos neonatais.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Luto                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p><b>OBJETIVOS:</b></p> <p>Facilitar o processo de luto;<br/> Promover ligação mãe/filho;<br/> Promover o desenvolvimento das competências parentais.</p>                                                                                                                                                                                                                                | <p><b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b></p> <p>Que a Maria se sinta num ambiente seguro e confortável;<br/> Que a Maria se sinta apoiada;<br/> Que a Maria se sinta conectada e estabeleça um vínculo afetivo com o seu filho;<br/> Que a Maria realize a estimulação e extração do leite materno.</p> |
| <p><b>INTERVENÇÕES:</b></p> <p>Gerir ambiente;<br/> Incentivar visitas à Neonatologia;<br/> Promover a esperança;<br/> Incentivar a estimulação e extração de leite materno;<br/> Planear o regresso a casa.</p>                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

Pueyo et al., (2021), refere que quando um recém-nascido nasce numa condição crítica e é admitido nos cuidados intensivos neonatais, os pais vêem-se confrontados com uma realidade diferente da gerada durante a gravidez e com a necessidade de lidar com inúmeros sentimentos e preocupações que podem despoletar níveis altos de *stress*, ansiedade e depressão. Segundo Geetanjli et al. (2012), o nascimento de um recém-nascido prematuro ou em estado crítico pode afetar a transição para a parentalidade e ter implicações a longo prazo em ambos os pais. A experiência da separação, de doença grave, perda de um órgão ou da capacidade funcional ou morte do recém-nascido, leva os pais a uma jornada de perda e luto (Geetanjli et al., 2012).

Viver o processo de luto envolve enfrentar e elaborar o luto pelo filho imaginado (Rutz et al., 2023) e um reajustamento interno às novas condições, levando

progressivamente à criação de novos laços afetivos com a criança real (Dias, 2012). Assim, o filho “real” exige um processo de adaptação complexo das figuras parentais, já que contraria as perspetivas e possibilidades idealizadas pelos pais ao longo da gestação (Rutz et al., 2023).

Além das diferentes definições de luto, vários autores, propuseram diferentes teorias/modelos para o processo de luto (Lightbody, 2005). Worden (2001) cit. por Lightbody (2005), conceptualiza o processo de luto dividindo-o em quatro tarefas: aceitar a perda, trabalhar a dor, adaptar-se ao ambiente e progredir com a vida. Com o trabalho de Worden e dos restantes autores, foi proposto um modelo conceptual de processo de luto parental. Segundo este modelo “as reações de luto dos progenitores estão intimamente ligadas à sua autoimagem como pai ou mãe e decorrem em três fases sobreponíveis de luto”, sendo estas o sofrimento profundo, luto intenso e reorganização.

Assim, a fase de sofrimento profundo é marcada pela perda da identidade dos progenitores e dos seus sonhos relativos à parentalidade. Caracteriza-se por uma forte perturbação e dor profunda, acompanhada de um estado de choque e sentimentos de negação, tristeza, depressão e choro (Lowdermilk & Perry, 2008). Deste modo, verifica-se que a Maria se encontra a vivenciar sentimentos de medo, sofrimento, tristeza profunda, manifestados por choro intenso e tentativa de fuga da realidade, emoções compatíveis com a fase de sofrimento do modelo de processo de luto perinatal e consciencialização.

Gerir ambiente: Uma terapêutica de elevada relevância na vivência do processo de luto, refere-se à alocação das mulheres ainda hospitalizadas no período pós-parto. Neste sentido, puérperas cujo filho se encontra internado na neonatologia, vivenciam sentimentos de frustração quando internadas numa unidade de puerpério juntamente com outras mulheres que tiveram um parto de termo e que estão acompanhadas dos seus filhos (Obeidat et al., 2009). Assim, Obeidant et al., (2009) reforçam a importância de internar estas mulheres numa unidade/serviço diferente.

A Maria encontrava-se, naquele momento, a partilhar o quarto com uma mulher no 2º dia pós-parto, acompanhada pelo seu filho de termo. Desde o nascimento

do João, a Maria encontrava-se sozinha num quarto com duas camas, no entanto, devido à lotação total do serviço, houve a necessidade de internar uma puérpera no mesmo quarto que a Maria. Neste sentido, foi questionado à Maria se preferia ser transferida para outro serviço, uma vez que não haveria a possibilidade de se manter na unidade de puerpério sozinha num quarto. A mesma, após falar com o marido, optou por se manter no serviço de puerpério e partilhar o quarto com outra mulher e o seu filho. Apesar desta decisão, assim que houver oportunidade, dever-se-á colocar novamente a puérpera num quarto sozinha.

Atividades que concretizam a intervenção:

- Providenciar quarto individual;
- Permitir acompanhamento 24h pela pessoa significativa;

Incentivar visitas à Neonatologia/Incentivar expressão de sentimentos/ Promover a esperança: O ambiente nos cuidados intensivos neonatais pode ser uma fonte de grande *stress* para os pais, havendo necessidades especiais a serem satisfeitas, por forma a reduzir o *stress*. Desta forma, quando a perda destes pais não é reconhecida ou não é assistida, pode resultar em incapacidade futura. Por outro lado, a vivência do luto e a sua expressão, tem um potencial de cura e poder fortalecer e enriquecer a vida (Geetanjli et al., 2012).

De acordo com o Modelo de Adaptação de Callista Roy (1999) cit. por Pueyo et al., (2021), a pessoa é um sistema adaptativo holístico em interação contínua com o meio ambiente. Como tal, a interação dos pais com o ambiente hospitalar ou o facto de não poderem cuidar dos seus filhos, pode gerar sentimentos de *stress* e dificultar a adaptação à nova realidade, gerando repercussões físicas e psicológicas. Por isso, a qualidade dos cuidados de enfermagem tem um impacto significativo na diminuição do risco de desenvolvimento de luto patológico e, consequentemente, no processo de recuperação familiar (Pueyo et al., 2021).

Obeidat et al. (2009), descreve que fatores como a comunicação cuidadosa, o fornecimento de informação consistente e apoio emocional, físico e espiritual

contribui para uma transição para a parentalidade mais positiva quando os recém-nascidos são internados na neonatologia.

Incentivar a estimulação e extração de leite materno: Além do referido anteriormente, Obeidat et al. (2009), descreve que a participação dos pais nos cuidados ao recém-nascido quando estes estão internados na neonatologia, contribui para uma transição para a parentalidade mais positiva. Estudos demonstraram que a participação ativa dos pais na prestação de cuidados ao recém-nascido, permitiu o desenvolvimento de sentimentos de segurança, controlo, envolvimento e conexão com o seu filho (Obeidat et al., 2009). Tronco et al., (2015), descreve que a manutenção da lactação permite incluir a mãe nos cuidados ao recém-nascido internado na neonatologia, promovendo, também, a ligação entre os dois.

Planear o regresso a casa: Os irmãos, de um recém-nascido internado, são particularmente sensíveis às mudanças emocionais da família, muitas vezes adaptando os seus comportamentos para aliviar o *stress* dos cuidadores. Assim, isto pode ser manifestado de diversas formas, incluindo distanciamento emocional, maior conformidade ou esforços intensificados na procura de conexão parental. As respostas variaram conforme a idade e o estágio de desenvolvimento: irmãos mais velhos são mais propensos a assumir papéis quase de cuidadores, ajudando nas tarefas domésticas ou oferecendo apoio emocional aos pais, enquanto irmãos mais novos expressavam o sofrimento frequentemente através de alterações comportamentais ou maior dependência. Esses padrões sugerem que os irmãos não são observadores passivos, mas participantes ativos no processo de *coping* familiar. Assim, as intervenções devem ser ajustadas ao desenvolvimento (Murray et al., 2025).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Analisar com a puérpera estratégias para integrar a sua filha mais velha no processo de luto – Tendo em conta que a Maria referiu que a sua filha, Joana, de dez anos, é uma criança perspicaz, curiosa e que manifestava um desejo muito grande de conhecer o irmão, avaliou-se estratégias de comunicação como a sinceridade, discurso simples e claro, mostrar uma

fotografia do irmão na unidade de neonatologia e avaliar a possibilidade de a Joana visitar o irmão.

- Avaliar a rede de apoio familiar: A Maria referiu que teria os seus pais a ajudar de uma forma mais próxima durante a hospitalização do João. Efetivamente, segundo Murray et al., (2025), os avós desempenharam um papel distinto na adaptação familiar à hospitalização, muitas vezes equilibrando simultaneamente as responsabilidades práticas e emocionais. Assim, muitos prestaram apoio direto, incluindo cuidar dos irmãos, gerir tarefas domésticas ou ajudar nas visitas ao hospital, enquanto também processam as suas próprias respostas emocionais, como preocupação, tristeza e sentimentos de impotência em relação à condição da criança, além de preocupação com o bem-estar do próprio filho (pai/mãe). Assim, reconhecer os avós como membros integrantes da rede de cuidadores é essencial, garantindo que recebam informações adequadas, apoio emocional e recursos para cumprirem seu papel (Murray et al., 2025).
- Informar sobre grupos e linhas de apoio/ Providenciar contactos das linhas e grupos de apoio: A Maria demonstrou a necessidade de apoio psicológico, referindo que já o tinha pedido à equipa de neonatologia. Apesar disso, foi providenciado o contacto de várias linhas de apoio psicológico e o nome de várias associações que prestam apoio na perda gestacional, incluindo em situações de luto do filho imaginado (Centro SOS-Voz Amiga: Ajuda na solidão, ansiedade, depressão e risco de suicídio, Voz de Apoio, Linha de apoio psicológico SNS24, associações de apoio na perda gestacional – Amor para além da lua e Projeto Artémis).

Desta forma, compreende-se o papel do EE-ESMO como crucial na vivência do luto perinatal e do luto do filho imaginado. Apesar da minha intervenção para com esta mulher/casal não partir do serviço de neonatologia, mas do serviço de puerpério, foi possível adequar as terapêuticas descritas na literatura, por forma a apoiar a mulher e o casal a viver uma transição para a parentalidade mais positiva e saudável.

## **2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DE CUIDAR DA MULHER NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES**

O Regulamento das competências específicas do EE-ESMO (Regulamento n.º 391/2019) prevê a aquisição de competências necessárias para cuidar mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, incidindo na importância da deteção precoce de desvios da gravidez fisiológica através dos meios clínicos e técnicos apropriados (OE, 2019).

A gravidez é um processo fisiológico vivenciado por milhões de mulheres. Assim, este traduz uma adaptação a uma nova situação e uma modificação fisiológica corporal, emocional e social que culmina num desfecho: o nascimento de uma ou mais crianças. Apesar disso, ainda que fisiológico, a gravidez é um processo complexo, multidimensional e existem diversos fatores em torno da pessoa que engravida que podem condicionar a gravidez. Neste sentido, torna-se primordial a sua vigilância, por forma a avaliar o risco e/ou a deteção precoce dos seus fatores, culminando na diminuição significativa da morbimortalidade materna e fetal (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015).

O Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco define gestação de baixo risco como “aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de *Goodwin* modificada (...), nenhum fator acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal” (DGS, 2015, p.33). Assim, esta escala permite relacionar fatores que podem alterar o curso da gravidez, sendo estes: a história reprodutiva da mulher, a história obstétrica, a existência de patologia associada e a existência de intercorrências na gravidez atual. Desta forma, Lowdermilk & Perry (2008) definem gravidez de risco como aquela em que a vida da mulher ou do feto estão em perigo por patologia concomitante ou exclusivamente devido à gravidez.

Assim, compreende-se que, apesar da gravidez ser um processo fisiológico que reflete um estado de saúde, podem existir fatores maternos e/ou fetais, e fatores

externos que podem condicionar e alterar o curso natural deste processo. Neste sentido, o grau de risco associado à gravidez não se relaciona apenas com a existência de fatores clínicos, como patologia pré-existente e complicações obstétricas anteriores ou na presente gravidez. Desta forma, a idade materna, a paridade e as condições socioeconómicas podem associar-se a alterações fisiológicas e fatores clínicos que poderão comprometer a saúde da mulher, do feto ou ambos, aumentando o risco de morbimortalidade. Além disso, sendo a gravidez um processo que envolve mudanças contínuas e dinâmicas no corpo da mulher e no desenvolvimento do feto, o desenvolvimento de fatores que aumentam o seu risco também é mutável, tornando a sua vigilância contínua fundamental (DGS, 2015).

À luz da Teoria das Transições de Meleis (2000), a forma como é vivida a gravidez pode revelar-se um fator facilitador ou dificultador da transição para a parentalidade. No caso de uma gravidez de risco, acrescem às exigências de uma gravidez saudável as especificidades da patologia, vigilância e tratamento exigidos para minimizar as consequências da mesma. Assim, importa refletir sobre o contributo do EE-ESMO na assistência às mulheres e/casais neste contexto específico.

## **2.1. Contextualização do estágio – Unidade Materno Fetal**

O estágio na Unidade Materno Fetal (UMF) decorreu entre o dia 14 de outubro e 22 de novembro de 2024, sob a supervisão de uma EE-ESMO de uma ULS da região do Norte. Para além do internamento de grávidas com complicações, a UMF presta apoio ao Bloco de Partos, admitindo mulheres submetidas a indução de trabalho de parto (ITP). Considera-se a UMF como um prolongamento do bloco de partos, estando situada paralelamente à urgência de obstetrícia. Esta proximidade entre serviços demonstrou ser benéfico em situações de urgência ou emergência, já que traduz um fator de segurança por permitir a transferência

imediate da mulher para o bloco de partos, a ação conjunta de uma equipa multidisciplinar, um melhor acesso a meios complementares de diagnóstico e terapêutica, como ecografia ou cirurgia de urgência, melhorando o prognóstico materno e fetal.

Estruturalmente, o serviço divide-se em duas enfermarias, uma com duas camas, outra com três camas e um quarto individual. Apresenta ainda duas casas de banho para as grávidas e uma sala de enfermagem destinada à preparação de medicação e registos informáticos. A proximidade física entre as unidades tornou desafiante a tentativa de manter a privacidade das mulheres/casais, recorrendo-se ao uso de cortinas, por forma a colmatar este achado. Além disso, tentava-se alocar as grávidas com patologia em enfermarias separadas das grávidas em processo de ITP, reservando o quarto individual para situações onde houvesse necessidade de isolamento ou de interrupção médica da gravidez, quando não houvesse vaga no serviço de ginecologia. A dimensão do serviço permite uma baixa rotatividade de clientes, permitindo estabelecer uma relação terapêutica sobretudo com mulheres/casais com internamentos prolongados.

Cada turno é assegurado apenas por um EE-ESMO, com o apoio de uma técnica auxiliar de saúde. Segundo o parecer nº 43/2019 da MCEESMO, o rácio de assistência no internamento de medicina materno-fetal é de 1:3 na gravidez de alto risco e de 1:6 na gravidez de médio risco, enquanto nas ITP é de 1:3 (MCEESMO, 2019). Durante o estágio foram sempre cumpridas as dotações seguras preconizadas pela OE, pelo facto de o serviço nunca ter tido a sua lotação completa com grávidas com patologia ou em ITP.

Durante o ensino clínico foram prestados cuidados a grávidas com diversas patologias, entre elas, ameaça de parto pré-termo, restrição de crescimento intrauterino, pré-eclâmpsia, placenta prévia, infeção por *closteridium*, incompetência istmo-cervical, diabetes gestacional, rotura prematura de membranas (RPM) e hemorragia do 3º trimestre.

## 2.2. Acolhimento e avaliação inicial na Unidade Materno Fetal

Tanto as grávidas com complicações como as mulheres submetidas a ITP eram internadas na UMF após avaliação médica na urgência obstétrica. Após esta avaliação, eram acompanhadas por um EE-ESMO até à unidade, onde posteriormente era pessoalmente transmitida a informação sobre motivo de internamento, antecedentes pessoais e médicos, índice obstétrico, idade gestacional e medicação realizada na urgência. Os restantes dados necessários para uma prestação de cuidados personalizados eram colhidos através da consulta do processo clínico, do boletim de saúde de grávida, da entrevista e do exame físico.

À chegada ao internamento, primeiramente, apresentava-me como estudante do MESMO. Em seguida, mostrava a estrutura do serviço, a enfermaria/quarto, a localização do WC e da campinha para solicitar auxílio, explicava os horários das visitas, as atividades de vigilância protocoladas, assim como os horários das refeições. É no acolhimento inicial que se inicia o estabelecimento de uma relação terapêutica com o cliente dos cuidados, objetivando a transmissão de confiança e a adaptação do cliente. Neste sentido, importa adotar estratégias de comunicação adequadas, criando um ambiente seguro.

Posteriormente, procedia à avaliação inicial, intervenção fundamental para a formulação de diagnósticos de enfermagem e respetivas terapêuticas. O exame físico incluía a monitorização dos sinais vitais, avaliação da integridade da pele, presença de edemas, presença de sintomas como, por exemplo, visão turva ou cefaleias, auscultação dos batimentos cardíacos fetais, através de monitorização cardiotocografia ou *doppler*, dependendo da idade gestacional, e avaliação do compromisso nas atividades de autocuidado.

Além disso, a avaliação do estado emocional da mulher não era descurada, uma vez que o internamento na gravidez aumenta a vivência de emoções negativas. Por fim, era avaliada e incentivada a presença da(s) pessoa(s) significativa(s) ao longo do internamento, uma vez que a rede de apoio social e a qualidade das

relações significativas são particularmente importantes na adaptação da mulher à sua nova condição e, em particular, quando lida com níveis de *stress* elevados.

Desta forma, importa destacar o contributo relevante do EE-ESMO na implementação de terapêuticas que promovam a adaptação à gravidez com complicações, adaptação à parentalidade e desenvolvimento das competências parentais. De acordo com o estudo desenvolvido por Chaharrahifard et al. (2021), em comparação com mulheres com gravidez de baixo risco, mulheres que vivenciam gravidez de alto risco apresentam uma interação mãe/filho menos favorável com maiores desafios na adaptação ao papel parental. Assim, a adaptação à parentalidade e desenvolvimento das competências parentais com mulheres/casais internados por complicações na gravidez torna-se primordial.

A adaptação à gravidez compreende um momento especial de vulnerabilidade, trazendo, por si só, uma vivência com maior *stress* e ansiedade (Cardoso et al., 2024). Assim, quando há um diagnóstico de complicação na gravidez, a mulher experimenta estas emoções negativas com maior intensidade. No decorrer do estágio, foi-me possível compreender que explicar, por exemplo, os procedimentos/vigilâncias realizadas, sinais de alerta e os resultados esperados, como, por exemplo, o traçado do CTG resultante da monitorização, levava à verbalização de alívio da ansiedade por parte da grávida, por se sentir envolvida no processo e conferindo-lhe alguma sensação de controlo perante as opções terapêuticas e as intervenções resultantes de prescrição necessárias. Deste modo, considero que o foco ansiedade na gravidez com complicações não pode ser desconectado da preparação e conhecimento relativo à adaptação à gravidez no período de internamento, assim como do papel parental e ligação mãe-filho que se vem a estabelecer.

Neste sentido, enquanto EE-ESMO, torna-se primordial implementar terapêuticas diferenciadas, objetivando a diminuição da ansiedade ao empoderar a grávida na transição para a parentalidade, dotando-a de conhecimento e capacidade para desempenhar o papel parental, promover o seu conhecimento sobre a complicação, o regime terapêutico e sobre vigilância de complicações e assistir a mulher/casal no processo de consciencialização,

reconhecendo o que mudou e o que está diferente, permitindo a reorganização no novo modo de viver (OE, 2021a).

### **2.3. O desafio de cuidar uma mulher com incompetência istmo-cervical**

A Ana de 23 anos, apresenta um índice obstétrico 2/0/0/1/0, cujo aborto foi relativo ao primeiro trimestre da gravidez, há um ano. Apresenta uma idade gestacional de 24 semanas. A Ana deu entrada no serviço de urgência por dor abdominal associada a contrações uterinas e sensação de pressão na vagina. Após avaliação médica verificou-se que apresentava seis centímetros de dilatação cervical, membranas expostas na vagina e contractilidade uterina irregular. Foi diagnosticada incompetência istmo-cervical, ficando internada no bloco de partos por um período de quatro dias.

Assim, nesse período, realizou o protocolo de tocólise, neuroprotecção fetal, maturação pulmonar e permaneceu em repouso absoluto no leito. Posteriormente, com 24 semanas e 3 dias de gestação, foi proposto pela equipa médica a realização de ciclorrafia, sendo que durante o procedimento houve rotura das membranas. Após a intervenção foi transferida para o serviço de Grávidas de Risco, no quinto dia de internamento. Encontra-se a realizar antibioterapia e tem indicação médica para repouso absoluto no leito.

A Ana é administrativa e vive com o seu companheiro, o Carlos, de 27 anos, engenheiro mecânico, na casa dos seus pais. O Carlos, a pessoa significativa da Ana acompanhava-a no período da tarde, após sair do trabalho.

A gravidez foi planeada e estava a ser vigiada pela equipa de saúde familiar do seu Centro de Saúde. Até ao internamento a Ana encontrava-se a trabalhar e mantinha um estilo de vida saudável.

No primeiro contacto com a Ana, esta encontrava-se sozinha, referindo que o seu companheiro viria ter com ela assim que saísse do trabalho. A Ana

encontrava-se deitada no leito, em decúbito dorsal, imóvel. Inicialmente foi realizada a avaliação dos sinais vitais, auscultação dos batimentos cardíacos fetais e monitorização tocográfica. Durante a avaliação a Ana demonstrava-se tensa, com uma expressão de dúvida e medo, procurando compreender e questionando o significado dos números e gráfico apresentados no painel do cardiotocógrafo. Neste sentido, foi explicado à Ana que a realização de tocografia permitia perceber se esta apresentava ou não contrações, sendo que não estavam presentes.

Por outro lado, a auscultação dos batimentos cardíacos fetais permitia avaliar o bem-estar da sua filha, sendo esperado um batimento cardíaco rápido, tal como visualizado no monitor. Após a explicação a Ana referiu *“Fico sempre mais descansada quando as enfermeiras vêm avaliar se está tudo bem e me explicam o que está a acontecer. Tenho um medo constante de que de repente a minha filha não esteja bem. Por mim estava sempre ligada para poder ouvir o seu coração”*.

Posteriormente, verificou-se que a Ana se mantinha imóvel, rodando apenas o pescoço para acompanhar o que estava a acontecer à sua volta. Assim, foi-lhe explicado que, apesar de ter indicação para estar em repouso no leito, se podia mexer na cama, colocar-se em decúbito lateral e sentar-se por períodos, referindo: *“Não sei enfermeira, eu tento não me mexer porque sinto que vou fazer mal à minha filha. Estar aqui já é culpa minha. Não devia ter mantido a minha vida normal. Não quero estragar ainda mais, tenho medo, por isso fico o mais quieta possível”*.

O caso supracitado revelou ser o mais desafiante, tanto a nível pessoal como profissional, ao longo do estágio. Apoiar a mulher/casal que vive momentos de incerteza profunda, não só em relação do futuro, mas também em relação ao seu papel de mulher/homem e mãe/pai, levou-me a refletir sobre a importância dos valores humanos, pessoais e profissionais. Efetivamente, em situações de complicações graves, olhar a mulher como um todo, de forma holística, é muitas vezes “esquecido”, colocando-se apenas em perspetiva a dimensão física no processo corporal. Neste sentido, a empatia demonstrou ser um valor fulcral

neste contexto, permitindo compreender as preocupações da mulher/casal, os seus medos e expectativas, construindo um vínculo de confiança e respeito. Por outro lado, o caso em questão permitiu refletir sobre questões éticas, colocando em perspetiva se na prática profissional todas as ações são realizadas com base no princípio da beneficência, visando promover o bem-estar da mulher e do feto, além de respeitar o princípio da autonomia, ou seja, permitir à mulher/casal tomar decisões informadas sobre a sua saúde e do seu filho.

### **Condição de saúde: incompetência istmo-cervical**

A Sociedade de Obstetras e Ginecologistas do Canadá (2013), caracteriza insuficiência cervical pela dilatação e encurtamento do colo do útero antes das 37 semanas de gestação na ausência de trabalho de parto prematuro, estando classicamente associada à dilatação progressiva e indolor do colo uterino no segundo ou início do terceiro trimestre, resultando em prolapso das membranas, rutura prematura das membranas, perda gestacional no meio do trimestre ou parto prematuro (Brown et al., 2013). A etiologia da incompetência istmo-cervical não é completamente clara, incluindo, principalmente, aborto recorrente no segundo trimestre da gravidez ou parto prematuro, histórico de trauma cervical, fatores de infeção, displasia cervical congênita ou malformação uterina (Qin et al., 2024).

Atualmente, a cerclagem cervical é o principal método cirúrgico para tratar a insuficiência cervical. Segundo a *guidelines* do *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG, 2022), esta divide-se em cerclagem cervical indicada pelos antecedentes clínicos da mulher, guiada por ecografia e indicada por exame físico ou cerclagem de emergência (RCOG, 2022). Assim, a última caracteriza-se com a inserção de *cerclagem* no caso de dilatação cervical prematura com membranas fetais expostas na vagina, diagnosticada por exame ecográfico do colo do útero ou através de um espéculo/exame físico realizado na presença de sintomas como corrimento vaginal, sangramento ou "sensação de pressão". Pode ser considerada, caso a caso, até 27 semanas e 6 dias de gestação (RCOG, 2022).

No entanto, concluiu-se que a realização de *cerclagem* cervical em mulheres com idade gestacional superior a 24 semanas aumenta o risco de rotura iatrogénica das membranas e subsequente parto prematuro. Além disso, estudos sugeriram que a presença de prolapso de membrana além do orifício externo e/ou dilatação cervical superior a quatro centímetros são preditores significativos de falha de *cerclagem* (RCOG, 2022).

Efetivamente, no caso apresentado estão presentes dois fatores que convergem para o insucesso da *cerclagem* cervical, sendo eles a idade gestacional superior a 24 semanas e a dilatação cervical superior a quatro centímetros. Assim, apesar de se ter conseguido aplicar a sutura, houve rotura prematura das membranas (RPM), concorrendo para um parto pré-termo à 26 semanas e 5 dias de gestação.

### **Condição de saúde: rotura prematura das membranas pré-termo**

A RPM define-se como a rotura das membranas corioamnióticas com perda de líquido amniótico antes do início do trabalho de parto. A RPM pré-termo acontece com idade gestacional inferior a 37 semanas e associa-se a um aumento da morbimortalidade materna, fetal e neonatal, resultante de infeção, prolapso do cordão, descolamento de placenta e prematuridade (Montenegro et al., 2014). Assim, segundo o mesmo autor, a orientação clínica entre as 24 semanas e as 35 semanas de gestação remete-se a realização de profilaxia antibiótica, indução de maturidade pulmonar fetal, avaliação fetal através de CTG diário (a partir das 26 semanas de gestação) e ecografia quinzenalmente, avaliação clínica materna e analítica (pesquisa de sinais clínicos de corioamnionite) e realização de profilaxia de tromboembolismo com HBPM, se alectuamento superior a três dias (Montenegro et al., 2014).

A RPM pré-termo aumenta o risco de parto pré-termo e está associada a complicações maternas e fetais. A corioamnionite é a complicação materna mais comum da RPM pré-termo, tornando-a uma complicação importante da gravidez, já que pode evoluir para sépsis e originar morte materna (Lowdermilk et al., 2013). As complicações fetais da RPM pré-termo são primariamente relacionadas com infeção intrauterina, prolapso do cordão, compressão do

cordão umbilical associada a oligodrâmnio, e descolamento prematuro placentário (Lowdermilk et al., 2013).

Efetivamente, tal como recomendado, a Ana encontrava-se a cumprir o protocolo de antibioterapia, realizava-se auscultação da frequência cardíaca fetal todos os turnos, assim como monitorização tocográfica, monitorização da frequência cardíaca e da temperatura para despiste de sinais de infeção e profilaxia de tromboembolismo com HBPM, por se encontrar em repouso absoluto no leito.

### 2.3.1. Plano de cuidados de enfermagem especializados

De seguida, estão apresentados, através dos quadros 6 a 10, os diversos focos de atenção alvo dos cuidados de EE-ESMO durante o contacto realizado com a Ana.

#### DOMÍNIO: GRAVIDEZ

O Quadro 6 sumariza o plano de cuidados face ao conhecimento sobre gravidez com complicações.

**Quadro 6.** Conhecimento sobre gravidez com complicações

| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Adaptação à gravidez com complicações |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |
| <p>A Ana referiu “<i>eu sabia que algo de errado se passava. Aquelas dores que sentia na barriga não eram normais. Quando fui observada pelo médico disseram-me que já tinha o colo do útero com seis dedos de dilatação. Fiquei aterrorizada porque não quero perder a minha filha. Depois com a medicação que me fizeram as dores diminuíram, mas quando o médico sugeriu fecharmos o colo do útero eu nem pensei duas vezes... se o colo estiver fechado há menos probabilidade da minha Valentina nascer e quanto mais tempo ela estiver no útero, melhor para se desenvolver.</i>” (sic)</p> <p>Quando abordada sobre como estava a lidar com esta situação a Ana começa a chorar e refere: “<i>Não sei enfermeira, não sei como isto foi acontecer. Já perdi um bebé, não quero perder a Valentina. Se calhar se eu tivesse ficado sempre em casa, na cama, assim que descobri que estava grávida nada disto teria acontecido. Foi um erro ter mantido a minha vida normal. A culpa é minha. Agora estou aqui sempre deitada na cama, até tento não me mexer, tossir, espirrar porque tenho medo de que</i></p> |                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>qualquer coisa provoque alguma alteração no bem-estar da minha filha e que ela nasça por minha culpa, por algo que eu possa fazer.” (sic)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                     |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b><br>A Ana deu entrada no serviço de urgência por dor abdominal associada a contrações e sensação de pressão na vagina. Foi diagnosticada incompetência istmo-cervical, realizou o protocolo de tocólise, neuroprotecção fetal, maturação pulmonar e permaneceu em repouso absoluto no leito. Posteriormente, com 24 semanas e 3 dias de gestação, foi proposto pela equipa médica a realização de ciclorrafia, sendo que durante o procedimento houve rotura das membranas. Após a intervenção foi transferida para o serviço de Grávidas de Risco, no quinto dia de internamento. |                                                                                                                     |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Potencial para melhorar conhecimento sobre gravidez com complicações                                                |
| <b>OBJETIVOS:</b><br>Promover conhecimento sobre gravidez com complicações.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b><br>Que a Ana reconheça a relação entre o repouso no leito e a sua condição de saúde. |
| <b>INTERVENÇÕES:</b><br>(09:15) Ensinar sobre gravidez com complicações                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                     |

(09:15) Ensinar sobre gravidez com complicações: Apesar de serem descritos alguns fatores que aumentam o risco de incompetência istmo-cervical, a sua etiologia não está bem definida. Segundo Han et al. (2020), causas como atividade uterina sem presença de sintomas, hiperdistensão uterina, hemorragia decidual, infeção/inflamação do líquido amniótico ou membranas fetais e variação biológica ou genética podem contribuir para este fenómeno. Essas mudanças iniciais geralmente estão presentes antes de qualquer sinal clínico de trabalho de parto prematuro e/ou rutura prematura das membranas amnióticas ou infeção intrauterina.

O repouso no leito é uma terapêutica frequentemente implementada como tratamento do trabalho de parto prematuro e rutura prematura de membranas. Fox et al., (2009) atribuem como benefícios a esta prática a redução das contrações, o prolongamento da gravidez, a prevenção do prolapso do cordão umbilical e o aumento da acumulação de líquido amniótico.

No entanto, existe fraca evidencia científica que suporta que o repouso no leito previne o parto prematuro no caso de rotura das membranas (Martins et al., 2019). Assim, o mesmo autor afirma que, embora possa, teoricamente, atrasar

o trabalho de parto, há evidências de que o repouso na cama pode ser pouco seguro para a mulher e para o feto devido a vários efeitos colaterais, incluindo atrofia muscular, perda óssea e de peso, diminuição do peso infantil ao nascimento e problemas psicossociais. Efetivamente, num estudo piloto randomizado, realizado pelos mesmos autores, com uma amostra de 38 participantes, foi demonstrado que o repouso no leito não aumentou o tempo de gravidez e não melhorou a morbilidade materna ou neonatal no cenário de rutura prematura de membranas entre as 24 e as 33 semanas e seis dias de gestação, tendo sido comparados um grupo submetido a repouso absoluto no leito com prestação dos autocuidados no mesmo, com outro grupo com restrição na atividade mas cujos autocuidados eram realizados no WC e eram permitidas pequenas caminhadas ao longo do dia (Martins et al., 2019).

#### Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicar que as causas que concorrem para a insuficiência cervical são congénitas ou adquiridas, não estando relacionadas com as atividades desempenhadas no dia a dia.
- Explicar que o repouso absoluto no leito não diminui o risco de ter um parto pré-termo, podendo realizar os seus autocuidados no WC e realizar pequenas caminhadas durante o dia.
- Explicar que o repouso absoluto no leito provoca outros efeitos colaterais negativos como perda de peso, perda de massa muscular, obstipação, aumento das emoções negativas e níveis de ansiedade.

### **DOMÍNIO: LUTO**

O Quadro 7 apresenta o plano de cuidados face ao luto do filho imaginado da Ana.

**Quadro 7.** Luto do filho imaginado da Ana

| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                              | Luto |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>                                                                                                                                  |      |
| Quando abordada sobre como está a lidar com esta situação a Ana começa a chorar e refere: <i>“Não sei enfermeira, não sei como isto foi acontecer. Já perdi um bebé, não</i> |      |

*quero perder a Valentina. (...). Foi um erro ter mantido a minha vida normal. A culpa é minha. (...).” (sic)*

Após terem sido explicadas as causas da incompetência istmo-cervical a Ana refere: *“Se calhar não foi eu ter mantido a minha vida normal que provocou isto, mas eu deveria ter antecipado isto. Como não percebi mais cedo o que estava a acontecer. Eu devia tê-la protegido, é a minha responsabilidade. A culpa é minha.” (sic)*

Quando questionada sobre como lidou com a perda da gravidez anterior a Ana respondeu: *“Demorei muito a aceitar o que aconteceu porque não compreendia o que poderia ter causado o aborto. A gravidez tinha sido muito desejada. O meu namorado e a minha família foram essenciais para me ajudar a ultrapassar aquela fase. E falar com o padre da minha comunidade foi uma ajuda muito grande também, acho que a minha fé me salvou.” (sic)*

#### **DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:**

A Ana foi diagnosticada com incompetência istmo-cervical às 24 semanas de gestação, tendo realizado o protocolo de tocólise, neuroprotecção fetal, maturação pulmonar e permaneceu em repouso absoluto no leito. Posteriormente, com 24 semanas e 3 dias de gestação, foi proposto pela equipa médica a realização de ciclorrafia, sendo que durante o procedimento houve rotura das membranas. Após a intervenção foi transferida para o serviço de Grávidas de Risco, no quinto dia de internamento.

| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Luto                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>OBJETIVOS:</b><br>Facilitar o processo de luto.                                                                                                                                                                                        | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b><br>Que a Ana se sinta num ambiente seguro e confortável;<br>Que a Ana seja capaz de expressar os sentimentos vividos;<br>Que a Ana se sinta apoiada pelas pessoas significativas e pelos profissionais de saúde. |
| <b>INTERVENÇÕES:</b><br>(09:40) Gerir ambiente<br>(09:45) Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos<br>(09:45) Executar escuta ativa<br>(09:50) Promover a esperança<br>(09:50) Apoiar na decisão [medidas facilitadoras do luto] |                                                                                                                                                                                                                                                 |

Quando uma mulher é diagnosticada com gravidez de risco poderá ter dificuldade em enfrentar e lidar com essa nova realidade, podendo ter consequências psicológicas e emocionais. Assim, a literatura revela que as mulheres que vivenciam uma gravidez com complicações expressam um conjunto de emoções negativas, incluindo medo, culpa, choque, luto, frustração, preocupação, solidão e isolamento. Além disso, a hospitalização, apesar de

importante para assegurar o bem-estar materno e fetal, contribui para a exacerbação das respostas emocionais negativas (Isaacs & Andipatin, 2020).

Efetivamente, durante a gravidez, os pais planeiam o nascimento do seu filho, imaginam como será o parto e desenvolvem uma imagem do recém-nascido. No entanto, a realidade do parto pode ser diferente da esperança e dos sonhos dos pais. A experiência de trabalho de parto e nascimento prematuros envolve uma perda na gestação e no nascimento esperados, gerando, assim, um processo de luto perinatal (Lowdermilk et al., 2013). Assim, segundo Koch (2014), a perda na gestação envolve uma série de outras perdas inerentes e que têm enorme significado: perda de uma pessoa amada, real ou imaginária, perda de autoestima, perda de estatuto (maternidade, mulher), perda existencial (projeto de vida, futuro).

A fase do luto intenso envolve emoções relacionadas com a necessidade da mulher/casal se reajustar à vida sem o filho/gravidez idealizados. Além disso, nesta fase a culpa pode surgir a partir de sentimentos profundos de impotência associada à incapacidade de prevenir, de alguma forma, a perda da gestação ou o óbito do recém-nascido. As mães são particularmente vulneráveis a este sentimento de culpa por se sentirem responsáveis pelo bem-estar do feto. Muitas vezes, não há uma causa clara para o evento, permitindo especulações sobre o que a mulher poderia ter feito ou deixado de fazer para causar a perda (Lowdermilk et al., 2013).

Com base no cenário clínico apresentado, compreende-se que a Ana se encontra a viver um processo de luto pela perda da gravidez, filho e parto imaginado. Além disso, a possibilidade de ocorrer um parto prematuro revela um prognóstico incerto relativo à sobrevivência da sua filha, culminando, também, neste processo de luto perinatal. Verifica-se ainda, que a Ana se encontra a viver a fase de luto intenso, demonstrando que se está “consciencializando” da perda e, revelando sentimento de culpa sobre o sucedido.

Neste sentido, cabe ao EE-ESMO apoiar a mulher/casal, facilitando o processo de luto e aceitação da perda. Desta forma, importa avaliar a resposta inicial à perda e o significado que atribui ao diagnóstico, por forma a implementar

terapêuticas adequadas às necessidades específicas da mulher/casal (Regulamento n.º 391/2019). Efetivamente, quando questionado à Ana como está a lidar com a situação esta demonstra sentimentos de culpa e responsabilização face ao diagnóstico, compatíveis com a fase de luto intenso do processo de luto perinatal.

(09:40) Gerir ambiente:

Atividades que concretizam a intervenção:

- Providencia quarto individual;
- Ausência de sons comuns em serviços obstétricos (choro dos recém-nascidos, mulheres em trabalho de parto);
- Permitir a presença de pessoas significativas

(09:45) Executar escuta ativa/Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos: Assim, segundo Lowdermilk et al. (2013), a escuta ativa e o facilitar a capacidade para comunicar sentimentos são duas das terapêuticas mais relevantes a serem implementadas, não só com a mulher, mas também com o parceiros/pessoa significativa. Ao longo deste processo, é comum serem colocadas questões como, “o que é que eu fiz” ou “o que é que eu poderia ter feito”, tal como verificado no caso apresentado. Parte do processo de luto para os pais é descobrir o que aconteceu, as suas funções na perda, porque aconteceu com eles e porque aconteceu com o seu filho.

Neste sentido, enquanto EE-ESMO, importa compreender que as respostas para estas perguntas devem ser encontradas pelos próprios pais enlutados, já que é parte crucial para processo de cura, evitando, assim, encontrar e dar respostas quando não há respostas claras ou tentar reprimir seus sentimentos de culpa (Lowdermilk et al., 2013).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Ter em conta uma grande variedade de emoções e reações;
- Compreender e respeitar estados emocionais individuais;
- Manter a calma perante a expressão de raiva e agressividade;

- Possibilidade de exprimir as preocupações/dúvidas;
- Validar as emoções sentidas.

(09:50) Promover a esperança/Apoiar na decisão [medidas facilitadoras do luto]:

O facto de a Ana já ter vivido uma perda numa gravidez anterior, permitiu avaliar que estratégias foram usadas pela mesma para lidar e viver o processo de luto. Efetivamente, compreendi que as relações familiares e o apoio espiritual foram cruciais nesse processo, revelando-se, assim, uma terapêutica importante a ser implementada para facilitar o processo de luto atual. As crenças e valores espirituais são, frequentemente, um mecanismo de *coping* primário para lidar com os aspetos emocionais da doença e eventos desafiantes. Como tal, quando o estado de saúde é ameaçado ou é vivida uma situação de doença, a espiritualidade pode tornar-se uma fonte de força e apoio, permitindo as crenças e práticas espirituais que os pacientes se sintam conectados com algo considerado maior do que o “eu”, um poder, ser ou realidade superior que dá significado e propósito a todos os eventos da vida (Breen et al., 2006).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Encorajar relações terapêuticas com pessoas significativas;
- Orientar para práticas religiosas/espirituais;
- Providenciar apoio espiritual.

## DOMÍNIO: ANSIEDADE

O Quadro 8 remete ao plano de cuidados face à ansiedade.

**Quadro 8.** Ansiedade

| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Ansiedade |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b><br>Pelas 11:10 horas a Ana encontrava-se a chorar, com sensação de falta de ar e frequência cardíaca de 110 BPM.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b><br>A Ana deu entrada no serviço de urgência por dor abdominal associada a contrações e sensação de pressão na vagina. Foi diagnosticada incompetência istmo-cervical, realizou o protocolo de tocólise, neuroprotecção fetal, maturação pulmonar e permaneceu em repouso absoluto no leito. Posteriormente, com 24 semanas e 3 dias de gestação, foi proposto pela equipa médica a realização de ciclorrafia, sendo que |           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--|
| durante o procedimento houve rotura das membranas. Após a intervenção foi transferida para o serviço de Grávidas de Risco, no quinto dia de internamento.<br>A Ana tem antecedente de aborto espontâneo no 1º trimestre da gravidez.<br>A Ana encontra-se com indicação terapêutica de repouso no leito. |                                                                                      |  |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Ansiedade                                                                            |  |
| OBJETIVOS:<br>Diminuir ansiedade.                                                                                                                                                                                                                                                                        | CRITÉRIOS DE RESULTADO:<br>Que a Ana se apresente calma, normopneica e normocárdica. |  |
| INTERVENÇÕES:<br>(11:10) Assistir cliente no treino do autocontrolo: ansiedade                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                      |  |

(11:10) Assistir cliente no treino do autocontrolo: ansiedade: As mulheres diagnosticadas com gravidez de risco apresentam maior predisposição para desenvolver depressão e *stress* durante a gravidez, sendo que a necessidade de hospitalização durante dias ou semanas requer, geralmente, um maior controlo e um maior número de cuidados prestados. Além disso, a incerteza sobre a saúde do feto e a separação das mulheres das suas famílias contribuem para o aumento dos níveis de *stress* psicológico. Outros autores referem, ainda, que complicações emocionais e físicas resultantes do *stress* e das interrupções nos relacionamentos familiares afetam o vínculo mãe-filho (Breen et al., 2006). A demais, mulheres restritas ao repouso no leito podem sofrer ameaças ao bem-estar físico e psicológico (Yeager, 2019).

A ansiedade, desempenha um papel significativo em resultados obstétricos adversos, nomeadamente parto pré-termo. No entanto, a investigação demonstra que a aplicação de algumas intervenções acessíveis, como ioga, exercícios de relaxamento, técnicas de respiração, musicoterapia, técnicas de imaginação guiada, empatia e técnicas de distração em ambiente hospitalar podem reduzir a ansiedade das grávidas em risco de parto pré-termo. Para além disso, a preparação pré-natal desempenha um papel essencial na prevenção de distúrbios psicológicos e ansiedade, bem como na promoção da saúde física e mental (Bazrafshan et al., 2020).

#### Atividades que concretizam a intervenção:

- Orientar para respiração controlada, inspirando pelo nariz e expirando pela boca.

O Quadro 9 sumariza o plano de cuidados face à capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade.

**Quadro 9.** Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ansiedade                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b></p> <p>Após realizar técnicas de respiração a Ana apresentou-se mais calma, com frequência respiratória de 10 resp/min e frequência cardíaca de 79 BPM.</p> <p>Ao questionar a Ana sobre o que estava a pensar antes de ter este episódio, esta referiu que estava a pensar que poderia voltar a perder um filho.</p> <p>Abordou-se a Ana sobre o que é que ela gostava de fazer em casa quando estava mais ansiosa ao qual esta referiu: <i>“Em casa normalmente oiço música com os meus auscultadores e danço para libertar a energia. Quando tenho mais tempo gosto de passear junto à praia, o som do mar transmite-me paz.”</i>.</p> <p>A Ana questionada de que forma pode controlar estes episódios de ansiedade no hospital.</p>                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p><b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b></p> <p>A Ana deu entrada no serviço de urgência por dor abdominal associada a contrações e sensação de pressão na vagina. Foi diagnosticada incompetência istmo-cervical, realizou o protocolo de tocólise, neuroprotecção fetal, maturação pulmonar e permaneceu em repouso absoluto no leito. Posteriormente, com 24 semanas e 3 dias de gestação, foi proposto pela equipa médica a realização de ciclorrafia, sendo que durante o procedimento houve rotura das membranas. Após a intervenção foi transferida para o serviço de Grávidas de Risco, no quinto dia de internamento.</p> <p>A Ana tem antecedente de aborto espontâneo no 1º trimestre da gravidez.</p> <p>A Ana encontra-se com indicação terapêutica de repouso no leito.</p> <p>Pelas 11:10 horas a Ana encontrava-se a chorar, com sensação de falta de ar e frequência cardíaca de 110 BPM.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade                                                                                                                                                             |
| <p><b>OBJETIVOS:</b></p> <p>Promover o autocontrolo da ansiedade.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p><b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b></p> <p>Que a Ana seja capaz de usar o relaxamento com estratégia de autocontrolo da ansiedade;</p> <p>Que a Ana identifique estratégias que usa no seu dia-a-dia para diminuir o <i>stress</i> e ansiedade.</p> |
| <p><b>INTERVENÇÕES:</b></p> <p>(11:15) Instruir e treinar estratégias de relaxamento</p> <p>(11:35) Orientar para práticas espirituais</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                   |

(11:15) Instruir e treinar estratégias de relaxamento: Seligman (2011) (cit. por Yeager, 2019) definiu bem-estar como composto pelos seguintes indicadores:

emoções positivas, envolvimento, relacionamentos, significado e realização. A falta de envolvimento em atividades significativas para a mulher durante o período de repouso no leito representa uma barreira para a experiência de bem-estar ideal, conforme articulado por outros modelos que sugeriram dimensões emocionais, espirituais, sociais, físicas e intelectuais (Yeager, 2019).

As técnicas de relaxamento incluem um tipo de estratégias não farmacológicas que promovem o bem-estar. Assim, estas técnicas visam produzir a resposta natural de relaxamento do corpo, caracterizada por respiração mais lenta, pressão arterial mais baixa e sensação de maior bem-estar. Fisiologicamente, segundo Yeager (2019), o relaxamento reduz os níveis de excitação nas regiões corticais do cérebro, diminuindo níveis de *stress* no sistema nervoso, conservando e restaurando a energia, afetando positivamente os níveis de *stress*, depressão, os distúrbios do sono e outras doenças. Neste sentido, as estratégias de relaxamento resultaram no prolongamento da gravidez e apresentam resultados positivos no trabalho de parto e no sono (Yeager, 2019).

Escutar música, como estratégia de relaxamento, foi considerada uma terapêutica útil durante a gravidez, já que demonstrou promover o sono, aliviar a ansiedade e a tensão muscular. Assim, ouvir música permite controlar emoções, como ansiedade e raiva (Aksoy et al., 2024).

#### Atividades que concretizam a intervenção:

- Identificar estratégias que a relaxam habitualmente: Ouvir música, ver filmes e séries, rezar.
- Instruir técnica de respiração, permitindo que a grávida experiencie o efeito em si (enquanto treina) – Primeiramente, adequar o ambiente fechando a porta da unidade da Ana, diminuir a luminosidade, criando um ambiente mais intimista e indicar à Ana que se coloque numa posição confortável na cama;
- Instruir a realizar respiração consciente - colocar a mão entre o umbigo e o apêndice xifoide e realizar uma respiração “quadrada”: inspirar 4 segundos, segurar 4 segundos, expirar 4 segundos, segurar 4 segundos – realizar dez vezes.

- Permitir que treine e avalie o efeito que esta técnica tem em si.

(11:35) Orientar para práticas espirituais: Existe pouca literatura centrada na experiência espiritual das mulheres ou como a espiritualidade individual da mulher pode afetar a vivência da gravidez de risco. No entanto, a literatura disponível confirma que uma grande percentagem de mulheres usa a prática espiritual da oração como estratégia para lidar com a gravidez com complicações e sugere que outras crenças e práticas espirituais desempenham também um papel significativo. Assim, estas podem promover uma diminuição do *stress* e da ansiedade e ajudar a construir uma sensação de segurança e esperança (Breen et al., 2006).

Neste sentido, compreende-se que no centro da espiritualidade está a necessidade humana fundamental de conexão, já que os seres humanos são seres relacionais. A utilização de práticas espirituais, pela mulher, durante a hospitalização numa gravidez em risco visa dar sentido à sua experiência, uma vez que questões espirituais estão muitas vezes presentes, incluindo culpa, tristeza, solidão, necessidade de oração e do relacionamento com um poder sagrado ou superior (Breen et al., 2006). Assim, segundo os mesmos autores, intervenções focadas na espiritualidade e objetivando abordar essas questões podem promover a redução do *stress* e a ansiedade e criar uma abordagem mais aberta e confiante para o tratamento das complicações da gravidez.

Com base nos dados recolhido foi possível compreender que a Ana se encontra experienciar de uma forma exacerbada emoções negativas como o *stress* e ansiedade, gerando efeitos físicos e emocionais. Assim, cabe ao EE-ESMO assistir a mulher no autocontrolo destas emoções e ajudá-la a encontrar estratégias que promovam emoções e sensações positivas.

Além disso, urge compreender quais os principais fatores ou “gatilhos” que estão a despoletar a exacerbação destas emoções, por forma a adequar as terapêuticas implementadas, já que a ansiedade pode estar associada, por exemplo, à adaptação à gravidez com complicações ou ao desempenho das competências parentais. Neste sentido, ao questionar a Ana sobre o que estava a pensar antes de ter a crise de ansiedade, esta referiu que estava a pensar que

poderia voltar a perder um filho. Assim, tornou-se primordial encontrar estratégias não só que permitissem o seu relaxamento, mas também a sua distração.

Apesar das terapêuticas implementadas serem, maioritariamente, direccionadas para estratégias já habitualmente usadas pela Ana, após revisão da literatura compreendi que o uso da imaginação guiada com recurso a elementos como o mar, as ondas e a praia poderiam ter sido benéficos, uma vez que a Ana referiu ser algo que lhe transmite paz. Assim, esta inclui estímulos que promovem a respiração diafragmática profunda e relaxamento muscular progressivo, podendo incorporar imagens visuais evocadas da imaginação ou recordadas de eventos reais (Yeager, 2019). Além disso, orientar para práticas espirituais, pedindo colaboração espiritual da instituição, poderia ser uma terapêutica relevante na diminuição do *stress* e ansiedade, já que a Ana revela ser uma pessoa católica e cujo diálogo com o Padre da sua comunidade a ajudou a viver o luto do seu primeiro filho.

## DOMÍNIO: COMPORTAMENTO DE LIGAÇÃO MÃE/PAI-FILHO

O Quadro 10 apresenta o plano de cuidados face ao conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho.

**Quadro 10.** Conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho

| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Comportamentos de ligação mãe/pai-filho                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b><br>A Ana questiona “ <i>E se a minha Valentina nascer agora, como é que ela vai ser? Ela já se desenvolveu para sobreviver cá fora?</i> ” (sic)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                              |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b><br>A Ana deu entrada no serviço de urgência por dor abdominal associada a contrações e sensação de pressão na vagina. Foi diagnosticada incompetência istmo-cervical, realizou o protocolo de tocólise, neuroprotecção fetal, maturação pulmonar e permaneceu em repouso absoluto no leito. Posteriormente, com 24 semanas e 3 dias de gestação, foi proposto pela equipa médica a realização de ciclorrafia, sendo que durante o procedimento houve rotura das membranas. Após a intervenção foi transferida para o serviço de Grávidas de Risco, no quinto dia de internamento.<br>A Ana tem antecedente de aborto espontâneo no 1º trimestre da gravidez.<br>A Ana encontra-se com indicação terapêutica de repouso no leito |                                                                              |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho |

|                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBJETIVOS:</b><br>Promover a ligação mãe/pai-filho;<br>Melhorar conhecimento sobre desenvolvimento fetal.       | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b><br>Que a Ana reconheça o nível de desenvolvimento fetal a partir das 24 semanas de gestação;<br>Que a Ana seja capaz de reconhecer a aparência de um recém-nascido prematuro. |
| <b>INTERVENÇÕES:</b><br>(12:15) Ensinar sobre desenvolvimento fetal<br>(12:15) Ensinar sobre ligação mãe/pai-filho |                                                                                                                                                                                                              |

(12:15) Ensinar sobre desenvolvimento fetal: Às 24 semanas de gestação os órgãos do feto já se encontram todos formados, apesar de ainda imaturos, e o feto começa a ganhar peso devido ao desenvolvimento do tecido adiposo. Além disso, o sistema nervoso, em desenvolvimento, permite que coordene pequenos movimentos com as mãos. Os movimentos fetais variam ao longo do dia e de acordo com a idade gestacional, aumentando a frequência ao longo do dia, com maior atividade durante a noite/madrugada. Entre as 24 e as 28 semanas consegue ouvir e reage aos sons com movimentos ou aumentar/diminuir os batimentos cardíacos (Cardoso et al., 2024).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN) (2016), nos bebés muito prematuros (24-28 semanas), existe apenas uma fina camada de células à superfície da pele, em vez das múltiplas camadas dos recém-nascidos de termo, levando a uma perda de água, por evaporação, muito grande. O facto da pele dos prematuros ser tão fina, também torna muito fácil o arrefecimento do corpo, sendo necessário aquecer e tentar diminuir a perda de água, com películas de plástico especial e irradiadores em incubadoras “abertas” ou fechadas e aquecidas.

Além disso, estes recém-nascidos geralmente nascem com peso inferior a 2500 gramas, uma vez que não possível o desenvolvimento total de todos os órgãos. Desta forma, sendo o sistema respiratório um dos órgãos afetados, pode torna-se indispensável a administração artificial de oxigénio, por exemplo através de cânula nasal ou ventilação mecânica. Os prematuros podem, também, enfrentar dificuldades na alimentação, uma vez que podem ter problemas de sucção e/ou

deglutição e coordenação dos movimentos, podendo necessitar de ser alimentados por sonda (SPN, 2016).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicar desenvolvimento fetal às 24 semanas.

(12:15) Ensinar sobre ligação mãe/pai-filho: Durante a gravidez, a ligação afetiva tem como objetivo proporcionar segurança, emoções e cognições positivas, motivadas pelo sentido de responsabilidade que a mãe e o pai sentem pelo bem-estar do feto (Cardoso et al. 2024). A ligação tem por base cinco disposições afetivas: conhecer, estar e interagir, evitar separação ou perda, proteger e satisfazer necessidades. Ao longo deste processo, a mulher e o homem constroem uma ideia do seu recém-nascido e uma ideia de si enquanto mãe e pai.

No entanto, o parto pré-termo pode implicar efeitos negativos na ligação mãe-filho e no desenvolvimento de competências parentais, dado que a maioria dos recém-nascidos prematuros requer cuidados mais especializados e muitas vezes são separados da mãe (Cardoso et al., 2024). Consequentemente, algumas mães sentem-se desapegadas do seu filho, gerando uma ampla variedade de sentimentos de culpa, raiva e depressão. Neste sentido, importa dotar as mulheres/casais de conhecimento sobre o que esperar e prepará-los para o ambiente nos cuidados intensivos neonatais, já que permite que os pais lidem de forma mais eficaz com o *stress* e melhora o vínculo com o seu filho (Ruhe et al., 2022).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicar aparência normal de um recém-nascido prematuro;
- Informar sobre o funcionamento e a aparência do serviço de Neonatologia: O serviço de Neonatologia está equipado com berços ou incubadores e com dispositivos específicos para o tratamento de recém-nascidos que necessitam de cuidados especiais. A vigilância contínua dos sinais vitais é frequente, e, por vezes, esses aparelhos emitem sinais sonoros que permitem uma rápida intervenção por parte dos profissionais.

Este serviço dispõe de enfermeiros especializados em cuidados neonatais, que irão ajudar os pais a prestar os cuidados necessários ao recém-nascido, sempre que tal for possível, tendo em conta o estado clínico do mesmo. Além disso, é incentivado o aleitamento materno e o contato precoce entre o recém-nascido e os pais, promovendo o contato pele a pele assim que o recém-nascido esteja estável;

- Informar os pais que podem realizar uma visita ao serviço de Neonatologia.

Por forma a compreender se as terapêuticas implementadas estão a ser adequadas e facilitadoras da transição, importa avaliar os padrões de resposta e os indicadores de processo, sendo eles sentir-se envolvido, interagir, estar situado e desenvolver confiança e *coping* (Meleis, 2000). Assim, em relação ao primeiro importa avaliar se a mulher procura informação, se existe modificação pró-ativa das atividades, receptividade e interesse na informação e participação nas decisões relativas à criança. Relativamente ao segundo, é fundamental compreender a relação de equilíbrio com os profissionais e familiares, a utilização de redes de apoio e se a relação conjugal se encontra fortalecida ou enfraquecida. No que toca ao “estar situado”, importa comparar o novo padrão de vivências com o anterior, a integração dos novos significados e se existe compreensão e aceitação relativas às mudanças. Por fim, em relação ao desenvolver confiança e *coping* esta demonstra-se pela maior sensação de controlo e segurança nas decisões, pelo autocuidar-se e cuidar do outro, pelo retorno da autoestima e autoconfiança, pelo aumento da capacidade para lidar com novos desafios e pela mobilização de recursos (Meleis et al., 2000).

No que toca ao caso supracitado, a Ana demonstra interesse no seu estado de saúde e da sua filha, procurando informação e questionado os profissionais de saúde sobre a sua condição, ajustando as suas atitudes em *prol* do seu bem-estar e da sua filha, revelando envolvimento no processo. Além disso, a mesma procura comunicar com os profissionais de saúde, com o seu companheiro e com os seus pais, muitas vezes recorrendo a chamadas telefónicas e videochamadas para interagir com a sua rede de apoio. Por outro lado, e tendo

em conta que a Ana se encontra a viver um processo de luto, é esperado que esta se vá “consciencializando”, ou seja, vá integrando aquilo que mudou e o que está diferente, reformulando as expectativas em relação à `sua gravidez, filho e parto imaginados e que aceite gradualmente a nova realidade, que expresse os sentimentos face às mudanças vividas e que utilize recursos como o apoio familiar e espiritual para se adaptar à sua nova situação. Com isto, objetiva-se que a Ana desenvolva confiança em si própria e segurança nas suas decisões, apresentando domínio das competências e comportamentos necessários para gerir novos desafios, envolvendo aquisição de conhecimentos e capacidades.

### 3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DE CUIDAR DA MULHER NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento n.º 391/2019), o EE-ESMO deve “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (TP), efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina”. Além disso, especifica-se também a prevenção e deteção precoce de complicações, referentes à mulher e/ou ao recém-nascido, assim como a prestação de cuidados às grávidas com patologia prévia ou resultante da gravidez (Regulamento n.º 391/2019).

O trabalho de parto e parto representam o término da gravidez vivida pela mulher/casal, contemplando um conjunto de fenómenos fisiológicos que promovem contrações uterinas regulares, dilatação e extinção do colo uterino, progressão da apresentação fetal no canal de parto e expulsão da mesma para o exterior.

Apesar de ser um processo fisiológico, a sua evolução depende de vários fatores como a presença de contrações uterinas eficazes, o tamanho e apresentação do feto, condição anatómica da mulher (pelve e músculos), as posições adotadas por esta durante o TP e a sua *psyche*, ou seja, a sua força e confiança. De realçar que fatores externos como procedimentos implementados, o local do parto, a preparação prévia para o parto e as características dos profissionais que acompanham a mulher/casal, podem igualmente condicioná-lo (Cardoso et al., 2023; Néné et al., 2016).

As orientações da OMS relativas à assistência ao parto normal promovem a prática de cuidados centrados na mulher/casal, dando-lhe(s) o protagonismo durante o processo. Neste sentido, objetiva-se diminuir intervenções durante o parto, proporcionando cuidados dignos e respeitosos, baseados na autonomia, autodeterminação e empoderamento da mulher (WHO, 2018).

O trabalho de parto pode dividir-se em quatro estádios. Assim, o primeiro é caracterizado pelo aparecimento de contrações uterinas regulares, extinção e dilatação do colo; o segundo, denominado período expulsivo, inicia-se com a dilatação cervical completa e termina com a expulsão do feto; a terceira fase, a dequitação, vai desde o nascimento até à expulsão da placenta e membranas fetais. Por fim, o quarto estágio correspondente ao período de hemóstase ou puerpério imediato, compreendido nas duas horas pós-dequitação (Néné et al., 2016).

### **3.1. Contextualização do estágio – Bloco de Partos**

O estágio no bloco de partos (BP) decorreu entre o dia 17 de fevereiro e 11 de julho de 2025, sob a supervisão de uma EE-ESMO de uma ULS da região norte. Para além de receber mulheres em trabalho de parto ou ITP, o serviço destinava-se, também, a grávidas com complicações que requerem vigilância materno-fetal.

Estruturalmente, o bloco de partos é constituído por seis salas de partos, um bloco operatório, utilizado para a realização de cesarianas, uma unidade de recobro com duas camas, uma sala de cuidados imediatos ao recém-nascido após cesariana, uma sala de trabalho, uma sala de resíduos e uma copa para os profissionais de saúde.

Apesar de todo o serviço, incluindo as salas de partos apresentar elementos que remetem para um ambiente hospitalar, destaca-se positivamente a possibilidade de regulação da luz ambiente, colocação de música pela mulher/casal e aromaterapia por difusor, permitindo um ambiente mais acolhedor. Além disso, as camas de parto ajustáveis facilitavam a alternância de posições e liberdade de movimentos durante os vários estádios do trabalho de parto. De igual forma, a dimensão dos quartos possibilitava a utilização da bola de partos na própria

unidade, como a realização de exercícios e liberdade de movimento, promovendo a privacidade e um ambiente intimista.

O serviço de urgência de ginecologia e obstétrica faz parte do bloco de partos e é composta por uma sala com duas marquesas e dois aparelhos de cardiotocografia, uma sala de observação com duas camas onde permanecem mulheres que necessitam de vigilância por um curto período, dois gabinetes médicos equipados com ecógrafo e um gabinete de enfermagem destinado à triagem e outros procedimentos de enfermagem.

Em cada turno a equipa de enfermagem é constituída por cinco EE-ESMO, sendo que três se encontram na assistência das parturientes/casais no bloco de partos, um está alocado à urgência e outro à Unidade Materno Fetal. Importa destacar que os elementos que constituem a equipa do bloco de partos também exercem as funções na consulta externa, na preparação para o parto e na consulta de plano de parto, permitindo estabelecer e fortalecer as relações terapêuticas.

Segundo o parecer nº 43/2019 da MCEESMO, o rácio de assistência intraparto preconizado corresponde a 1:2 no primeiro estágio de trabalho de parto e de 1:1 no segundo. Apesar da imprevisibilidade do serviço, durante todo o período de estágio os rácios foram sempre respeitados.

### **3.2. Acolhimento e avaliação Inicial no Bloco de Partos**

A admissão no bloco de partos inicia-se após o diagnóstico de trabalho de parto, seja com proveniência da Unidade Materno Fetal após indução do trabalho de parto ou da urgência por início de trabalho de parto espontâneo.

Após a admissão da mulher/casal é realizado o acolhimento, apresentando os profissionais de saúde e mostrando as instalações que podem utilizar. Além disso, é efetuada a colheita de dados, através do boletim de saúde da grávida e

do processo clínico, onde são recolhidos dados como a idade, índice obstétrico, antecedentes pessoais, consultas de vigilância, grupo sanguíneo e alergias. Através de entrevista, é conversado com a mulher/casal quais as expectativas relacionadas com o trabalho de parto e parto, a existência de plano de parto, a frequência da preparação para o parto e preferência de estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto.

Durante o estágio revelou-se essencial esta abordagem, uma vez que permitiu estabelecer deste início uma relação de confiança com a mulher/casal, adequar e personalizar os cuidados prestados e gerir as suas expectativas com base naquilo que o serviço poderia oferecer. Neste sentido, compreendi que este era um alicerce essencial para tornar a experiência de parto mais positiva.

Neste serviço é incentivado o acompanhamento da parturiente 24 horas por dia, pela pessoa significativa, sendo mais comumente o pai. A evidencia científica descreve que a mulher que é acompanhada durante o trabalho de parto pela pessoa significativa apresenta uma adaptação física e emocional mais favorável ao longo deste processo. Assim, Nilvér & Berg (2023) referem que o acompanhamento contínuo aumenta a probabilidade de um parto vaginal espontâneo, diminuindo o uso de analgesia farmacológica, a duração do trabalho de parto e as emoções negativas face à sua experiência de parto. Além disso, a pessoa significativa fornece apoio físico, emocional e espiritual à mulher durante o trabalho de parto e parto (Ashish et al., 2020) tendo sido percecionado, ao longo do estágio, como um fator facilitador de todo o processo de trabalho de parto.

### **3.3. A emoção como dimensão base do trabalho de parto**

A Mariana, de 29 Anos, apresenta um índice obstétrico 2/0/1/0/1, tendo sido a gravidez anterior gemelar, há oito anos, que culminou num parto eutócico às 34 semanas após início de trabalho de parto espontâneo. Apesar de os dois fetos

nascерem vivos, a segunda gêmea faleceu cinco dias após o nascimento. A Mariana deu entrada no bloco de partos para indução do trabalho de parto, apresentando 39 semanas e 1 dia de gestação.

A Mariana é lojista e é casada com o João, de 30 anos, que é engenheiro. Têm uma filha juntos, a Francisca, de oito anos de idade. O João, a pessoa significativa da Mariana, acompanhou-a durante todo o período de internamento no bloco de partos.

A gravidez foi planeada e desejada. A mesma foi vigiada pela equipa de saúde familiar e em contexto privado e integrou o programa de preparação para o parto na UCC da área de residência. Segundo a Mariana, a gravidez *“foi mais difícil no início. Tive muitos enjoos e muita azia no primeiro trimestre. De resto foi tranquila. Nesta reta final já me custava dormir, não conseguia encontrar uma posição confortável”* (sic).

A Mariana é saudável, sem antecedentes médicos ou cirúrgicos e desconhece alergias. Apresenta um resultado negativo para o rastreio pré-natal de *Streptococcus* grupo B e é do grupo sanguíneo O Rh negativo.

Na avaliação física inicial realizada pela equipa médica às oito horas apresentava o colo uterino numa posição intermédia, com 30% de extinção, um centímetro de dilatação, bolsa amniótica íntegra, feto em apresentação cefálica e acima do I plano de *Hodge*. Na avaliação do CTG, não foram verificadas contrações uterinas e a frequência cardíaca fetal apresentava-se com uma linha de base entre os 110-160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, com acelerações e presença de movimentos fetais.

Foi realizada indução do trabalho de parto com *Misoprostol* 50 microgramas vaginal às oito horas e realizada nova administração às 13 horas após avaliação médica, apresentando o colo uterino numa posição intermédia, com 50% de extinção, dois centímetros de dilatação, bolsa amniótica íntegra, feto em apresentação cefálica e acima do I plano de *Hodge*. Na avaliação do CTG, verificaram-se contrações uterinas regulares, perfazendo três contrações em dez minutos, com uma duração de 20 segundos e a frequência cardíaca fetal

apresentava-se com uma linha de base entre os 110-160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, com acelerações e presença de movimentos fetais. Nesta fase referiu uma ligeira moedeira na zona abdominal, classificando com um dois na escala numérica da dor.

No início do turno a Mariana encontrava-se deitada na cama, em decúbito lateral esquerdo, a realizar CTG. Após apresentar-me como estudante do MESMO e explicar que a iria acompanhar e à sua pessoa significativa, juntamente com a minha tutora, durante o período da tarde, abordei-a sobre como se sentia e como imaginava o seu trabalho de parto. A parturiente referiu: *“Sinto-me bem, enfermeira. Para já não tenho grandes dores e este trabalho de parto está a ser bem diferente do outro. Há oito anos passei a noite toda na sanita a achar que estava com cólicas e afinal estava em trabalho de parto. Quando cheguei ao hospital já estava com sete dedos de dilatação e nem passada uma hora as minhas filhas já tinham nascido. Aconteceu tudo muito rápido, nenhum de nós estava à espera daquilo. O meu marido não pode estar comigo e eu nem tive tempo de assimilar o que estava a acontecer. Foi muito stressante. Senti que perdi todo o controlo do meu corpo, da minha pessoa” (sic).*

Posteriormente, questioneei a Mariana sobre quais eram as suas expectativas para este trabalho de parto e parto, sendo que esta referiu *“Quero ter a possibilidade de o viver com “calma”, de uma forma mais controlada e acompanhada todo o tempo por profissionais de saúde. Optamos por induzir por esse mesmo motivo. Assim, conseguimos estar seguros de como as coisas estão a evoluir e, se aconteceu alguma coisa, já estamos no local onde nos podem ajuda.” (sic).*

A Mariana não realizou plano de parto escrito, mas quando lhe foi abordado sobre o tipo de parto que se imagina a viver esta refere: *“Gostava de ter um parto vaginal, com epidural. Não quero sentir dor. Se me puder movimentar durante este processo seria ótimo, mas farei sempre aquilo que me recomendarem e acharem melhor, porque o bem-estar da minha filha está acima de tudo” (sic).*

A Mariana foi utilizando, durante a tarde, estratégias facilitadoras para lidar com a dor do trabalho de parto como deambulação, massagem e musicoterapia,

tendo pedido para colocar cateter epidural pelas 15:30 horas. Às 17:30 apresentou rotura espontânea da bolsa amniótica, sendo o líquido amniótico de cor clara, em moderada quantidade e com cheiro *suis generis*. A Mariana iniciou esforços expulsivos pelas 19:15 horas, nascendo o Martim às 19:25 horas, com 2990g, 48 centímetros, 34 centímetros de perímetro cefálico e Apgar 9/10/10, ao 1º, 5º e 10º minuto, respetivamente. A Mariana apresentou o períneo íntegro, perda sanguínea moderada. Realizou contacto pele com pele na primeira hora de vida, como desejava.

A escolha deste caso deveu-se ao facto de, ao longo do ensino clínico, compreender que as experiências negativas referidas pelas mulheres em partos anteriores impactavam de forma direta a experiência do trabalho de parto e partos posteriores (Green et al., 2022). Assim, não podendo dissociar estes dois fenómenos, considero importante compreender e aprofundar o meu conhecimento sobre de que forma, enquanto EE-ESMO, poderei assistir a mulher/casal a viver uma experiência positiva de trabalho de parto e parto quando estão presentes memórias e emoções negativas face à experiência anterior.

O trabalho de parto e o parto são experiências significativas para a maioria das mulheres e podem desencadear uma ampla gama de emoções durante e após o parto. Uma experiência negativa do parto pode gerar medo do parto, sofrimento materno, depressão pós-parto e *stress* pós-traumático (Green et al., 2022). Segundo os mesmos autores, nas múltiparas, as suas experiências anteriores podem influenciar as suas emoções durante o próximo parto, sendo que partos traumáticos anteriores aumentam o sentimento de medo e emoções negativas neste grupo de mulheres.

A dor do trabalho de parto exige esforços físicos e mentais consideráveis e a capacidade individual de cada mulher para a gerir influencia, positiva ou negativamente, a experiência do parto. Um fator fundamental na relação entre a emoção e a dor é a perceção subjetiva de controlo sobre a evolução do trabalho de parto. Neste sentido, teorias de avaliação sugerem que as emoções são o resultado de avaliações cognitivas, e a perceção subjetiva de controlo constitui

uma dimensão central de avaliação no processo de formação de emoções. Assim, pode-se também supor que na experiência do trabalho de parto a percepção subjetiva de controlo e as emoções sentidas estão estritamente relacionadas, ou seja, uma avaliação de baixo controlo provocará sentimentos negativos como medo, ansiedade e desespero, enquanto uma avaliação de alto controlo aumentará as emoções positivas (Tinti et al., 2011).

### 3.3.1. Plano de cuidados de enfermagem especializado

De seguida, estão apresentados, através dos quadros 11 ao 25, os diversos focos de atenção alvo dos cuidados de EE-ESMO durante o contacto realizado com a Mariana.

#### DOMÍNIO: PARTO

O Quadro 11 sumariza o plano de cuidados face ao conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto.

**Quadro 11.** Conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto

| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Trabalho de parto |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |
| No primeiro contacto com a Mariana esta referiu “(...) <i>Se me puder movimentar durante este processo seria ótimo, mas farei sempre aquilo que me recomendarem e acharem melhor, porque o bem-estar da minha filha está acima de tudo.</i> ” (sic)                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |
| Abordou-se a Mariana sobre a possibilidade de usar a bola de partos ou deambular pelo corredor a qual afirmou: “ <i>Será boa ideia enfermeira? Não é que eu queira estar aqui deitada o dia todo, mas não será melhor ficar com as cintas para percebermos se a nossa bebé está bem? Como já lhe disse prefiro abdicar disso, mas saber que ela está bem, fico mais descansada.</i> ” (sic)                                                                                                                                          |                   |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |
| A Mariana deu entrada no bloco de partos para indução de trabalho de parto. Na admissão apresentava o colo uterino numa posição intermédia, com 30% de extinção, um centímetro de dilatação, bolsa amniótica íntegra, feto em apresentação cefálica e acima do I plano de <i>Hodge</i> . Na avaliação do CTG, não foram verificadas contrações uterinas e a frequência cardíaca fetal apresentava-se com uma linha de base entre os 110-160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, com acelerações e presença de movimentos fetais. |                   |

|                                                                                                    |                                                                                                                                                                         |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                 | Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto                                                                               |  |
| <b>OBJETIVOS:</b><br>Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto.                         | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b><br>Que a Mariana identifique estratégias que podem favorecer a evolução do seu trabalho de parto;<br>Que a Mariana se sinta confortável. |  |
| <b>INTERVENÇÕES:</b><br>(14:30) Ensinar sobre mobilidade/verticalidade durante o trabalho de parto |                                                                                                                                                                         |  |

(14:30) Ensinar sobre mobilidade/verticalidade durante o trabalho de parto: Consideram-se posições verticais durante o primeiro estágio do trabalho de parto o deambular, sentar-se, colocar-se em posição semi-sentada ou quatro apoios, por exemplo. Assim, a literatura descreve que estas posições permitem um encurtamento na duração do trabalho de parto, redução da dor e um maior controlo na sua evolução, já que promove a autonomia da mulher e permite a participação da sua pessoa significativa, levando a uma experiência de trabalho de parto e parto mais positiva (Deliktas & Kukulu, 2018). Além disso, posições verticais reduzem a compressão aortocava, melhorando o fluxo uteroplacentário, promovem a contractilidade uterina e o alinhamento entre o útero e a pelve, facilitando a progressão fetal (Barasinski et al., 2018). A Mariana optou por levantar e deambular pelo corredor.

Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicar à Mariana a relação entre a mobilidade e a verticalidade enquanto estratégias promotoras da progressão do trabalho de parto. Assim, durante o trabalho de parto e parto, a verticalidade e o movimento desencadeiam um conjunto de mecanismos que desempenham uma ação na progressão da apresentação fetal através do canal de parto;
- Manter posições verticais e movimentos corporais durante o trabalho de parto traz benefícios na progressão do trabalho de parto (menor duração), na diminuição da perceção da dor, na efetividade das contrações uterinas e na circulação materno-fetal;

- Na posição vertical a força atua no sentido descendente, pelo a progressão da apresentação fetal torna-se mais forte e eficaz na presença da ação da gravidade;
- A liberdade de movimentos assenta na escolha das posições que a Mariana considerar mais vantajosas para si em cada momento. Assim, é fundamental que a Mariana sinta conforto e satisfação em cada posição.

O Quadro 12 apresenta o plano de cuidados face ao conhecimento sobre trabalho de parto.

**Quadro 12.** Conhecimento sobre trabalho de parto

| FOCO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Trabalho de parto                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b><br>Abordou-se a Mariana sobre a possibilidade de usar a bola de partos ou deambular pelo corredor a qual afirmou: “ <i>Será boa ideia enfermeira? Não é que eu queira estar aqui deitada o dia todo, mas não será melhor ficar com as cintas para percebermos se a nossa bebé está bem? Como já lhe disse prefiro abdicar disso, mas saber que ela está bem, fico mais descansada.</i> ” (sic)                                                                                                                                                    |  |                                                                                                              |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b><br>A Mariana deu entrada no bloco de partos para indução de trabalho de parto. Na admissão apresentava o colo uterino numa posição intermédia, com 30% de extinção, um centímetro de dilatação, bolsa amniótica íntegra, feto em apresentação cefálica e acima do I plano de <i>Hodge</i> . Na avaliação do CTG, não foram verificadas contrações uterinas e a frequência cardíaca fetal apresentava-se com uma linha de base entre os 110-160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, com acelerações e presença de movimentos fetais. |  |                                                                                                              |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Potencial para melhorar conhecimento sobre trabalho de parto                                                 |
| <b>OBJETIVOS:</b><br>Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b><br>Que a Mariana se sinta confiante e segura durante o seu trabalho de parto. |
| <b>INTERVENÇÕES:</b><br>(14:45) Ensinar sobre monitorização cardiotocografia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                              |

(14:45) Ensinar sobre monitorização cardiotocografia: Segundo as *guidelines National Institute for Health Service (NICE) (2022)* na indução de trabalho de parto, após a administração de *misoprostol*, se o CTG se apresentar normal e se o trabalho de parto for considerado de baixo risco, deve-se considerar a realização de auscultação intermitente para avaliação do bem-estar fetal ou

invés de monitorização contínua. A ACOG (2019) define que um fator importante na escolha do tipo de monitorização do bem-estar fetal assenta na possibilidade de a mulher tomar uma decisão informada acerca do tipo de vigilância que prefere e com a qual se sente mais segura e confortável. Assim, apesar de a Mariana cumprir os critérios para realizar auscultação intermitente, esta manifesta maior segurança com a monitorização contínua. Assim, por forma a não limitar o movimento da parturiente, foram colocadas sondas *wireless* para permitir que a mesma deambulasse livremente.

#### Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicar que, tendo em conta que o CTG se encontra dentro da normalidade, não existe a necessidade de haver uma monitorização contínua durante a fase de TP em que a Mariana se encontra. No entanto, a decisão da escolha do tipo de monitorização deve ser tomada em conjunto pela equipa e pela mulher/casal, tendo por base o seu conforto, segurança e bem-estar fetal;
- Explicar que existe a possibilidade de colocar sondas *wireless* que permitem a monitorização contínua e uma maior liberdade de movimento. No entanto, pode haver alguma perda do sinal ou mobilização indesejada das sondas, gerando dados errados e uma maior intervenção por parte da equipa.

O Quadro 13 refere-se ao plano de cuidados face à dor de trabalho de parto.

**Quadro 13.** Dor de trabalho de parto

| FOCO                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Trabalho de parto |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>                                                                                                                                                                                                                                              |                   |
| Pelas 15:15 horas a Mariana referiu sentir dores bastante fortes no fundo da barriga (6 na Escala Numérica da Dor) que não melhoram com a deambulação ou com a alternância de posicionamentos e questiona se já poderá colocar “a epidural”.                                             |                   |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>                                                                                                                                                                                                                                    |                   |
| A Mariana deu entrada no bloco de partos para indução de trabalho de parto. Na admissão apresentava o colo uterino numa posição intermédia, com 30% de extinção, um centímetro de dilatação, bolsa amniótica íntegra, feto em apresentação cefálica e acima do I plano de <i>Hodge</i> . |                   |
| Às 15:15 horas apresentava quatro contrações uterinas em 10 minutos com duração de 45 segundos. A frequência cardíaca fetal apresentava-se com uma linha de base                                                                                                                         |                   |

|                                                                                                           |  |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|
| entre os 110-160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, com acelerações e presença de movimentos fetais. |  |                                                                                    |
| DIAGNÓSTICO                                                                                               |  | Dor de trabalho de parto                                                           |
| OBJETIVOS:<br>Controlar dor de trabalho de parto.                                                         |  | CRITÉRIOS DE RESULTADO:<br>Que a Mariana sinta alívio da dor de trabalho de parto. |
| INTERVENÇÕES:<br>(15:15) Gerir analgesia<br>(15:30) Vigiar efeitos secundários da analgesia epidural      |  |                                                                                    |

(15:15) Gerir analgesia: Durante o trabalho de parto devem ser oferecidas a todas as mulheres medidas adequadas para tratar a dor. Assim, o pedido farmacológico para alívio da dor de trabalho de parto é, por si só, indicação suficiente. Neste sentido, o tratamento deve ser administrado com base na preferência da mulher e, na ausência de contraindicações médicas, as grávidas podem escolher se querem, ou não, analgesia durante o parto, quando iniciar a analgesia do parto e o tipo de analgesia que preferem (Cardoso et al., 2023).

(15:30) Vigiar efeitos secundários da analgesia epidural: Segundo DGS (2024), deve-se avaliar o pulso radial e a 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. Além disso, o nível sensitivo e motor do bloqueio deverá ser avaliado 20 minutos após cada *bólus*, usando a escala de *Bromage* (DGS, 2024). Após a colocação do cateter epidural a Mariana apresentou-se sempre normotensa, normocárdica e com saturações de oxigénio superiores a 98%. Além disso, manteve ausência de bloqueio motor e sensitivo (0 na escala de Bromage).

O Quadro 14 sumariza o plano de cuidados face à capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto.

**Quadro 14.** Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

|                                                                                                                                                                                                                     |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>FOCO DE ATENÇÃO</b>                                                                                                                                                                                              | Trabalho de parto |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b><br>Pelas 16:30 horas a Mariana questiona se pode levantar e deambular. Foi abordado com a Mariana se gostaria de usar a bola de partos e a esta refere: “Prefiro andar, |                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Enfermeira. Na gravidez tentei usar a bola de pilates e nunca me senti muito confortável.” (sic)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b><br>A Mariana deu entrada no bloco de partos para indução de trabalho de parto. Na admissão apresentava o colo uterino numa posição intermédia, com 30% de extinção, um centímetro de dilatação, bolsa amniótica íntegra, feto em apresentação cefálica e acima do I plano de <i>Hodge</i> .<br>Às 15:15 horas por apresentar muita dor no fundo da barriga foi colocado cateter epidural. Apresenta ausência de bloqueio motor e sensitivo (0 na escala de Bromage) e monitorização CTG <i>Wireless</i> . |                                                                     |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto |

O Quadro 15 sumariza o plano de cuidados face ao trabalho de parto da Mariana.

**Quadro 15.** Trabalho de parto da Mariana

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------|--|
| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Trabalho de parto |                                                         |  |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                                         |  |
| <p>Pelas 17:00 horas a Mariana apresentou rotura espontânea da bolsa amniótica com saída de líquido amniótico de cor clara, cheiro sui generis e em quantidade moderada. Referiu um aumento significativo da dor na região lombar e fundo da barriga (7 Escala Numérica da Dor) e pede administração de medicação para as dores.</p> <p>No quarto a Mariana encontrava-se deitada em decúbito lateral direito na cama, a contorcer-se e a referir que não aguenta a dor.</p> <p>A avaliação do CTG a Mariana apresenta cinco contrações em 10 minutos, com uma duração de 50 segundos. Apresenta uma frequência cardíaca fetal com uma linha basal entre os 110-160 bpm, variabilidade entre os 5-25 bpm e com acelerações.</p> |                   |                                                         |  |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                                         |  |
| <p>A Mariana deu entrada no bloco de partos para indução de trabalho de parto. Na admissão apresentava o colo uterino numa posição intermédia, com 30% de extinção, um centímetro de dilatação, bolsa amniótica íntegra, feto em apresentação cefálica e acima do I plano de <i>Hodge</i>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                                         |  |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Trabalho de Parto |                                                         |  |
| <b>OBJETIVOS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b>                          |  |
| Controlar dor de trabalho de parto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   | Que a Mariana sinta alívio da dor de trabalho de parto. |  |
| <b>INTERVENÇÕES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                                                         |  |
| (17:00) Assistir a posicionar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                         |  |
| (17:00) Gerir analgesia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                         |  |
| (17:00) Gerir ambiente físico para promover relaxamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                         |  |

(17:00) Assistir a posicionar: Ajudar a parturiente a posicionar-se em decúbito dorsal para administração da analgesia epidural, por forma a surtir efeito de forma igual no seu corpo.

(17:00) Gerir analgesia epidural: Foram administrados 10 mililitros de Ropivacaína a 2% por via epidural, segundo a prescrição médica.

(17:00) Gerir ambiente físico para promover relaxamento: A criação de um ambiente familiar e privado, no qual a mulher tenha maior probabilidade de se sentir segura e relaxada durante o trabalho de parto, é promotor da confiança e relaxamento. Esse ambiente proporciona à mulher uma sensação de controlo pessoal (Cardoso et al., 2023).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Fechar a porta por forma a aumentar a privacidade, diminuir os ruídos e a iluminação.

O Quadro 16 apresenta o plano de cuidados face à evolução do trabalho de parto da Mariana.

**Quadro 16.** Evolução do trabalho de parto da Mariana

| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Trabalho de parto              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b><br>Trinta minutos após administração de analgesia a Mariana não refere melhoria da dor, mantendo dor no fundo da barriga e na região lombar. Uma vez que mantem as queixas e apresentou rotura espontânea da bolsa amniótica, foi realizado toque vaginal.                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b><br>A Mariana deu entrada no bloco de partos para indução de trabalho de parto. Na admissão apresentava o colo uterino numa posição intermédia, com 30% de extinção, um centímetro de dilatação, bolsa amniótica íntegra, feto em apresentação cefálica e acima do I plano de <i>Hodge</i> .<br>A avaliação do CTG a Mariana apresenta cinco contrações em 10 minutos, com uma duração de 50 segundos. Apresenta uma frequência cardíaca fetal com uma linha basal entre os 110-160 bpm, variabilidade entre os 5-25 bpm e com acelerações. |                                |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Trabalho de Parto              |
| <b>OBJETIVOS:</b><br>Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b> |

|                                                                       |                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                       | Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o trabalho de parto e do bem-estar fetal. |
| <b>INTERVENÇÕES:</b><br>(17:30) Avaliar evolução do trabalho de parto |                                                                                                          |

(17:30) Avaliar evolução do trabalho de parto: Segundo DGS (2024), a realização de exames vaginais na fase latente do primeiro estágio de trabalho de parto deve ser realizada com intervalos adaptados às queixas da parturiente. Assim, tendo em conta que a Mariana apresentou alteração do seu estado prévio, manifestando um aumento significativo da dor e rotura espontânea da bolsa amniótica, procedeu-se à realização do exame vaginal.

Atividades que concretizam a intervenção:

- Primeiramente foi pedido à Mariana o consentimento para realizar o procedimento, a qual deu permissão. Foi explicado de forma simples e clara todos os passos.
- Posteriormente, assistiu-se a Mariana a colocar-se em decúbito dorsal, com a cabeça apoiada na almofada e com os joelhos fletidos deixando as pernas cair para os lados com as solas dos pés juntas.
- Após calçar luvas esterilizadas e aplicar lidocaína gel sobre o dedo indicador e o dedo médio, aguardar por um período sem contração e com o assentimento da Mariana inserir primeiro o dedo indicador e depois adicionar o dedo médio na vagina, aplicando pressão firme, mas gentil, na parede vaginal posterior e evitando pressão na uretra, pedindo à Mariana para relaxar os músculos vaginais. Os dedos são inseridos com as pontas dos dedos para baixo, a cerca de três a quatro centímetros dentro da vagina girar os dedos de modo que o pulso fique voltado para cima.
- Ao avaliar o colo uterino verificou-se que a Mariana apresenta o colo uterino centrado, amolecido, com sete centímetros de dilatação, 50% de extinção, bolsa amniótica rota, apresentação fetal cefálica, no I plano de *Hodge*, numa variedade *occipito* esquerda anterior.

O Quadro 17 sumariza o plano de cuidados face à evolução do trabalho de parto.

**Quadro 17.** Evolução do trabalho de parto [17:35 horas]

| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Trabalho de parto                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b><br>A Mariana apresenta-se agitada e a chorar, com uma respiração ofegante e descontrolada. A mesma refere: <i>“O que eu mais queria era não sentir dor e não está a passar com a medicação! Estou a perder o controlo outra vez. Por favor, ajude-me Enfermeira, ajude-me a aliviar estas dores”</i> (sic).<br>Foi abordado com a Mariana e o seu companheiro que estratégias costuma utilizar no seu dia a dia quando se encontra mais stressada, sendo que o João refere que em casa as técnicas de controlo da respiração costumam ajudar a Mariana a acalmar-se.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                               |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b><br>A Mariana deu entrada no bloco de partos para indução de trabalho de parto. Na admissão apresentava o colo uterino numa posição intermédia, com 30% de extinção, um centímetro de dilatação, bolsa amniótica íntegra, feto em apresentação cefálica e acima do I plano de <i>Hodge</i> .<br>Foi administrada analgesia epidural pelas 17:00, tendo a Mariana mantido uma dor muito forte no fundo da barriga e região lombar (7 Escala Numérica da Dor) 30 minutos após.<br>A Mariana tem uma gravidez anterior gemelar, há oito anos, que culminou num parto eutócico às 34 semanas após início de trabalho de parto espontâneo. Apesar de os dois fetos nascerem vivos, a segunda gêmea faleceu cinco dias após o nascimento. A mesma referiu que o parto anterior <i>“(…) Há oito anos passei a noite toda na sanita a achar que estava com cólicas e afinal estava em trabalho de parto. Quando cheguei ao hospital já estava com 7 dedos de dilatação e nem passada uma hora as minhas filhas já tinham nascido. Aconteceu tudo muito rápido, nenhum de nós estava à espera disto. O meu marido não pode estar comigo e eu nem tive tempo de assimilar o que estava a acontecer. Foi muito stressante. Senti que perdi todo o controlo do meu corpo, da minha pessoa”</i> (sic). |  |                                                                                                                                               |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Trabalho de parto                                                                                                                             |
| <b>OBJETIVOS:</b><br>Facilitar trabalho de parto;<br>Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto;<br>Promover suporte emocional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b><br>Qua a Mariana se sinta num ambiente acolhedor e confortável;<br>Que a Mariana apresente controlo emocional. |
| <b>INTERVENÇÕES:</b><br>(17:35) Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto<br>(17:35) Gerir ambiente físico para promover relaxamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                               |

(17:35) Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto: Segundo (Jonh, 2009) a respiração diafragmática fluida aumenta o relaxamento e contribui para a sensação de bem-estar da mulher. Consequentemente, o relaxamento aumenta a produção e liberação de ocitocina, o que ajuda na progressão do trabalho de parto, além de permitir à mulher responder com mais confiança. Compreende-se que, a respiração é o elo entre a mente e o corpo, permitindo à mulher usar a respiração durante o trabalho de parto para relaxar o corpo e focar a mente, o que reduz a tensão, a ansiedade e a dor. Assim, utilizar a respiração diafragmática rítmica como estratégia para atingir o relaxamento é uma das ferramentas mais poderosas que uma mulher em trabalho de parto pode usar para diminuir a dor durante o trabalho de parto (Jonh, 2009).

A técnica de respiração da mão sobre o abdómen superior ajuda a mulher a encontrar um padrão de respiração mais efetivo, permitindo-a encontrar um lugar para centrar a sua atenção. O seu principal objetivo passa por elevar a mão durante a inspiração e deixá-la descer durante a expiração, usando uma ligeira pressão para a guiar na respiração, permitindo que encontre um ritmo mais natural na mesma. Concluindo, esta técnica dá um foco à parturiente, ajudando-a a usar conscientemente a respiração para reduzir a ansiedade, a tensão e a dor (Jonh, 2009).

Atividades que concretizam a intervenção: Executar técnicas de respiração - Técnica da mão no abdómen superior:

- Começar por colocar a mão sobre o abdómen superior, entre as costelas inferiores e o umbigo, exercendo uma ligeira pressão;
- Pedir à Mariana para inspirar em direção à pressão exercida pela mão ou pedir para a fazer mover quando inspira e expira;
- Realizar este processo até se estabelecer uma respiração mais natural e fluida.

O Quadro 18 sumariza o plano de cuidados face à capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto.

**Quadro 18.** Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto

| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Trabalho de parto                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b></p> <p>Pelas 17:40 a Mariana apresenta-se mais calma, com uma respiração controlada durante as contrações, procurando o toque e o olhar do companheiro. Refere que mantém uma dor forte no fundo da barriga e na região lombar, classificando-a como cinco na Escala Numérica da Dor.</p> <p>Quando abordada sobre que outras estratégias usa no dia-a-dia para se distrair e relaxar a Mariana refere que ouvir música sempre foi um escape para ela.</p> <p>Uma vez que se identificou que a Mariana procura o toque e a interação com o marido foi sugerida a realização de massagem, sendo que a parturiente referiu: “Sempre gostei das massagens do João. Se calhar mudar de posição vai ajudar e assim também me ajuda a distrair. Realmente sinto muita tensão nas costas.” (sic).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p><b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b></p> <p>A Mariana deu entrada no bloco de partos para indução de trabalho de parto. Na admissão apresentava o colo uterino numa posição intermédia, com 30% de extinção, um centímetro de dilatação, bolsa amniótica íntegra, feto em apresentação cefálica e acima do I plano de <i>Hodge</i>.</p> <p>A Mariana tem uma gravidez anterior gemelar, há oito anos, que culminou num parto eutócico às 34 semanas após início de trabalho de parto espontâneo. Apesar de os dois fetos nascerem vivos, a segunda gêmea faleceu cinco dias após o nascimento.</p> <p>A mesma referiu que o parto anterior “(...) <i>Há oito anos passei a noite toda na sanita a achar que estava com cólicas e afinal estava em trabalho de parto. Quando cheguei ao hospital já estava com 7 dedos de dilatação e nem passada uma hora as minhas filhas já tinham nascido. Aconteceu tudo muito rápido, nenhum de nós estava à espera disto. O meu marido não pode estar comigo e eu nem tive tempo de assimilar o que estava a acontecer. Foi muito stressante. Senti que perdi todo o controlo do meu corpo, da minha pessoa</i>” (sic).</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto                                                                                                                                                                                            |
| <p><b>OBJETIVOS:</b></p> <p>Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p><b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b></p> <p>Que a Mariana seja capaz de lidar com a dor de trabalho de parto;</p> <p>Que a Mariana seja capaz de identificar estratégia para lidar com a dor de trabalho de parto;</p> <p>Que a Mariana mantenha o controlo emocional.</p> |
| <p><b>INTERVENÇÕES:</b></p> <p>(17:40) Gerir ambiente físico para promover relaxamento</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                         |

(17:40) Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto  
(17:40) Envolver pessoa significativa no trabalho de parto  
(17:40) Instruir e treinar estratégias de relaxamento

(17:40) Gerir ambiente físico para promover relaxamento: O ambiente no qual ocorre o trabalho de parto e parto influencia a sua evolução e o seu desfecho. Assim, fatores como a privacidade e o conforto aumentam a sensação de segurança e confiança, reduzindo emoções negativas e, conseqüentemente, tornam a experiência do parto mais positiva (Alechana et al., 2025). Neste caso, foi mantida a porta fechada, por forma a reduzir o ruído e manter a privacidade e diminuída a iluminação, criando um ambiente mais intimista.

(17:40) Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto: As estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto não têm a intenção, nem se espera, que façam a dor desaparecer. Estas abordagens pretendem ajudar a mulher a lidar melhor com a dor de trabalho de parto e a manter uma sensação de autocontrolo sobre o processo de parto, reduzindo, por essa via, o risco de sofrimento (Cardoso et. al, 2023).

A musicoterapia é uma estratégia não farmacológica para lidar com a dor de trabalho de parto que promove a saúde e o bem-estar pela sua natureza distrativa e pelos efeitos positivos nas respostas fisiológicas do corpo durante o trabalho de parto (McCaffrey et al., 2020). Assim, segundo os mesmos autores as sensações não dolorosas produzidas pela música sobrepõem-se às sensações dolorosas produzidas pelo sistema nervoso central durante o trabalho de parto, gerando um alívio da dor. Além disso, ouvir música estimula a glândula pituitária na libertação de endorfinas, alterando, também, a percepção à dor através da cognição.

Atividade que concretizam a intervenção:

- Pedir ao João para colocar música que a Mariana goste e que ajude a criar um ambiente mais intimista e sereno para ambos.

(17:40) Envolver pessoa significativa no trabalho de parto: O envolvimento da pessoa significativa, especificamente do pai, durante o trabalho de parto melhorar o relacionamento entre os casais, a formação de uma nova unidade familiar, a capacidade para lidar com a dor durante o parto, prevenir a perda de controlo e aumentar a satisfação com a experiência do parto (Ataş & Özerdoğan, 2025). Um estudo experimental randomizado controlado realizado numa maternidade de um hospital universitário na Turquia, mostrou que numa população de 135 mulheres, divididas equitativamente por três grupos, um grupo onde a massagem seria realizada pelo companheiro, outro onde a massagem seria realizada pela EE-ESMO e o terceiro no qual não seria usada a massagem como estratégia farmacológica para alívio da dor de trabalho de parto, as mulheres inseridas no grupo onde a massagem foi realizada pelo parceiro apresentaram níveis de dor mais baixos e menos ansiedade (Ataş & Özerdoğan, 2025).

(17:40) Instruir e treinar estratégias de relaxamento: A massagem é um método não farmacológico para alívio da dor de trabalho de parto que se destaca pelo seu efeito relaxante e analgésico. A massagem durante o parto aumenta os níveis de serotonina e dopamina, enquanto diminui a noradrenalina e o cortisol. Por sua vez, na mulher, promove a diminuição da fadiga, a tensão muscular, a ansiedade e atua como um elemento de distração, levando a uma maior tolerância à dor (Erdogan et al., 2017).

Atividade que concretizam a intervenção:

- A massagem deve ser realizada numa posição confortável para a Mariana, tendo esta optado por se sentar na cama, apoiando os braços numa almofada. O João colocou-se na bola de partos, atrás da Mariana. Descer a cama no seu todo, por forma a ser possível o acesso às costas expostas da Mariana.
- Demonstrar ao João a massagem: colocar o óleo de amêndoas doces nas mãos e espalhar nas costas da Mariana usando toda a palma da mão. Fazer quatro repetições de cada um dos movimentos.

- 1º movimento - Colocar as mãos sobre o sacro, deslizar as mãos paralelas com pressão uma de cada lado da coluna até ao pescoço e regressar ao sacro diminuindo a pressão durante o movimento de regresso ao sacro. Deslizar as mãos com pressão em direção aos ombros e regressar ao sacro; repetir em direção às axilas e regressar ao sacro e por último deslizar à volta da pelve, sobre os ilíacos com pressão e de seguida as mãos volta a deslizar até ao sacro.
- 2º movimento - Com as mãos sobre o sacro, os polegares fazem movimentos circulares primeiro no sacro e depois as mãos vão subindo e percorrendo os músculos em volta da coluna sempre com os polegares a fazer pequenos círculos.
- 3º movimento - Colocar os polegares na extremidade inferior do sacro junto ao cóccix. As mãos ficam abertas e totalmente pousadas sobre as nádegas. Os dois polegares percorrem as articulações sacroilíacas, num movimento de ida e volta.
- 4º movimento: Pôr as mãos sobre o sacro em “V”. Deslizam sobre as nádegas uma para cada lado, e à volta da pelve sobre os ilíacos, com pressão até tocarem nas cristas ilíacas.
- Permitir que o João treine os vários movimentos da massagem e que a Mariana escolha aqueles que mais conforto e relaxamento lhe trazem.

O Quadro 19 apresenta o plano de cuidados face à capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto.

**Quadro 19.** Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [18:10 horas]

| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Trabalho de parto |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |
| Quando abordada sobre como se sente a Mariana refere: “Mais calma Enfermeira. Sinto que comecei a reviver tudo o que me tinha acontecido há oito anos. Ainda sinto dor, mas estas estratégias estão a ajudar a controlada.” ( <i>sic</i> ). A Mariana questiona se pode levantar para ir à casa de banho e se pode permanecer de pé por algum período e realizar movimentos que ajudem na evolução do trabalho de parto. A Mariana apresenta ausência de bloqueio motor e sensitivo (0 na escala de Bromage). |                   |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>A Mariana deu entrada no bloco de partos para indução de trabalho de parto. Na admissão apresentava o colo uterino numa posição intermédia, com 30% de extinção, um centímetro de dilatação, bolsa amniótica íntegra, feto em apresentação cefálica e acima do I plano de <i>Hodge</i>.</p> <p>Às 17:30 horas a Mariana apresenta o colo uterino centrado, amolecido, com sete centímetros de dilatação, 50% de extinção, bolsa amniótica rota, apresentação fetal cefálica, no I plano de <i>Hodge</i>, numa variedade <i>occipito</i> esquerda anterior.</p> |  |                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto                                                                                                                                                 |
| <p><b>OBJETIVOS:</b></p> <p>Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | <p><b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b></p> <p>Que a Mariana seja capaz de adotar posições corporais facilitadoras da progressão de trabalho de parto;</p> <p>Que a Mariana seja capaz de identificar adotar posições corporais confortáveis.</p> |
| <p><b>INTERVENÇÕES:</b></p> <p>(18:10) - Assistir e instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto envolvendo a pessoa significativa – em pé</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                             |

(18:10) - Assistir e instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto envolvendo a pessoa significativa – em pé: Quando a apresentação fetal se apresenta no 1.º plano de *Hodge* (bordo superior da sínfise púbica), importa adotar posições que favoreçam o encravamento da apresentação fetal na pelve materna. As posições verticais, pelo efeito da gravidade, associadas às contrações uterinas, contribuem favoravelmente para o encravamento, além de favorecerem a descida fetal através da modificação dos diâmetros da pelve (Amaro et al., 2021). A adoção de posições privilegiando a rotação externa do fémur, contribui para aumentar os diâmetros superiores da pelve, uma vez que, esta posição permite que as articulações sacroilíacas se juntem por trás e a sínfise púbica separa-se pela frente, favorecendo a abertura do estreito superior (Cardoso et al., 2023).

Exercícios como básculas (movimentos rotativos), movimentos extrínsecos, movimentos assimétricos dos membros inferiores, exercícios verticais e deambulação permitem a modificação da orientação da pelve, em particular o estreito superior, facilitando o encravamento e a progressão fetal ao longo da pelve materna (Calais-Germain & Parés, 2009; Néné et al., 2016).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Dado que preferia estar em pé, explicar que se pode apoiar na pessoa significativa e realizar vários movimentos com a pelve, tais como circundações, translações, retroversão e anteversão da pelve, através das rotações, do movimento para a frente e para trás e do símbolo do infinito;
- Explicar que pode também abraçar a pessoa significativa e realizar rotação interna e externa dos membros inferiores, de forma alternada, de modo a aumentar a amplitude do estreito médio da pelve;
- Referir que pode utilizar o banco para colocar uma perna em cima e fazer flexão superior a 90° da mesma e rotação interna, enquanto a outra perna se encontra em extensão e rotação externa, de forma alternada;
- Explicar que não existe nenhum movimento em específico que deve realizar; explicar que a melhor posição ou o melhor movimento é aquele que lhe dá conforto.

O Quadro 20 sumariza o plano de cuidados face à dor de trabalho de parto.

**Quadro 20.** Dor de trabalho de parto [18:30]

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>FOCO DE ATENÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Trabalho de parto |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b><br>Pelas 18:30 horas a Mariana volta a referir aumento da dor no fundo da barriga e sensação de pressão na vagina (6 Escala Numérica da Dor) e questiona se é possível administrar mais medicação epidural.<br>Após deitar-se na cama, referindo maior conforto naquela posição, foi realizado exame vaginal, apresentando o colo uterino centrado, amolecido, com nove centímetros de dilatação, 90% de extinção, apresentação fetal no II plano de <i>Hodge</i> , numa variedade <i>occipito</i> esquerda anterior. Na avaliação do CTG apresentava cinco contrações em 10 minutos, com uma duração de 60 segundos, uma frequência cardíaca fetal com linha de base entre os 110-160 bmp, variabilidade entre os 5-25 bpm e com acelerações. |                   |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b><br>A Mariana deu entrada no bloco de partos para indução de trabalho de parto. Na admissão apresentava o colo uterino numa posição intermédia, com 30% de extinção, um centímetro de dilatação, bolsa amniótica íntegra, feto em apresentação cefálica e acima do I plano de <i>Hodge</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Trabalho de Parto |

|                                                          |                                                                                           |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBJETIVOS:</b><br>Controlar dor de trabalho de parto. | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b><br>Que a Mariana sinta alívio da dor de trabalho de parto. |
| <b>INTERVENÇÕES:</b><br>(18:30) Gerir analgesia epidural |                                                                                           |

(18:30) Gerir analgesia: Administrar analgesia epidural segundo prescrição médica - Ropivacaína a 2%, 10 mililitros por via epidural em SOS de 1/1 hora.

O Quadro 21 refere-se ao plano de cuidados face à posição corporal facilitadora do trabalho de parto.

**Quadro 21.** Posição corporal facilitadora do trabalho de parto

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Trabalho de parto                                                                           |                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b><br>Pelas 18:50 horas a Mariana referiu alívio significativo da dor (3 Escala Numérica da Dor), assim como da sensação de pressão na vagina. Não apresenta o reflexo de <i>Ferguson</i> .<br>Foi sugerido à Mariana adotar posições laterais que promovam o aumento do diâmetro do estreito inferior, por forma a promover a descida da apresentação fetal, a qual consentiu. |                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b><br>A Mariana deu entrada no bloco de partos para indução de trabalho de parto. Na admissão apresentava o colo uterino numa posição intermédia, com 30% de extinção, um centímetro de dilatação, bolsa amniótica íntegra, feto em apresentação cefálica e acima do I plano de <i>Hodge</i> .                                                                        |                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                              |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto |                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>OBJETIVOS:</b><br>Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto;<br>Facilitar trabalho de parto/nascimento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                             | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b><br>Que a Mariana seja capaz de adotar posições corporais facilitadoras da progressão de trabalho de parto;<br>Que a Mariana seja capaz de identificar adotar posições corporais confortáveis. |
| <b>INTERVENÇÕES:</b><br>(18:50) Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto<br>(18:50) Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                              |

(18:50) Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto e instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto: Após o encravamento fetal,

quando a apresentação fetal se apresenta ao nível do II plano de *Hodge*, importa adotar posicionamentos que favoreçam o aumento do diâmetro da pelve de saída e que permitam o movimento das espinhas isquiáticas para facilitar e progressão do feto ao longo do canal de parto e, consequentemente, a expulsão. Nesta fase importa adotar estratégias que incluam posições com movimentos assimétricos dos membros inferiores, posicionamentos promotores da rotação interna do fémur, natação do sacro e alternância de movimentos do fémur. Podem ser realizados de pé, na bola de pilates ou deitada. Através da rotação interna do fémur as articulações sacroilíacas separam-se por detrás e a sínfise púbica comprime-se pela frente (separa as espinhas isquiáticas) (Calais-Germain & Parés, 2009;Cardoso et al., 2023).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Assistir a Mariana a adotar uma posição de decúbito lateral, optando pelo lado que lhe der mais conforto;
- Posteriormente, instruir e assistir a colocar a perna inferior em extensão e a perna superior sobre uma almofada com uma flexão superior a 90º e em rotação interna;
- Permitir que a Mariana avalie se se sente confortável naquela posição.

O Quadro 22 sumariza o plano de cuidados face ao parto da Mariana.

**Quadro 22.** Parto da Mariana

| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Trabalho de parto |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b><br>Pelas 19:10 horas a Mariana voltou a sentir pressão na vagina e no ânus. Após consentir, realizou-se exame vaginal na posição de decúbito lateral direito, uma vez que se encontrava confortável naquela posição. Apresentava o colo uterino com 10 centímetros de dilatação, 100% extinto e numa posição anterior. O feto em apresentação cefálica no III plano de <i>Hodge</i> , numa variedade <i>occipito</i> esquerda anterior. Na avaliação do CTG apresentava 5 contrações em 10 minutos, com uma duração de 60 segundos, uma frequência cardíaca fetal com linha de base entre os 110-160 bmp, variabilidade entre os 5-25 bpm e sem desacelerações repetitivas. A Mariana tinha o reflexo de <i>Ferguson</i> presente. Foi incentivada a realizar esforços expulsivos quando sentisse vontade, que iniciou pelas 19:15. |                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Durante os esforços expulsivos e aquando da aproximação do coroamento da cabeça do feto verificou-se que a Mariana apresentava ligeira distensão da pele do períneo, ficando ligeiramente esbranquiçada.</p> <p>A Mariana realizou esforços expulsivos em decúbito lateral direito até a apresentação fetal se encontrar no IV plano de <i>Hodge</i>, tendo sido posteriormente posicionada em posição semi-sentada.</p> <p>Pelas 19:25 horas nasceu Martim, com 2990g, 48 centímetros de comprimento, 34 centímetro de perímetro cefálico e Apgar 9/10/10, ao 1º, 5º e 10º minuto, respetivamente.</p> <p>A Mariana apresentou o períneo íntegro.</p> |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b></p> <p>A Mariana deu entrada no bloco de partos para indução de trabalho de parto. Na admissão apresentava o colo uterino numa posição intermédia, com 30% de extinção, um centímetro de dilatação, bolsa amniótica íntegra, feto em apresentação cefálica e acima do I plano de <i>Hodge</i>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>DIAGNÓSTICO</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>Trabalho de Parto</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>OBJETIVOS:</b></p> <p>Promover parto eutócico;<br/>Implementar medidas de proteção do períneo.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          | <p><b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b></p> <p>Que a Mariana apresente esforços expulsivos eficazes;<br/>Que a Mariana se sinta confortável na posição adotada durante o período expulsivo;<br/>Que o períneo se mantenha íntegro;<br/>Que a Mariana apresente um parto eutócico.</p> |
| <p><b>INTERVENÇÕES:</b></p> <p>(19:10) Assistir no parto<br/>(19:10) Implementar medidas de proteção do períneo</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

(19:10) Assistir no parto: Segundo (Sigaldehy et al., 2025), uma revisão sistemática realizada em 2023 concluiu que o parto assistido por EE-ESMO aumenta a taxa de partos eutócicos, diminui a taxa de episiotomias e hemorragia pós-parto e o tempo de internamento de recém-nascidos em unidades de cuidados intensivos neonatais. Além disso, estudos mostraram que a assistência pelo EE-ESMO reduz a duração do trabalho de parto, assim como a dor de trabalho de parto, diminuiu o uso de analgesia epidural e melhora a experiência do parto (Sigaldehy et al., 2025).

Quando a apresentação fetal se encontra no 3º plano de *Hodge* significa que se encontra entre as espinhas isquiáticas, objetivando que progrida e passe o

estreito inferior da pelve. Neste sentido, a pelve amplia o estreito inferior através de movimentos de natação sacra e ilíaca e/ou pronação ilíaca. Assim, é possível otimizar estes movimentos através da grande flexão de uma ou ambas as pernas, em conjunto com a rotação interna. Em decúbito lateral, isto pode ser atingido colocando os membros inferiores em assimetria, ou seja, a perna superior em flexão, num ângulo superior a 90°, e com rotação interna, ficando a perna inferior em ligeira flexão. Além disso, a mulher deve agarrar a perna de cima pela parte externa, colocando-a em rotação interna (Néné et al., 2016).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Primeiramente, foi explicado à Mariana, de forma clara e sucinta, o que se iria proceder. Além disso, foi pedido o consentimento para a realização de cada intervenção ao longo do período expulsivo, considerando o seu plano de parto e a vontade verbalizada pela Mariana;
- A Mariana foi incentivada a realizar esforços expulsivos sempre que sentisse vontade. Até a apresentação fetal chegar ao IV plano de *Hodge* a Mariana foi incentivada e assistida a trazer perna esquerda até ao seu peito, agarrando-a pela parte externa e rodando-a ligeiramente para fora, sempre que sentisse vontade de realizar esforços expulsivos, mantendo a perna direita em ligeira flexão;
- No intervalo das contrações foi explicado à Mariana que a pressão que sente na vagina e ânus é a cabeça do Martim no canal vaginal. Além disso, foi orientada para uma respiração calma e profunda;
- Quando a apresentação fetal chegou ao IV plano de *Hodge* assistiu-se a Mariana posicionar-se em posição semi-sentada, com os pés apoiados nas pernas, ficando as pernas fletidas num ângulo superior a 90° e agarrando as pernas pela face externa durante os esforços expulsivos, colocando-as em rotação interna. Embora esteja recomendado a escolha da posição por parte da mulher durante o parto (WHO, 2018), o hospital onde se realizou o estágio preconiza a adoção da posição semi-sentada no período expulsivo, pelo que foi essa a posição adotada na assistência ao parto;

- Após a exteriorização completa da cabeça, foi pedido à Mariana que suspendesse os esforços expulsivos. Com a mão não dominante, foi verificada a existência de circular cervical do cordão. Após a restituição procedeu-se ao desencravamento do ombro anterior e, em seguida, do ombro posterior. Finalmente, com mão não dominante apoiou-se a restante exteriorização fetal e colocou-se o recém-nascido sobre a Mariana, em contacto pele com pele.

(19:10) Implementar medidas de proteção do períneo: A WHO (2018) recomenda a utilização de técnicas para reduzir o traumatismo perineal e facilitar o nascimento espontâneo incluindo massagem perineal, aplicação de compressas mornas e proteção ativa do períneo com a mão para mulheres na segunda fase do trabalho de parto, de acordo com a preferência das mulheres e com as opções disponíveis. A conduta para evitar o trauma perineal durante o estágio foi a de proteção do períneo através da realização da proteção ativa do períneo com a mão dominante e controlo da descida da apresentação, quando esta última começa a distender a vulva, conforme preconiza a DGS (2024).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Por forma a promover a integridade do períneo, foi implementada a proteção do períneo com recurso à intervenção *Hands On* juntamente com o controlo da saída da cabeça fetal, permitindo completar a flexão da cabeça e o seu desprendimento lento, uma vez que a Mariana apresentava alterações da coloração aquando da aproximação do coroamento da cabeça do feto, como distensão da pele do períneo. Além disso, recorreu-se à aplicação de vaselina para hidratação do períneo e promoção da elasticidade da pele (Yang et al., 2022).

**DOMÍNIO: NASCIMENTO**

O Quadro 23 sumariza o plano de cuidados face ao nascimento do Martim.

**Quadro 23.** Nascimento do Martim

|                                             |            |
|---------------------------------------------|------------|
| <b>FOCO DE ATENÇÃO</b>                      | Nascimento |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> |            |

|                                                                                                                                                                                                 |            |                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pelas 19:25 horas nasceu Martim, com 2990g, 48 centímetros de comprimento, 34 centímetro de perímetro cefálico e Apgar 9/10/10, ao 1º, 5º e 10º minuto, respetivamente.                         |            |                                                                                                                                                      |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b><br>A Mariana pretendia realizar contacto pele com pele logo após o nascimento do Martim e que o cordão umbilical fosse cortado pelo João. |            |                                                                                                                                                      |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                              | Nascimento |                                                                                                                                                      |
| <b>OBJETIVOS:</b><br>Promover adaptação à vida extrauterina.                                                                                                                                    |            | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b><br>Que o recém-nascido apresente pele rosada, bom tônus muscular, flexão dos músculos e sem dificuldade respiratória. |
| <b>INTERVENÇÕES:</b><br>(19:25) Executar técnica de pele com pele<br>(19:28) Executar clampeamento do cordão umbilical                                                                          |            |                                                                                                                                                      |

(19:25) Executar técnica de pele com pele: O contacto pele com pele logo após o nascimento confere múltiplos benefícios tanto para o recém-nascido como para a mãe. A evidência suporta que esta prática reduz a duração do terceiro estágio do trabalho de parto, diminui a perda sanguínea materna e regula os níveis de *stress*. Além disso, o contacto pele com pele precoce aumenta os níveis de ocitocina, facilitando a ligação mãe-filho, promove a amamentação precoce e, consequentemente, a sua duração e a sensação de autoeficácia da mulher para amamentar (Widström et al., 2019). No recém-nascido, melhora a sua adaptação à vida extrauterina, diminuindo as hormonas do *stress*, promovendo a termorregulação e manutenção dos níveis de glicemia (Hubbard & Gattman, 2017; Widström et al., 2019).

Atividades que concretizam a intervenção:

- O Martim foi colocado despido, sobre o peito materno, em decúbito ventral, com os membros inferiores ligeiramente fletidos e o tórax levantado, rosto destapado e face lateralizada. Foi coberto com lençol seco e quente, mantendo o rosto visível.

(19:28) Executar clampeamento do cordão umbilical: A evidência científica aponta para os benefícios da clampagem tardia do cordão umbilical, isto é, após 60 segundos do nascimento (WHO, 2018;SPN, 2023). A laqueação do cordão umbilical após um minuto permite a passagem de sangue da placenta para o

recém-nascido após o início da ventilação, permitindo uma transição mais fisiológica à vida extrauterina, além de aumentar os níveis de hemoglobina no recém-nascido e, conseqüentemente, as reservas de ferro nos primeiros meses de vida, favorecendo o desenvolvimento e apresentando resultados no desenvolvimento neurológico aos quatro anos de idade (ACOG, 2020; SPN, 2023).

Dar ao pai a oportunidade de cortar o cordão umbilical do filho após o nascimento objetiva promover o envolvimento emocional do pai com o recém-nascido. Conseqüentemente, incentivará o envolvimento do pai durante o parto, não como um observador passivo, mas como um participante ativo do processo, promovendo a ligação mãe/pai-filho (Brandão & Figueiredo, 2012).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Procedeu-se à laqueação do cordão umbilical ao fim de três minutos. O cordão umbilical foi clampado cerca de três a quatro centímetros acima do anel umbilical com recurso a um clampe de cordão umbilical e uma pinça de *Kocker* e o João realizou o corte do cordão umbilical, instruindo-se a fazê-lo entre o clampe e a pinça.

Concomitantemente e, seguindo a recomendação da OMS (2018), foi administrado 1 mg de vitamina K, via intramuscular, com o objetivo de prevenir a doença hemorrágica do recém-nascido e aplicada pomada oftálmica para prevenção da conjuntivite neonatal.

**DOMÍNIO: PARTO**

O Quadro 24 sumariza o plano de cuidados face à dequitação.

**Quadro 24.** Dequitação

|                                                                                                                                                                                                        |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>FOCO DE ATENÇÃO</b>                                                                                                                                                                                 | Trabalho de parto |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b><br>A dequitação deu-se pelas 19:40 horas, com mecanismo de <i>Schultze</i> , tendo sido verificado que se encontrava completa, sem cotilédones aberrantes. |                   |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b><br>A Mariana teve um parto eutócico às 19:25 horas.                                                                                              |                   |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                                     | Trabalho de Parto |

|                                                                  |                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBJETIVOS:</b><br>Facilitar trabalho de parto/nascimento.     | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b><br>Que o globo de <i>Pinard</i> esteja formado;<br>Que a perda vaginal seja escassa a moderada. |
| <b>INTERVENÇÕES:</b><br>(19:40) Assistir na expulsão da placenta |                                                                                                                                |

(19:40) Assistir na expulsão da placenta: De acordo com a OMS (2014), a gestão ativa do terceiro estadio do trabalho de parto, previne a hemorragia pós-parto, através da administração de uterotómicos, realização de tração controlada do cordão umbilical e massagem no fundo uterino. A gestão ativa do terceiro estágio do trabalho de parto refere-se à aceleração da expulsão da placenta para reduzir a perda sanguínea, utilizando um fármaco uterotónico profilático para acelerar a contratilidade uterina, levando a placenta a separasse da parede uterina mais rapidamente. Além disso, pode ser usada a tração controlada do cordão umbilical, por forma a potenciar o seu efeito (Baker & Stephenson, 2022;WHO, 2018). Assim, WHO (2018) preconiza a utilização de dez unidades de ocitocina via endovenosa ou intramuscular para profilaxia da hemorragia pós-parto em qualquer tipo de parto, seguido de cinco unidades de ocitocina diluída em 500 mililitros de soro fisiológico, administrada em bomba perfusora a 500 ml/hora (DGS, 2024).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Primeiramente, foi explicado à Mariana todo o procedimento e reforçado que poderia sentir contrações uterinas;
- Realizou-se uma gestão ativa do terceiro estágio do trabalho de parto, administrando uma perfusão de dez unidades de ocitocina em um litro de soro fisiológico a 250 mililitros/hora, de acordo com o protocolo do serviço, e realizando tração controlada do cordão umbilical com recurso à manobra de *Kustner* para verificar o descolamento da placenta do útero. Foi também massajado o fundo uterino ligeiramente para assistir à saída da placenta;

- Posteriormente, foi executada a manobra de *Dublin*, realizando rotação contínua para a exteriorização completa das membranas, prevenindo a fragmentação das mesmas;
- Após a saída da placenta, foi verificado o globo de segurança de *Pinard* e observada a totalidade da placenta. Por fim, avaliou-se a perda sanguínea, massajando o fundo uterino com o objetivo de promover a sua contractilidade e a saída de coágulos. A Mariana apresentava perda hemática moderada, compatível com o período pós-parto imediato;
- Verificou-se que o mecanismo de saída da placenta foi de *Schultze*, avaliando-se a perda sanguínea a cada 15 minutos e os sinais vitais para deteção precoce de complicações (OMS, 2012).

## DOMÍNIO: AMAMENTAÇÃO

O Quadro 25 expõe o plano de cuidados face à amamentação.

**Quadro 25.** Amamentação

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Comportamentos para amamentar |                                                                                                                                                                       |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b><br>A Mariana referiu verbalmente após o nascimento do Martim que gostava de amamentar o seu filho na primeira hora de vida. Pelas 20:00 horas o Martim ainda não apresentava comportamento espontâneo de abocanhar o mamilo, mantendo-se em contacto pele com pele.          |                               |                                                                                                                                                                       |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b><br>A Mariana não amamentou a sua filha mais velha após o seu nascimento pela necessidade de internamento na unidade de cuidados intensivos neonatais e manifestou muita vontade de ter uma experiência diferente com o Martim, pretendendo amamentar em exclusivo. |                               |                                                                                                                                                                       |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Amamentação                   |                                                                                                                                                                       |
| <b>OBJETIVOS:</b><br>Promover o amamentar/mamar;<br>Determinar evolução da amamentação.                                                                                                                                                                                                                                  |                               | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b><br>Que a Maria passe pelas nove fases de adaptação à vida extrauterina;<br>Que a Maria apresente comportamentos de abocanhar o mamilo. |
| <b>INTERVENÇÕES:</b><br>(20:00) Executar técnica de pele com pele<br>(próximo contacto) Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar                                                                                                                                                                               |                               |                                                                                                                                                                       |

(20:00) Executar técnica de pele com pele: O contacto pele com pele e o início da amamentação precoces são fundamentais para o sucesso do aleitamento materno. O contacto pele com pele melhora a transição do recém-nascido à vida extrauterina, aumenta a produção de leite materno e torna o aleitamento materno mais eficaz. Assim, estudos científicos mostram que a amamentação na primeira hora de vida é considerada como fator protetor para a mortalidade neonatal, devido à colonização intestinal de bactérias encontradas no leite materno e aos fatores imunológicos adequados para o recém-nascido presentes no colostro materno (SPN, 2023).

Segundo as orientações da DGS (2024) recomenda-se incentivar e assistir na amamentação, respeitando a opção materna, assim que o recém-nascido evidencie espontaneamente comportamentos de abocanhar o mamilo. Os recém-nascidos saudáveis de termo, adotam um conjunto específico de comportamentos inatos que podem ser descritos em nove fases (Widström et al., 2019): Choro após o parto; Relaxamento, onde não se verificam movimentos corporais; Despertar, em que o recém-nascido realiza movimentos com a cabeça e membros; Atividade, no qual se tenta movimentar; Descanso; Rastejar/deslizar, onde os movimentos resultam em deslocamento do corpo em direção ao mamilo; Familiarizar-se, onde toca e lambe o mamilo; Mamar; Adormecer.

Assim, permitir que o recém-nascido passe por estas fases até apresentar comportamentos para abocanhar o mamilo, leva à exploração por parte do recém-nascido, assim como ao aumento do vínculo, resultando no desenvolvimento do instinto de sobrevivência para encontrar a mama e iniciar sucção na primeira hora de vida (Brimdyr et al., 2020).

Uma vez que o Martim se apresentava na fase do relaxamento, não se verificando movimentos corporais, este foi mantido em contacto pele com pele, ininterrupto, permitindo-o passar pelos diversos estádios até apresentar comportamentos para abocanhar o mamilo.

### 3.4. A gestão da expectativa e a variedade fetal *occipito* esquerda posterior

A Cátia, de 34 anos, apresenta um índice obstétrico 2/1/0/0/1, tendo tido um parto eutócico há dois anos, é do grupo A Rh positivo, deu entrada no bloco de partos às 04:40 horas com o diagnóstico de início de trabalho de parto às 38 semanas e 5 dias.

A Cátia é contabilista e é casada com o Mário, de 37 anos, que é engenheiro civil. Têm um filho juntos, o Tomás, com dois anos de idade. O Mário, a pessoa significativa da Cátia, acompanhou-a durante todo o período de internamento no bloco de partos.

A gravidez foi planeada e desejada. A assistência pré-natal ocorreu nos cuidados de saúde primários e integrou o programa de preparação para o parto e parentalidade. Segundo a Cátia, a gravidez *“foi bastante diferente da primeira. Senti que a consegui viver com mais tranquilidade e prazer. Quero trazer isso para o meu parto também”* (sic).

A Cátia optou por não elaborar plano de parto por escrito, uma vez que já sabe o que pretendia ou não para o seu parto. A mesma refere que quer que o seu trabalho de parto evolua naturalmente, com o mínimo de intervenção possível e que, apesar de querer realizar analgesia epidural para controlo da dor durante o trabalho de parto e parto, quer utilizar estratégias não farmacológicas para alívio da dor de trabalho de parto simultaneamente.

A Cátia, recorreu ao serviço de urgência por apresentar contrações dolorosas e regulares, com intervalos de cinco minutos, segundo a mesma. A Cátia é saudável, sem antecedentes médicos ou cirúrgicos e desconhece alergias. Apresenta um resultado negativo para o rastreio pré-natal de *Streptococcus* grupo B.

Na avaliação física, verificou-se que a mesma apresentava a bolsa amniótica íntegra, o colo uterino amolecido, com quatro centímetros de dilatação, 80% de

extinção, numa posição centrada, feto em apresentação cefálica e acima do I plano de *Hodge*. Na avaliação do CTG, foram verificadas contrações uterinas irregulares, variando entre uma e três contrações em dez minutos, frequência cardíaca fetal com uma linha de base entre os 110-160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, com acelerações e presença de movimentos fetais. A Cátia referiu que no dia anterior identificou a saída do rolhão mucoso.

A Cátia solicitou colocação do cateter epidural pelas 05:50 horas para controlo da dor, tendo utilizado previamente estratégias não farmacológicas como exercícios na bola de partos e técnicas de respiração, que permitiu lidar com a dor das contrações uterinas. Após a sua colocação referiu um alívio total das queixas álgicas na região lombar e zona inferior do abdómen.

Durante o restante período da noite a Cátia conseguiu dormir por longos períodos. Ao longo da manhã a Cátia manteve-se na fase latente do 1º estágio do trabalho de parto, com as mesmas características identificadas na avaliação inicial. Na avaliação do CTG, manteve contrações uterinas irregulares, variando entre uma e três contrações em dez minutos, frequência cardíaca fetal com uma linha de base entre os 110-160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, com acelerações e presença de movimentos fetais. A Cátia não solicitou analgesia epidural durante todo o período da manhã, utilizando como estratégias facilitadoras da evolução do trabalho de parto e estratégia não farmacológicas para alívio da dor de trabalho de parto a deambulação e exercícios na bola de partos. A mesma recusou aceleração ocitócica ou rotura terapêutica da bolsa amniótica.

Pelas 13:30 horas a Cátia referiu à EE-ESMO que a estava a acompanhar que se começava a sentir cansada face ao tempo que a evolução do seu trabalho de parto estava a levar, alterando o seu consentimento relativo à colocação de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, iniciando perfusão ocitócica a 15ml/h.

Pelas 14:30 horas a Cátia apresenta contrações uterinas regulares, contabilizando quatro contrações em dez minutos, frequência cardíaca fetal com uma linha de base entre os 110-160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, com acelerações e presença de movimentos fetais.

Às 17:30 horas foi realizada Amniotomia pelas equipa médica, sendo o líquido amniótico de cor clara, em moderada quantidade, com cheiro *suis generis* e, verificou-se uma variedade fetal *occipito* esquerda posterior. Até iniciar esforços expulsivos, pelas 19:10 horas, a Cátia referiu uma dor intensa no sacro e virilha esquerda que não melhorava com a administração de analgesia epidural, utilizando estratégias não farmacológicas para alívio da dor. Às 19:20 horas nasceu a Maria, com 3120g, 51 centímetros de comprimento, 36 centímetro de perímetro cefálico e Apgar 9/10/10, ao 1º, 5º e 10º minuto, respetivamente. A Cátia apresentou o períneo íntegro, perda sanguínea moderada e realizou contacto pele com pele com a Maria na primeira hora de vida, como desejava.

A seleção deste caso clínico permitiu o desenvolvimento de competências no âmbito de cuidados especializados de EE-ESMO, tal como descritas no Regulamento nº 391/2019, mais especificamente as competências associadas aos cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, e no qual o EE-ESMO tem os objetivos de assistir o parto num ambiente seguro, tranquilo e que transmita confiança e bem-estar à mulher, otimizando quer a sua saúde, quer a saúde do recém-nascido na adaptação à vida extrauterina; diagnosticar antecipadamente complicações para a saúde da parturiente e do recém-nascido, atuando atempadamente; e fornecer cuidados à parturiente que apresente uma patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.

Este caso destacou-se particularmente pelo desafio em apoiar uma mulher/casal na gestão das expectativas face ao trabalho de parto. Neste sentido, a Cátia desejava, inicialmente, uma experiência de trabalho de parto natural e sem intervenção que se alterou à medida que o tempo de internamento foi passando. Assim, foi essencial equilibrar, de forma sensível, o respeito pelas preferências iniciais da Cátia e as intervenções que foram implementadas à posteriori, por forma a promover uma experiência de parto positiva.

Paralelamente, a abordagem à dor, intensificada pela variedade fetal *occipito* esquerda posterior, frequentemente associada a um trabalho de parto mais prolongado, dor lombar intensa e menor eficácia das estratégias não

farmacológica para alívio da dor, constituiu um eixo central dos cuidados prestados. Esta situação exigiu não só uma atuação cuidada ao nível técnico, mas também no domínio da comunicação e da empatia. Neste contexto, tornou-se fundamental prestar cuidados personalizados e humanizados, respeitando a experiência subjetiva da Cátia e adaptando a intervenção às suas necessidades, mesmo quando a evolução do trabalho de parto se distanciou das suas expectativas iniciais.

De seguida, estão apresentados, através dos quadros 26 ao 37, os diversos focos de atenção alvo dos cuidados de EE-ESMO durante o contacto realizado com a Cátia.

#### 3.4.1. Plano de cuidados de enfermagem especializado

##### DOMÍNIO: PARTO

O Quadro 26 apresenta o plano de cuidados face ao conhecimento da Cátia sobre trabalho de parto.

**Quadro 26.** Conhecimento da Cátia sobre trabalho de parto

| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Trabalho de Parto |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |
| Num primeiro contacto com a Cátia foi questionado como estava a lidar com o trabalho de parto e como estava a ser a experiência do trabalho de parto: <i>“Achava que ia ser mais rápido. Sempre ouvi dizer que o segundo parto era mais rápido. Vinha com essa expectativa, para ser sincera e, por isso, não queria qualquer tipo de intervenção porque achei que o meu corpo iria responder no timing que eu tinha idealizado. No entanto, já compreendi que este processo vais demorar mais do que o que tinha previsto, por isso acho que alguma intervenção pode ajudar o trabalho de parto a evoluir, desde que seja segura para a Maria e para mim”</i> (sic). A Cátia questiona quanto tempo o trabalho de parto dela pode demorar. |                   |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |
| A Cátia deu entrada no Bloco de Partos às 04:50 horas com o diagnóstico de início de trabalho de parto, apresentando colo amolecido, com 80% de extinção e quatro centímetros de dilatação, o feto em apresentação cefálica, acima do I plano de <i>Hodge</i> ,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| com a bolsa amniótica íntegra. Apresentava contrações irregulares. Manteve estas características durante a manhã.<br>Inicialmente referiu que queria um trabalho de parto sem qualquer tipo de intervenção ou medicalização, alterando o seu plano de parto pelas 13:30 horas, consentindo aceleração ocitócica. |  |                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Potencial para melhorar conhecimento sobre trabalho de parto                                                                                                                                                                                 |
| <b>OBJETIVOS:</b><br>Promover empoderamento para lidar com o trabalho de parto.                                                                                                                                                                                                                                  |  | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b><br>Que a Cátia compreenda a evolução fisiológica do trabalho de parto de uma multípara;<br>Que a Cátia compreenda que existem fatores que podem alterar o curso de trabalho de parto e que não dependem dela. |
| <b>INTERVENÇÕES:</b><br>(14:30) Ensinar sobre trabalho de parto                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                              |

(14:30) Ensinar sobre trabalho de parto: O conhecimento, quando relacionado com um processo de transição, neste caso, na preparação para o trabalho de parto e parto, é entendido como condição facilitadora, já que quando a pessoa conhece aquilo que é expectável para cada momento, permitirá que adotar estratégias necessárias para lidar com as mudanças e, conseqüentemente, promover uma transição saudável (Meleis, 2000).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicar à Cátia que a fase latente do 1º estágio do trabalho de parto, ou seja, até aos seis centímetros de dilatação, em mulheres multíparas com início de trabalho de parto espontâneo pode ter uma duração média de aproximadamente duas a cinco horas, com um limite superior de até 14 horas (Abalos et al., 2018). Da mesma forma, a segunda fase do trabalho de parto, neste grupo de mulheres, geralmente evolui em menos de meia hora, podendo durar até duas horas em mulheres com analgesia epidural;
- Explicar o parto como um processo físico, psicológico e hormonal: Para que o trabalho de parto aconteça é necessário que se reúnam esforços de elementos mecânicos (ossos, músculos e o próprio bebé), hormonais (que faz com que existam, ou não, contrações do útero essenciais para

preparar o canal de parto e empurrar o bebé) e a mente (pensamentos, emoções e a capacidade de celebrar o seu parto) e comportamentos associados.

O Quadro 27 refere-se ao plano de cuidados face à capacidade da Cátia para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto.

**Quadro 27.** Capacidade da Cátia para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                             |                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FOCO DE ATENÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto                         |                                                                                                                 |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b><br>A Cátia refere que ao longo da manhã foi deambulando e utilizando a bola de partos como estratégias facilitadoras do trabalho de parto. Questiona o que deve fazer para ajudar a evoluir o seu trabalho de parto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                             |                                                                                                                 |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b><br>A Cátia encontra-se na fase latente do 1º estágio do trabalho de parto (colo amolecido, com 80% de extinção, 4 centímetros de dilatação, bolsa amniótica íntegra, apresentação fetal acima do I plano de <i>Hodge</i> . Encontra-se com perfusão ocitócica a 15ml/h. Apresenta contrações regulares, contabilizando-se quatro contrações em 10 minutos; frequência cardíaca fetal com uma linha de base entre os 110-160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, com acelerações e presença de movimentos fetais. |                                                                                             |                                                                                                                 |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto |                                                                                                                 |
| <b>OBJETIVOS:</b><br>Promover empoderamento para lidar com o trabalho de parto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                             | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b><br>Que a Cátia seja capaz de adotar posições facilitadoras do trabalho de parto. |
| <b>INTERVENÇÕES:</b><br>(15:00) Instruir e treinar sobre posições corporais facilitadoras do trabalho de parto;<br>(15:15) Instruir e treinar sobre exercícios da mobilidade da pelve.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                             |                                                                                                                 |

(15:00) Instruir e treinar sobre posições corporais facilitadoras do trabalho de parto: Incentivar a escolha de posições em que se sente mais confortável contribui para uma experiência de parto mais positiva (WHO, 2018). Numa revisão sistemática da *Cochrane* realizada por Kibuka et al. (2021), conclui-se que a utilização de posições verticais durante o primeiro estágio do trabalho de parto, em mulheres com analgesia epidural, permitiu uma redução significativa das taxas de cesariana, necessidade de analgesia epidural e internamento do recém-nascido na unidade de cuidado intensivos neonatais. Além disso, revelou

uma diminuição do tempo de duração do trabalho de parto, da taxa de partos instrumentados e taxa de episiotomias (Kibuka et al., 2021).

Encorajar a participação ativa da mulher na tomada de decisão face à mobilidade e adoção de posições verticais durante o trabalho de parto promove o empoderamento, assim como o envolvimento no seu trabalho de parto, a sua autonomia e sensação de autocontrolo (Lopes et al., 2024).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Demonstrar exercícios promotores da progressão do trabalho de parto: demonstrar junto da Cátia e do Mário posições verticais que favoreçam o alinhamento corporal e, conseqüentemente, o posicionamento do feto. Estas posições incluem a posição de pé ou com recurso à bola de partos, associando assimetrias com os membros inferiores;
- Permitir que a Cátia treine as posições anteriormente instruídas, juntamente com a sua pessoa significativa, por forma a perceber e escolher aquelas que contribuem para uma maior conforto e sensação de bem-estar.

(15:15) Instruir e treinar sobre exercícios da mobilidade da pelve: A realização de exercício de mobilidade da pelve promove a redução da intensidade da dor, assim como a sua duração, potenciando o conforto. Os movimentos pélvicos, seja com recurso à bola de partos ou na posição de pé, permite que a pelve da mulher se mova e promove a descida do feto (Abdolahian et al., 2014). Além disso, a realização de exercícios na bola de partos permite que a pelve da mulher se movimentem livremente, aumentando o diâmetro pélvico e promove a redução da intensidade da dor durante o trabalho de parto, a duração do trabalho de parto, a ansiedade e a fadiga (Delgado et al., 2024).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Demonstrar exercícios promotores da mobilidade da pelve adotando posições verticais. A Cátia poderá realizar na posição de pé ou sentada na bola de partos movimentos rítmicos movendo a pelve para a frente e para trás, para a esquerda e para a direita, realizando o símbolo do infinito

ou movimentos circulares, colocando as mãos sobre as proeminências ósseas da pelve. Estes movimentos podem ser realizados com o apoio da pessoa significativa;

- Permitir que a Cátia treine as posições anteriormente instruídas, juntamente com a sua pessoa significativa, por forma a perceber e escolher aquelas que contribuem para uma maior conforto e sensação de bem-estar.

O Quadro 28 sumariza o plano de cuidados face ao controlo da dor de trabalho de parto.

**Quadro 28.** Controlo da dor de trabalho de parto

| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Trabalho de Parto                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b><br>A Cátia solicitou analgesia epidural para alívio da dor pelas 16 horas.                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                         |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b><br>A Cátia encontra-se na fase latente do 1º estágio do trabalho de parto, apresentando contrações regulares e contabilizando-se quatro contrações em 10 minutos; frequência cardíaca fetal com uma linha de base entre os 110-160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, com acelerações e presença de movimentos fetais. |  |                                                                                         |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Trabalho de Parto                                                                       |
| <b>OBJETIVOS:</b><br>Controlar dor de trabalho de parto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b><br>Que a Cátia sinta alívio da dor de trabalho de parto. |
| <b>INTERVENÇÕES:</b><br>(16:00) Assistir a posicionar<br>(16:00) Gerir analgesia<br>(16:00) Gerir ambiente físico                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                         |

(16:00) Assistir a posicionar: Ajudar a Cátia a posicionar-se em decúbito dorsal para administração da analgesia epidural, por forma a apresentar efeito de forma simétrica no seu corpo.

(16:00) Gerir analgesia: Administrar analgesia epidural segundo prescrição médica - Ropivacaína a 2%, 10 mililitros por via epidural em SOS de 1/1 hora.

(16:00) Gerir ambiente físico: O ambiente no qual ocorre o trabalho de parto e parto influencia a sua evolução e o seu desfecho. Assim, fatores como a privacidade e o conforto aumentam a sensação de segurança e confiança,

reduzindo emoções negativas e, conseqüentemente, tornam a experiência do parto mais positiva (Alechana et al., 2025). Neste caso, por forma a criar um ambiente mais confortável para a Cátia foi reduzido o ruído fechando a porta do quarto e diminuída a iluminação, criando um ambiente mais acolhedor.

O Quadro 29 sumariza o plano de cuidados face à capacidade da Cátia para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto.

**Quadro 29.** Capacidade da Cátia para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Trabalho de Parto                                                                           |  |
| DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                             |  |
| A Cátia refere alívio da dor pelas 16:30 e refere que gostaria de ficar deitada por algum período para descansar. Questiona se enquanto estiver deitada pode adotar alguma posição que promova a evolução do trabalho de parto.                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                             |  |
| DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                             |  |
| A Cátia encontra-se na fase latente do 1º estágio do trabalho de parto (colo amolecido, com 80% de extinção, 4 centímetros de dilatação, bolsa amniótica íntegra, apresentação fetal acima do I plano de <i>Hodge</i> . Encontra-se com perfusão ocitócica a 15ml/h. Apresenta contrações regulares, contabilizando-se quatro contrações em 10 minutos; frequência cardíaca fetal com uma linha de base entre os 110-160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, com acelerações e presença de movimentos fetais. |  |                                                                                             |  |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto |  |
| OBJETIVOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | CRITÉRIOS DE RESULTADO:                                                                     |  |
| Promover empoderamento para lidar com o trabalho de parto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Que a Cátia seja capaz de adotar posições facilitadoras do trabalho de parto.               |  |
| INTERVENÇÕES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                             |  |
| (16:15) Instruir e treinar sobre posições corporais facilitadoras do trabalho de parto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                             |  |

(16:15) Instruir e treinar sobre posições corporais facilitadoras do trabalho de parto: Adotar uma posição de decúbito lateral durante o trabalho de parto tem vantagens, sobretudo em mulheres com analgesia epidural, tais como: pode ser mantida durante um período prolongado; permite que a mulher descanse; através da modificação da lateralidade e realizando assimetrias das pernas, cria-se várias modificações do íliaco, favorecendo o encaixe da apresentação fetal no estreito superior (Calais-Germain & Parés, 2009).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicar posições facilitadoras da evolução do trabalho de parto em decúbito lateral: A Cátia deve adotar a lateralidade que lhe for mais confortável. Posteriormente, colocar as pernas paralelamente, ficando a perna superior apoiada numa almofada. Neste caso, a anca estará fletida num ângulo inferior a 90º graus, os joelhos fletidos num ângulo entre os 45º e os 90º, o sacro estará livre, podendo realizar natação ou contra natação (Calais-Germain & Parés, 2009);
- A Cátia deve adotar a lateralidade que lhe for mais confortável. Posteriormente, colocar a perna inferior em extensão. A perna superior posicionada com um ângulo coxofemoral inferior a 90º, assim como a flexão do joelho. A mesma pode ficar apoiada sobre uma almofada baixa, permitindo um ligeiro declive (Nogueira, 2012);
- Permitir que a Cátia treine as posições anteriormente instruídas, juntamente com a sua pessoa significativa, por forma a perceber e escolher aquelas que contribuem para uma maior conforto e sensação de bem-estar.

O Quadro 30 expõe o plano de cuidados face ao conhecimento da Cátia sobre trabalho de parto.

**Quadro 30.** Conhecimento da Cátia sobre trabalho de parto

| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Trabalho de Parto                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b><br>Pelas 17:00 horas a Cátia referiu vontade de urinar e questiona se podia alimentar-se.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                       |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b><br>A Cátia encontra-se na fase latente do 1º estágio do trabalho de parto (colo amolecido, com 80% de extinção, 4 centímetros de dilatação, bolsa amniótica íntegra, apresentação fetal acima do I plano de <i>Hodge</i> . Encontra-se com perfusão oclótica a 15ml/h. Apresenta contrações regulares, contabilizando-se quatro contrações em 10 minutos; frequência cardíaca fetal com uma linha de base entre os 110-160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, com acelerações e presença de movimentos fetais. |  |                                                                                                       |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Potencial para melhorar conhecimento sobre trabalho de parto                                          |
| <b>OBJETIVOS:</b><br>Promover empoderamento para lidar com o trabalho de parto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b><br>Que a Cátia seja capaz de gerir a ingestão de líquidos e alimentos. |
| <b>INTERVENÇÕES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                       |

(17:00) Ensinar sobre trabalho de parto

(17:00) Ensinar sobre trabalho de parto: Segundo a WHO (2018), para mulheres com um trabalho de parto de baixo risco é recomendada a ingestão de líquidos e alimentos por via oral durante o trabalho de parto. Da mesma forma, a DGS (2024) recomenda na fase latente do trabalho de parto oferecer à líquidos claros como 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.

O Quadro 31 sumariza o plano de cuidados face ao controlo da dor de trabalho de parto.

**Quadro 31.** Controlo da dor de trabalho de parto [17:45 horas]

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>FOCO DE ATENÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Trabalho de Parto                                                                       |  |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b><br>Às 17:45 a Cátia levantou para deambular, tendo caminhado e realizado alguns exercícios de mobilidade da pelve com o apoio da pessoa significativa.<br>Pela 18:00 horas a Cátia referiu uma dor muito intensa na virilha à esquerda e no sacro, solicitando analgesia epidural.                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                         |  |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b><br>Às 17:30 a Cátia foi reavaliada pela equipa médica, tendo-se realizado toque vaginal e apresentando as seguintes características: colo amolecido, com 80% de extinção, 5 centímetros de dilatação, bolsa amniótica íntegra, apresentação fetal no I plano de <i>Hodge</i> . Foi sugerido pela equipa médica realizar rotura terapêutica da bolsa amniótica que a Cátia consentiu. Verificou-se saída de líquido amniótico claro, com cheiro suis generis e em quantidade moderada e uma variedade da apresentação fetal occipito esquerda posterior. |                                                                                         |  |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Trabalho de Parto                                                                       |  |
| <b>OBJETIVOS:</b><br>Controlar dor de trabalho de parto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b><br>Que a Cátia sinta alívio da dor de trabalho de parto. |  |
| <b>INTERVENÇÕES:</b><br>(18:00) Assistir a posicionar<br>(18:00) Gerir analgesia<br>(18:00) Gerir ambiente físico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                         |  |

O Quadro 32 sumariza o plano de cuidados face à capacidade da Cátia para lidar com a dor de trabalho de parto.

**Quadro 32.** Capacidade da Cátia para lidar com a dor de trabalho de parto [18:20 horas]

| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Trabalho de Parto                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b><br>Pelas 18:20 horas a Cátia referiu que mantinha a dor, com a mesma intensidade, na virilha à esquerda e no sacro. Referiu que a mesma só aliviava ligeiramente na virilha quando se colocava em decúbito lateral esquerdo. Foi questionado se gostaria de experimentar a massagem na região lombar e sacro, como estratégia não farmacológica para alívio da dor de trabalho de parto, a qual assentiu.                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b><br>(17:30) A Cátia encontra-se na fase latente do 1º estágio do trabalho de parto (colo amolecido, com 80% de extinção, 5 centímetros de dilatação, com rotura da bolsa amniótica, apresentação fetal no I plano de <i>Hodge</i> e variedade <i>occiput</i> posterior esquerda. Encontra-se com perfusão ocitócica a 15ml/h. Apresenta contrações regulares, contabilizando-se quatro contrações em 10 minutos; frequência cardíaca fetal com uma linha de base entre os 110-160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, com acelerações e presença de movimentos fetais. |  |                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto                                                                                                                                                   |
| <b>OBJETIVOS:</b><br>Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b><br>Que a Cátia sinta alívio da dor de trabalho de parto;<br>Que a pessoa significativa seja capaz de realizar massagem como estratégia não farmacológica de alívio da dor de trabalho de parto. |
| <b>INTERVENÇÕES:</b><br>(18:20) Instruir e treinar (com a pessoa significativa) estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto – massagem lombo-sagrada<br>(18:20) Gerir ambiente físico para promover relaxamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                |

(18:20) Instruir e treinar (com a pessoa significativa) estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto: Segundo Ataş & Özerdoğan (2025), a realização de massagem no primeiro estágio do trabalho de parto contribui para a redução da dor do trabalho de parto e, consequentemente, para uma experiência mais positiva do mesmo. Segundo os

mesmos autores, o seu efeito é potenciado quando realizada pela pessoa significativa.

Atividades que concretizam a intervenção:

- Primeiramente, reunir o material necessário para o procedimento: cadeira e óleo de massagem. A Cátia deve adotar a posição com a qual se sente mais confortável, tendo optado pela posição de decúbito lateral esquerdo. Demonstrar os movimentos que podem ser realizados. Assim, poderá ser realizada massagem simples, com movimentos circulares na zona lombo-sagrada e movimentos de deslizamento das mãos paralelamente desde o sacro até ao pescoço; massagem com pressão através do punho na região sagrada; ou alternância da pressão com massagem simples, usando as mãos, por forma a relaxar a musculatura lombo-sagrada. A força da pressão exercida e o local devem ser determinados pela Cátia (Cardoso et al., 2023);
- Permitir que o Mário treine os movimentos anteriormente descritos, guiando-se pelas indicações da Cátia.

O Quadro 33 remete o plano de cuidados face ao trabalho de parto da Cátia.

**Quadro 33.** Trabalho de parto da Cátia

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>FOCO DE ATENÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Trabalho de Parto              |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b><br>Pelas 18:35 a Cátia afirma encontrar-se desconfortável na posição de decúbito lateral esquerdo, querendo posicionar-se numa posição de quatro apoios. Refere ainda manter dor na virilha à esquerda e no sacro, tendo a massagem aliviado a sua intensidade.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                |
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b><br>(17:30) A Cátia encontra-se na fase latente do 1º estágio do trabalho de parto (colo amolecido, com 80% de extinção, 5 centímetros de dilatação, com rotura da bolsa amniótica, apresentação fetal no I plano de <i>Hodge</i> e variedade <i>occipito</i> esquerda posterior. Encontra-se com perfusão ocitócica a 15ml/h. Apresenta contrações regulares, contabilizando-se quatro contrações em 10 minutos; frequência cardíaca fetal com uma linha de base entre os 110-160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, com acelerações e presença de movimentos fetais. |                                |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Trabalho de Parto              |
| <b>OBJETIVOS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b> |

|                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto;<br>Facilitar trabalho de parto/nascimento.                                                                                                                                                    | Que a Cátia sinta alívio da dor de trabalho de parto;<br>Que a Cátia adote uma posição que lhe dá conforto. |
| <b>INTERVENÇÕES:</b><br>(18:35) Assistir no posicionar<br>(18:35) Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto<br>(18:40) Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto: Aplicação de calor |                                                                                                             |

(18:35) Assistir no posicionar: Assistir a Cátia a colocar-se numa posição de quatro apoios sobre a cama.

(18:35) Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto: Numa revisão da *Cochrane* realizada por Guittier et al., (2016), verificou-se que a adoção da posição de quatro apoios não melhorava o desfecho do trabalho de parto quando a variedade fetal era *occipito* posterior (OP). No entanto, outros autores descreveram a mesma posição como facilitadora da rotação da cabeça fetal para uma variedade *occipito* anterior. Apesar de não haver concordância neste ponto, a literatura descreve que a posição de quatro apoios melhora significativamente a dor ao nível das costas e o conforto da mulher na presença de uma variedade OP (Guittier et al., 2016). Segundo Cardoso et al., (2023), posições e movimentos maternos que alteram as forças da gravidade, as dimensões pélvicas e as várias pressões dentro do útero e sobre as articulações pélvicas promovem a alteração da posição do feto.

Atividades que concretizam a intervenção:

- Assistir a Cátia a colocar-se numa posição confortável, descendo na totalidade a cabeceira da cama e colocando a bola de partos sobre o leito, permitindo que a Cátia se apoie inclinado o tronco para a frente;
- Esta posição permite movimentos livres da pelve que a Cátia realizou entre as contrações.

(18:40) Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto – Aplicação de calor: A aplicação de calor em zonas corporais como a zona lombar ou abdómen inferior, permite a vasodilatação e,

consequentemente, o aumento do fluxo sanguíneo nessa zona, influenciando a transmissão dos impulsos dolorosos e ativando a libertação de opioides endógenos através do mecanismo de placebo (Kaur et al., 2020).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Primeiro foi obtido o consentimento da Cátia e explicado o que se iria suceder. Posteriormente, reunir o material necessário: compressas e cápsula com água quente. Com a Cátia na posição de quatro apoios, expor a região lombo-sagrada e aplicar compressas embebidas na água quente. Confirmar se a temperatura é confortável para a Cátia.

O Quadro 34 sumariza o plano de cuidados face ao parto da Cátia.

**Quadro 34.** Parto da Cátia

| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Trabalho de Parto |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p><b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b></p> <p>Pelas 19:00 horas a Cátia referiu sentir pressão na vagina e ânus. Foi assistida a posicionar-se em decúbito dorsal, por forma a realizar-se toque vaginal. Apresentava o colo uterino com dez centímetros de dilatação, 100% extinto e numa posição anterior. O feto em apresentação fetal cefálica, com variedade occipito esquerda transversa e no III plano de <i>Hodge</i>. A Cátia não tinha o reflexo de <i>Fergusson</i> presente. Relativamente ao CTG apresentava quatro contrações em 10 minutos, com uma duração de 40 segundos; frequência cardíaca fetal com uma linha de base entre os 110-160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, com acelerações.</p> <p>Às 19:10 a Cátia apresentava o reflexo de <i>Fergusson</i> presente e, ao ser examinada, verificou-se que a apresentação fetal se encontrava entre o III e o IV plano de <i>Hodge</i> e em variedade occipito esquerda anterior, iniciando esforços expulsivos espontâneos. O CTG apresentava uma linha basal de 140 bpm, com variabilidade entre os 5 e 25 bpm e sem desacelerações repetitivas. O padrão de contractilidade uterina era regular, com quatro contrações a cada dez minutos e com duração de cada contração de 40 segundos. A dor que a Cátia apresentava localizava-se na zona lombo sagrada, com pressão perineal associada, típica do segundo estadio de trabalho de parto.</p> <p>Durante os esforços expulsivos verificou-se que a Cátia apresentava uma cicatriz de episiotomia resultante do parto anterior e ligeira alteração da coloração do períneo aquando da aproximação do coroamento da cabeça do feto, como distensão da pele do períneo.</p> <p>Pelas 19:20 horas nasceu a Maria, com 3120g, 51 centímetros de comprimento, 36 centímetro de perímetro cefálico e Apgar 9/10/10, ao 1º, 5º e 10º minuto, respetivamente.</p> <p>A Cátia apresentou o períneo íntegro.</p> |                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b><br>A Cátia deu entrada no Bloco de Partos às 04:50 horas com o diagnóstico de início de trabalho de parto, apresentando colo amolecido, com 80% de extinção e quatro centímetros de dilatação, o feto em apresentação cefálica, acima do I plano de <i>Hodge</i> , com a bolsa amniótica íntegra. Apresentava contrações irregulares. |                                                                                                                    |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Trabalho de Parto                                                                                                  |
| <b>OBJETIVOS:</b><br>Promover parto eutócico;<br>Prevenir laceração do períneo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b><br>Que a Cátia tenha um parto eutócico;<br>Que a Cátia apresente o períneo íntegro. |
| <b>INTERVENÇÕES:</b><br>(19:20) Assistir no parto<br>(19:20) Implementar medidas de proteção do períneo                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                    |

(19:20) Assistir no parto: Uma revisão sistemática realizada por (Sigaldehy et al., (2025), concluiu que o parto assistido por EE-ESMO aumenta a taxa de partos eutócicos, diminui a taxa de episiotomias e hemorragia pós-parto e o tempo de internamento de recém-nascidos em unidades de cuidados intensivos neonatais. Além disso, estudos mostraram que a assistência pelo EE-ESMO reduz a duração do trabalho de parto, assim como a dor de trabalho de parto, diminuiu o uso de analgesia epidural e melhora a experiência do parto (Sigaldehy et al., 2025).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Primeiramente, foi explicado à Cátia, de forma clara e sucinta, o que se iria proceder. Além disso, foi pedido o consentimento para a realização de cada intervenção ao longo do período expulsivo, considerando o seu plano de parto e a vontade verbalizada pela Cátia;
- Posteriormente, assistiu-se a Cátia a posicionar-se em posição semi-sentada, com os pés apoiados nas pernas, ficando as pernas fletidas num ângulo superior a 90° e agarrando as pernas pela face externa durante os esforços expulsivos, colocando-as em rotação interna. Embora esteja recomendado a escolha da posição por parte da mulher durante o parto (WHO, 2018), o hospital onde se realizou o estágio preconiza a adoção da posição semi-sentada no período expulsivo, pelo que foi essa a posição adotada na assistência ao parto;

- A Cátia foi incentivada a realizar esforços expulsivos sempre que sentisse vontade;
- Após a exteriorização completa da cabeça, foi pedido à Cátia que suspendesse os esforços expulsivos. Com a mão não dominante, foi verificada a existência de circular cervical do cordão. Após a restituição procedeu-se ao desencravamento do ombro anterior e, em seguida, do ombro posterior. Finalmente, com mão não dominante apoiou-se a restante exteriorização fetal e colocou-se o recém-nascido sobre a Cátia, em contacto pele com pele.

(19:20) Implementar medidas de proteção do períneo: A aplicação de compressas quentes no períneo diminui a tensão do períneo, aumenta a circulação sanguínea e melhora o conforto materno. Desta forma, sendo uma intervenção não invasiva e segura, poderá melhorar a integridade do períneo e diminuir o risco de lacerações (Sun et al., 2024).

Atividades que concretizam a intervenção:

- Durante o período expulsivo foram aplicadas compressas embebidas em água aquecida a uma temperatura que a Cátia considerasse tolerável e confortável. As compressas foram substituídas sempre que encontravam sujas e a sua aplicação foi realizada no intervalo das contrações para promover o relaxamento das estruturas perineais;
- No momento do coroamento, foi realizada a técnica *Hands-On*, juntamente com o controlo da saída da cabeça fetal, permitindo completar a flexão da cabeça e o seu desprendimento lento.

**DOMÍNIO: NASCIMENTO**

O Quadro 35 sumariza o plano de cuidados face ao nascimento da Maria.

**Quadro 35.** Nascimento da Maria

| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                         | Nascimento |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b><br>Pelas 19:20 horas nasceu a Maria, com 3120g, 51 centímetros de comprimento, 36 centímetro de perímetro cefálico e Apgar 9/10/10, ao 1º, 5º e 10º minuto, respetivamente. |            |

|                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b><br>A Cátia pretendia realizar contacto pele com pele logo após o nascimento e que o cordão umbilical fosse cortado pelo Mário. Além disso, pretendia amamentar a Maria na primeira hora de vida. |            |                                                                                                                                                      |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                                                                                     | Nascimento |                                                                                                                                                      |
| <b>OBJETIVOS:</b><br>Promover adaptação à vida extrauterina.                                                                                                                                                                                           |            | <b>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</b><br>Que o recém-nascido apresente pele rosada, bom tônus muscular, flexão dos músculos e sem dificuldade respiratória. |
| <b>INTERVENÇÕES:</b><br>(19:23) Executar clampeamento do cordão umbilical<br>(19:24) Executar técnica de pele com pele                                                                                                                                 |            |                                                                                                                                                      |

(19:23) Executar clampeamento do cordão umbilical: De acordo com as diretrizes da WHO (2018), da ACOG (2020) e da SPN (2023), foi realizado clampeamento tardio do cordão, tendo sido a sua laqueação realizada pelo Mário, pessoa significativa da Cátia, uma vez que era a sua vontade.

Atividades que concretizam a intervenção:

- Procedeu-se à laqueação do cordão umbilical ao fim de dois minutos. O cordão umbilical foi clampado cerca de três a quatro centímetros acima do anel umbilical com recurso a um clampe de cordão umbilical e uma pinça de *Kocker* e o Mário realizou o corte do cordão umbilical, instruindo-se a fazê-lo entre o clampe e a pinça.

(19:24) Executar técnica de pele com pele: A realização de contacto pele com pele logo após o nascimento traz vantagens para a mulher, facilitando o terceiro estágio do trabalho de parto, diminuindo o risco de hemorragia pós-parto e promovendo a amamentação (Widström et al., 2019), e para o recém-nascido, promovendo a adaptação à vida extrauterina, a termorregulação e a manutenção dos níveis de glicemia (Hubbard & Gattman, 2017; Widström et al., 2019).

Atividades que concretizam a intervenção:

- A Maria foi colocada, despida, sobre o peito materno, em decúbito ventral, com os membros inferiores ligeiramente fletidos e o tórax levantado, rosto

destapado e face lateralizada. Foi coberta com lençol seco e quente, mantendo o rosto visível.

## DOMÍNIO: PARTO

O Quadro 36 apresenta o plano de cuidados face à expulsão da placenta.

**Quadro 36.** Expulsão da placenta

|                                                                                                                                                       |  |                                                                                              |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                       |  | Trabalho de parto                                                                            |  |
| DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:                                                                                                                  |  |                                                                                              |  |
| A dequitação deu-se pelas 19:30 horas, com mecanismo de <i>Duncan</i> , tendo sido verificado que se encontrava completa, sem cotilédones aberrantes. |  |                                                                                              |  |
| DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:                                                                                                        |  |                                                                                              |  |
| A Cátia teve um parto eutócico às 19:20 horas.                                                                                                        |  |                                                                                              |  |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                           |  | Trabalho de parto                                                                            |  |
| OBJETIVOS:                                                                                                                                            |  | CRITÉRIOS DE RESULTADO:                                                                      |  |
| Facilitar trabalho de parto/nascimento.                                                                                                               |  | Que o globo de <i>Pinard</i> esteja formado;<br>Que a perda vaginal seja escassa a moderada. |  |
| INTERVENÇÕES:                                                                                                                                         |  |                                                                                              |  |
| (19:30) Assistir na expulsão da placenta                                                                                                              |  |                                                                                              |  |

(19:30) Assistir na expulsão da placenta: De acordo com a OMS (2014), a gestão ativa do terceiro estadió do trabalho de parto, previne a hemorragia pós-parto, através da administração de uterotómicos, realização de tração controlada do cordão umbilical e massagem no fundo uterino.

### Atividades que concretizam a intervenção:

- Primeiramente, foi explicado à Cátia todo o procedimento e reforçado que poderia sentir contrações uterinas;
- Realizou-se uma gestão ativa do terceiro estadió do trabalho de parto, administrando uma perfusão de dez unidades de ocitocina em um litro de soro fisiológico a 250 mililitros/hora, de acordo com o protocolo do serviço, e realizando tração controlada do cordão umbilical com recurso à manobra de *Kustner* para verificar o descolamento da placenta do útero. Foi também massajado o fundo uterino ligeiramente para assistir à saída da placenta;

- Posteriormente, foi executada a manobra de *Dublin*, realizando rotação contínua para a exteriorização completa das membranas, prevenindo a fragmentação das mesmas;
- Após a saída da placenta, foi verificado o globo de segurança de *Pinard* e observada a totalidade da placenta. Por fim, avaliou-se a perda sanguínea, massajando o fundo uterino com o objetivo de promover a sua contractilidade e a saída de coágulos. A Cátia apresentava perda hemática moderada, compatível com o período pós-parto imediato;
- Verificou-se que o mecanismo de saída da placenta foi de *Duncan*, sendo que este mecanismo apresenta maior risco de hemorragia pós-parto, pelo que foram avaliadas as perdas sanguíneas a cada 15 minutos e os sinais vitais para deteção precoce desta complicação (OMS, 2012).

**DOMÍNIO: AMAMENTAÇÃO**

O Quadro 37 sumariza o plano de cuidados face aos comportamentos para amamentar.

**Quadro 37.** Comportamentos para amamentar

|                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| FOCO DE ATENÇÃO                                                                                                                                                                                                                              |  | Comportamentos para amamentar                                                                                                       |  |
| DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                     |  |
| A Cátia referiu no seu plano de parto querer amamentar a Maria na primeira hora de vida, mantendo vontade após o parto. A Maria ainda não apresentava comportamento espontâneo de abocanhar o mamilo, mantendo-se em contacto pele com pele. |  |                                                                                                                                     |  |
| DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                     |  |
| Amamentou até aos 18 meses o seu outro filho.                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                     |  |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                  |  | Amamentação                                                                                                                         |  |
| OBJETIVOS:                                                                                                                                                                                                                                   |  | CRITÉRIOS DE RESULTADO:                                                                                                             |  |
| Promover o amamentar/mamar;<br>Determinar evolução da amamentação.                                                                                                                                                                           |  | Que a Maria passe pelas nove fases de adaptação à vida extrauterina;<br>Que a Maria apresente comportamentos de abocanhar o mamilo. |  |
| INTERVENÇÕES:                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                     |  |
| (19:40) Executar técnica de pele com pele<br>(próximo contacto) Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar                                                                                                                           |  |                                                                                                                                     |  |

(19:40) Executar técnica de pele com pele: Segundo a DGS (2024), a amamentação na primeira hora de vida deve ser iniciada quando o recém-

nascido apresenta comportamentos para abocanhar o mamilo. Tendo em conta que isto não se verificou, a Maria foi mantida em contacto pele com pele ininterrupto, permitindo-a passar pelos nove estádios. Esta terapêutica é de elevada importância, uma vez que permite a exploração por parte do recém-nascido, assim como o aumento do vínculo, resultando no desenvolvimento do instinto de sobrevivência para encontrar a mama e iniciar sucção na primeira hora de vida (Brimdyr et al., 2020).

#### **4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Durante o estágio na área de Puerpério tive a oportunidade de explorar a temática do contacto pele com pele no período de internamento pós-parto, verificando que as mulheres não realizavam contacto pele com pele com o recém-nascido de forma espontânea, implementando-o apenas quando incentivado pela EE-ESMO. Desta forma, surgiu a questão “*O que leva as mulheres a não realizar contacto pele com pele no internamento pós-parto?*”. Define-se como contacto pele com pele a colocação do recém-nascido, nu, numa posição vertical sobre o peito ou abdómen, despido, da mãe ou pai (OE, 2013; Bedaso et al., 2019).

Ao EE-ESMO compete cuidar da mulher, durante o período pós-parto, no sentido de potenciar a saúde da puérpera, promovendo a adaptação à parentalidade, a recuperação pós-parto e a gestão saudável da conjugalidade pós-parto (OE, 2021). Assim, espera-se que a identificação das barreiras ao contacto pele com pele no internamento pós-parto, permita consolidar as competências definidas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Diário da República nº 391/2019), desenvolvendo uma consciência profissional sobre o papel do EE-ESMO.

##### **4.1. Enquadramento teórico**

Efetivamente, o conceito anteriormente descrito tem vindo a ser bastante explorado pela comunidade científica, sobretudo na primeira hora após o nascimento. Sabe-se que, nesta *golden hour*, o contacto pele com pele facilita a adaptação à vida extrauterina, promovendo a termorregulação, a estabilidade cardiorrespiratória, valores de glicemia normais e a colonização inicial do

microbioma. Além disso, promove a recuperação pós-parto, o vínculo afetivo mãe-filho e o sucesso na amamentação (Dalbye et al., 2011).

Apesar de esta terapêutica ser de extrema relevância, verifica-se que existe menos literatura que explore o contacto pele com pele após a primeira hora de vida e no período de internamento pós-parto. No entanto, sabe-se que quanto mais tempo e mais frequentemente for realizado contacto pele com pele entre a mãe e o recém-nascido, mais benefícios haverá para ambos.

Neste sentido, há estudos que suportam que esta prática reduz a suplementação com leite de fórmula, uma vez que há uma melhoria na autoeficácia para amamentar e na autoconfiança das puérperas e, ainda, que há uma diminuição do risco de depressão pós-parto (Ferrarello & Hatfi, 2014). Assim, estudos têm vindo a demonstrar que mulheres que realizam contacto pele com pele durante o período pós-parto apresentam uma maior expressão de emoções positivas e uma perceção mais positiva relativamente ao recém-nascido, assim como menos sintomas depressivos e maior empoderamento face ao papel parental (Bigelow et al., 2012). Por outro lado, esta prática diária revelou uma melhoria na saúde do recém-nascido, promovendo o aumento de peso, a diminuição de situações de doença, diminuição do choro e níveis mais baixos de cortisol com consequente melhoria no sono (El Sehmawy et al., 2023).

Contudo, apesar de se compreender que o contacto pele com pele realizado no período de puerpério, e à posteriori, tem um impacto positivo na saúde da mulher e do recém-nascido não se verifica a existência de recomendações e/ou *guidelines* nacionais e internacionais que promovam e facilitem a implementação desta terapêutica. Assim, verifica-se que esta lacuna poderá apresentar-se, por si só, como uma barreira para realização de contacto pele com pele no serviço onde foi detetada a problemática.

Da mesma forma, verificou-se que, apesar de escassa, a literatura foca-se maioritariamente nos benefícios do contacto pele com pele, descartando a análise da sua implementação nos diversos serviços de saúde. Neste sentido, torna-se primordial identificar e analisar que fatores comprometem esta prática,

isto é, quais são as barreiras percebidas pelas puérperas e pelos EE-ESMO ao contacto pele com pele durante o internamento pós-parto.

Assim, o tema é de elevada relevância clínica, já que ao identificar as barreiras percebidas pelas puérperas e pelos EE-ESMO, será possível implementar terapêuticas específicas que promovam não só o contacto pele com pele neste período, mas também a tomada de decisão autónoma e empoderada das mulheres e, conseqüentemente, contribuir para uma transição para a parentalidade mais saudável e para a melhoria da qualidade nos e dos cuidados de enfermagem.

#### 4.2. Metodologia

Optou-se por realizar uma revisão narrativa da literatura, uma abordagem adequada para explorar temas com produção científica, permitindo uma análise crítica e contextualizada do conhecimento existente sobre as barreiras ao contacto pele a pele no internamento pós-parto (Casarin et al., 2020).

Após a formulação da questão orientadora para a revisão - Quais são as barreiras, percebidas pelas puérperas e EE-ESMO, ao contacto pele com pele no internamento pós-parto, utilizou-se a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto), por forma a estruturar os critérios de inclusão da revisão. Assim, foram considerados elegíveis os artigos que cumprissem os seguintes requisitos:

- População (P): Puérperas, mulheres no período pós-parto imediato ou precoce e EE-ESMO. Na literatura internacional, estes profissionais surgem frequentemente identificados como *midwives*, *nurse-midwives* ou *obstetric nurses*, dependendo do país e do enquadramento legal e profissional.
- Conceito (C): Barreiras percebidas ao contacto pele a pele. Engloba obstáculos físicos, emocionais, sociodemográficos, organizacionais ou

relacionais à prática do contacto pele a pele entre mãe e recém-nascido, conforme identificados pelas puérperas ou pelos EE-ESMO.

- Contexto (C): Internamento pós-parto em contexto hospitalar, incluindo unidades de puerpério, maternidade ou alojamento conjunto, imediatamente após o parto. Excluíram-se internamentos em unidades de cuidados intensivos neonatais.
- Tipo de estudos: Foram incluídas revisões da literatura e investigações primárias com abordagens quantitativas, qualitativas ou de métodos mistos. Excluíram-se artigos de opinião, relatos de experiência e documentos sem base empírica ou revisão estruturada da literatura.

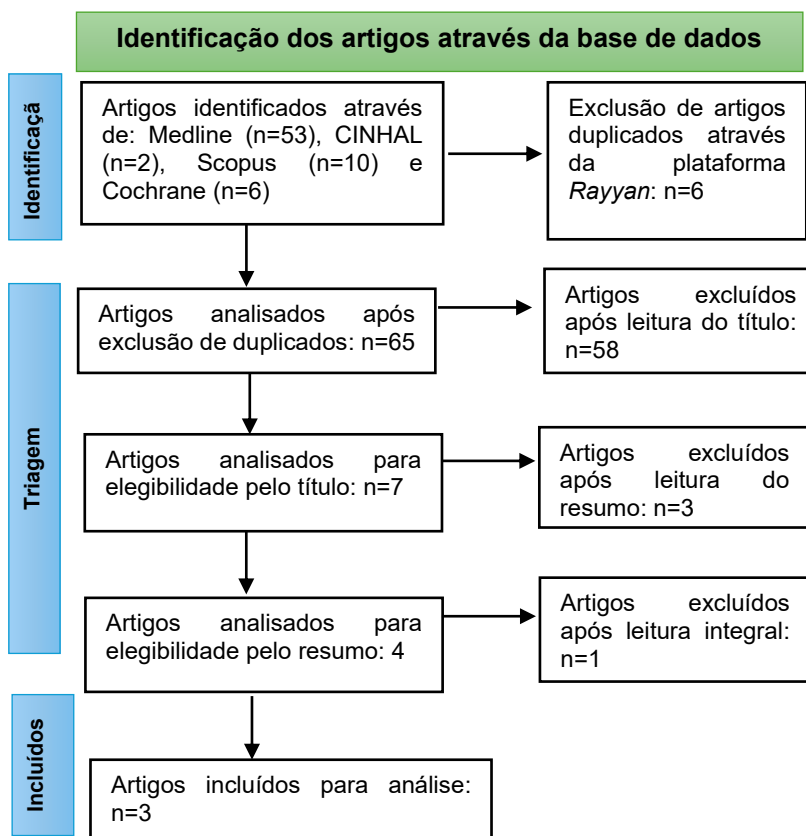
A estratégia de pesquisa utilizada para a revisão correspondeu, inicialmente, à determinação dos termos iniciais e palavras-chave e, posteriormente descritores a utilizar, recorrendo aos Descritores em Ciências da Saúde e Descritores *Medical Subject Headings* (MeSH). De seguida, foi realizada a pesquisa nas quatro bases de dados escolhidas: *MEDLINE* (via *PubMed*), *CINAHL Complete* (via *EBSCOhost*), *Scopus* e *Cochrane Library*, usando os termos indexados e palavras-chave selecionados. Por fim, foram incluídos artigos publicados em todos os idiomas, sem definição temporal. A pesquisa bibliográfica foi realizada entre os meses de julho e agosto. No Apêndice I, encontram-se descritas as expressões utilizadas em cada base de dados.

A seleção dos estudos foi realizada manualmente por um revisor e foi conduzida em três etapas. Na primeira, procedeu-se à leitura dos títulos dos artigos identificados, com o intuito de excluir os que se mostravam claramente irrelevantes. Na segunda etapa, os resumos dos estudos potencialmente elegíveis foram analisados, tendo em conta os critérios previamente definidos. Por fim, os textos completos dos artigos selecionados foram lidos integralmente, de modo a confirmar a sua adequação ao objeto de estudo.

Da pesquisa realizada, resultaram 53 artigos da *MEDLINE*, dois artigos da *CINAHL Complete*, dez artigos na *Scopus* e seis artigos na *Cochrane Library*, resultando num total de 71 artigos incluídos. Após a pesquisa, as referências foram geridas com o auxílio do software *Rayyan* (*Rayyan - Qatar Computing*

*Research Institute, Data Analytics, Doha, Qatar*), o qual permitiu a organização dos resultados, a identificação de artigos duplicados e o registo das decisões de inclusão e exclusão dos artigos.

No processo de seleção, após eliminar os artigos duplicados foi realizada uma avaliação dos mesmos através da leitura dos títulos e resumos, tendo resultado em quatro artigos a analisar. Após a leitura do texto integral de cada um, foi excluído um artigo, resultando em três artigos que respondem à questão de investigação. O processo de seleção de estudos encontra-se expresso num fluxograma (Figura 1).



**Figura 1.** Fluxograma de seleção de artigos

Os dados extraídos foram organizados numa tabela própria, incluída como apêndice neste documento. A tabela foi elaborada de acordo com os objetivos da revisão e apresenta detalhes específicos sobre as características das fontes de evidência, como: identificação do estudo (autor, ano, país), tipo de estudo,

população envolvida, contexto de realização e principais barreiras percebidas ao contacto pele a pele.

#### **4.3. Resultados**

Os artigos selecionados apresentam, publicações recentes, entre 2014 e 2021, provenientes de diferentes países, China, Filipinas e Estados Unidos da América, e envolvendo enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica. A síntese detalhada das características dos artigos encontra-se sistematizada no Apêndice II.

Dos artigos analisados, destacam-se barreiras de ordem física, estrutural e institucional na perspetiva das puérperas e EE-ESMO. De acordo com Zhang et al., (2021), das 752 mulheres que participaram no estudo realizado em quatro hospitais de nível III, localizados em diferentes províncias do Sudeste e Noroeste da China, encontrando-se internadas no serviço de puerpério por uma período entre dois e quatro dias, 45% das puérperas referiram como principais barreiras ao contacto pele com pele a necessidade de uso do sanitário, 36,2% o choro do recém-nascido e 26,5% a perceção de limitação de tempo para a realização de contacto pele com pele. Segundo os mesmos autores, a dor abdominal associada à cesariana, a falta de privacidade nas unidades hospitalares e visitas de familiares são outras três barreiras percebidas pelas mulheres. Ferrarello e Hatfie (2014) obtiveram os mesmos resultados em relação às últimas três barreiras identificadas.

No estudo realizado por Ferrarello & Hatfield (2014), através de inquérito e entrevista a um grupo focal de puérperas entre o 3º e o 30º dia pós-parto, concluíram também como barreiras ao contacto pele com pele a falta de segurança em realizar o procedimento por sensação de sonolência e a presença de outra pessoa/familiar com vontade de segurar no recém-nascido. De

ressaltar que as questões aplicadas neste estudo remetiam ao período de internamento pós-parto num Hospital Universitário da região do Médio-Atlântico dos Estados Unidos da América.

No mesmo estudo, foram identificadas barreiras percebidas pelos EE-ESMO que convergem com a percepção das puérperas. Neste sentido, destacam-se a presença de visitas na unidade da mulher, a sonolência materna, a falta de privacidade/vergonha na exposição do corpo e a vontade dos familiares em segurar no recém-nascido ao colo. De referir que a falta de conhecimento da puérpera em relação à importância do contacto pele com pele é também destacada como barreira percebida pelos EE-ESMO neste estudo.

Nos estudos realizados por Zhang et al. (2021) e Ferrarello e Hatfie (2014), foram identificadas barreiras percebidas pelos EE-ESMO idênticas às percebidas pelas puérperas: falta de privacidade e visitas de familiares.

Segundo Zhang e colaboradores (2021), os EE-ESMO relatam que a curta duração do internamento pós-parto é uma barreira ao contacto pele com pele, já que este espaço temporal não é suficiente para apoiar e capacitar as puérperas. Por seu turno, as mulheres relatam, também como barreira, a necessidade de realização de procedimentos e rotinas hospitalares que impossibilitam ou interrompem esta terapêutica. Esta última barreira corrobora com os resultados identificados por Farrarello e Hatfie (2014), já que as mulheres destacam um ambiente agitado devido às rotinas hospitalares.

Num estudo transversal realizado por Almazan et al. (2019), foram analisados dados sociodemográficos dos EE-ESMO que mostraram condicionar a implementação do contacto pele com pele durante o internamento pós-parto em seis unidades de saúde rurais, dois hospitais públicos e um hospital privado localizados nas Filipinas.

Neste sentido, os autores compreenderam que EE-ESMO que eram casadas aplicavam mais frequentemente esta terapêutica, assim como EE-ESMO mais jovens, não sendo a idade especificada no estudo. Além disso, o seu grau académico está diretamente relacionado com a implementação do contacto pele

com pele, sendo que enfermeiros com mestrado e formação na área apresentavam uma atitude mais positiva face à intervenção. Em relação ao tipo de unidade de saúde, concluiu-se que os EE-ESMO de unidades de saúde rurais implementavam mais ativamente o contacto pele com pele do que EE-ESMO em unidades hospitalares. Por fim, os autores identificaram como barreira percebida pelos EE-ESMO a falta de formação relativa à implementação de contacto pele com pele em pós-parto de nascimentos múltiplos.

#### **4.4. Discussão dos Resultados**

A análise dos dados permitiu identificar diversas barreiras percebidas à implementação do contacto pele com pele em contexto de internamento pós-parto, quer da perspetiva das puérperas, quer dos EE-ESMO. Os resultados evidenciam uma multiplicidade de fatores que interferem na prática, revelando diferenças e convergências entre os dois grupos de participantes.

Neste sentido, as principais barreiras percebidas pelos participantes convergem na falta de privacidade para a realização da terapêutica, na presença de visitas na unidade da mulher, na vontade de outros/familiares em segurar no recém-nascido, na dor abdominal após cesariana, na necessidade de realização de rotinas/procedimentos hospitalares e falta de segurança por sonolência materna.

Efetivamente, nos estudos realizados por Zhang et al. (2021) e Ferrarello e Hatfie (2014) compreendeu-se que as puérperas não experienciaram dificuldades técnicas na realização do contacto pele com pele e consideraram esta prática benéfica tanto para elas como para o recém-nascido. No entanto, a análise dos dados revelou barreiras estruturais e institucionais importantes que condicionam a realização do contacto pele com pele.

Desta forma, a melhoria da privacidade nas unidades das mulheres é um fator primordial que terá impacto na implementação do contacto pele com pele. Assim, Ferrarello e Hatfie (2014) consideram essencial o uso de peças de vestuário que

facilitem a implementação desta prática e diminuam a exposição corporal. De facto, ao longo do ensino clínico, verificou-se que as mulheres que partilhavam a enfermaria com outra puérpera/casal demonstravam desconforto na exposição corporal quando incentivadas a realizar contacto pele com pele. Apesar de as unidades apresentarem cortinas que as separam, o seu isolamento total não é possível. Além disso, a realização de procedimentos/rotinas hospitalares leva os profissionais de saúde a entrarem nas unidades das mulheres, expondo-as. Com isto, é possível compreender que existe uma quebra efetiva na privacidade e no conforto das mulheres.

Neste sentido, importa adequar e negociar, com as puérperas, as rotinas hospitalares, por forma a permitir a realização de contacto pele com pele sem interrupções e mantendo a privacidade. Ferrarello e Hatfie (2014) recomendam integrar nos serviços sinalizadores de porta para que as puérperas indiquem quando não querem ser incomodadas.

A presença de visitas na unidade da mulher e a vontade dos familiares em segurarem no recém-nascido foram duas barreiras comumente identificadas nos estudos realizados por Zhang et al. (2021) e Ferrarello e Hatfie (2014). Segundo Ferrarello e Hatfie (2014), isto pode ser explicado pelo facto de diminuir o tempo a sós da puérpera com o recém-nascido. Por outro lado, a presença de visitas tende a diminuir a privacidade da mulher, convergindo para outra barreira já identificada anteriormente. Neste sentido, Zhang et al. (2021) refere que na presença de familiares, estes devem ser incentivados a apoiar a realização de contacto pele com pele. Já Ferrarello e Hatfie (2014) considera essencial alterar a política de visitas, privilegiando o tempo a sós entre a mãe e o recém-nascido e, conseqüentemente, o descanso e privacidade materna.

Na unidade hospitalar onde foi realizado o estágio, as visitas eram permitidas no período da tarde entre as 14 e a 19 horas. Efetivamente, foi perceptível que a maioria das puérperas recebia várias visitas ao longo da tarde, sendo o recém-nascido segurado ao colo por estes. Assim, a identificação destes eventos corroboram as conclusões de Zhang et al. (2021) e Ferrarello e Hatfie (2014). De facto, o tempo a sós entre a mãe e o recém-nascido era comprometido e, tendo

em conta que a maioria das rotinas hospitalares eram realizadas na parte da manhã, tornava-se escasso o tempo para implementar o contacto pele com pele. Por outro lado, a entrada e saída constante de visitas criava um ambiente agitado, comprometendo também o conforto e privacidade de outras puérperas, uma vez que a maioria das enfermarias eram partilhas, como descrito anteriormente.

No que toca a barreiras físicas, a dor após cesariana foi percebida pelas puérperas tanto no estudo de Zhang et al. (2021), como no de Ferrarello e Hatfie (2014). Neste sentido, importa implementar intervenções que permitam o controlo efetivo da dor, assim como instruir e treinar com as puérperas posições confortáveis que facilitem a realização do contacto pele com pele.

Ainda no que concerne às barreiras físicas, a sonolência foi percebida tanto pelas puérperas como pelos EE-ESMO no estudo de Farrarello e Hatfie (2014). Assim, este estado de sonolência acompanhado, muitas vezes, por redução do estado de alerta, concentração e capacidade de reação, foi relato pelas puérpera como um fator que gerava falta de segurança na realização do contacto pele com pele. Neste sentido, os autores recomendam a implementação de um “período de descanso protegido” durante a tarde, criando nos serviços um período temporal que privilegia o descanso das mulheres, visando reduzir a fadiga e aumentando, consequentemente, a segurança dos cuidados e implementação do contacto pele com pele.

Para além das barreiras percebidas, foram também recolhidos dados sociodemográficos dos EE-ESMO no estudo de Almazan et al. (2019), nomeadamente a idade, o estado civil, o grau académico e o tipo de unidade de saúde onde exercem funções que se destacaram por interferir com a implementação do contacto pele com pele. Assim, verificou-se que EE-ESMO que eram casadas implementavam mais frequentemente o contacto pele com pele como terapêutica. Uma possível explicação para isto, é o facto de alguma já terem experienciado um trabalho de parto, parto e pós-parto, afetando diretamente a sua perceção em relação ao contacto pele com pele.

Por outro lado, os mesmos autores verificaram que EE-ESMO jovem adultos apresentavam uma atitude mais positiva face a esta terapêutica, em relação a EE-ESMO de idade-média e mais velhas, apresentando como possível explicação que a capacidade de aprendizagem tende a diminuir com o avançar da idade, o que pode levar a uma maior resistência à mudança. Neste sentido, consideram que atividades contínuas de orientação e formação, dirigidas à melhoria das atitudes e competências dos profissionais em diferentes faixas etárias, podem incentivar a adesão aos padrões de qualidade do contacto pele com pele.

No mesmo estudo, Almazan et al. (2019) identificou que os participantes apresentavam diferentes níveis de escolaridade, tendo a maioria o grau de licenciatura. Deste modo, compreenderam que o nível de formação académica influencia as atitudes dos enfermeiros relativamente ao contacto pele com pele. Assim, verificou-se que os enfermeiros com grau de mestrado demonstravam atitudes mais positivas face à terapêutica do que aqueles que possuíam apenas o grau de licenciatura em Enfermagem.

Efetivamente, por apresentarem mais conhecimento sobre o contacto pele com pele, consequentemente, os EE-ESMO implementam com mais confiança e mais frequentemente esta intervenção. Da mesma forma, a MCEESMO (2019) afirma “Apenas os EE-ESMO têm competências para prestar cuidados no âmbito do planeamento familiar, da assistência/vigilância da gravidez, puerpério, ginecologia (...)”, corroborando a importância de profissionais com formação especializada nas unidades de puerpério, por forma a garantir a qualidade dos cuidados.

Por fim, os autores identificaram diferentes atitudes face ao contacto pele com pele em diferentes tipos de unidades hospitalares. Segundo Almazan et al. (2019), os profissionais de Unidades de Saúde Rurais dão maior ênfase à implementação desta terapêutica e a abordagens alternativas de cuidados, enquanto os hospitais não adotam amplamente esta prática. Desta forma, a inadequada comunicação das políticas hospitalares, financiamento insuficiente e carência de profissionais especializados contribuem para a resistência à

implementação do contacto pele com pele nos hospitais. De reforça que, no decorrer da pesquisa sobre o tema, foi verificado que não se verifica a existência de recomendações e/ou *guidelines* nacionais e internacionais que promovam e facilitem a implementação desta terapêutica no internamento pós-parto, corroborando a barreira identificada neste estudo.

Estas variáveis identificadas por Almazan et al. (2019), poderão, futuramente, ser cruzadas com as perceções reportadas, com vista a compreender possíveis relações entre o perfil dos profissionais e a sua experiência na implementação do contacto pele com pele.

Em síntese, os resultados da pesquisa evidenciam que existe uma lacuna no que se refere não só à investigação face às barreiras percebidas pelas puérperas e pelos EE-ESMO ao contacto pele com pele no período pós-parto, especialmente durante o internamento pós-parto, mas também na sua implementação nos serviços.

No entanto, apesar de escassos, os resultados da pesquisa permitiram compreender que a prática do contacto pele com pele continua a enfrentar múltiplos obstáculos, muitos deles compatíveis com o que foi observado durante o ensino clínico. Neste sentido, emerge conceber intervenções integradas que considerem as necessidades e limitações percebidas pelas puérperas, bem como a capacitação dos profissionais e a adaptação das rotinas institucionais.

## 5. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

Ao longo do percurso realizado como estudante do MESMO, considero que desenvolvi e adquiri as competências preconizadas pela OE (2019), para o exercício profissional de EE-ESMO, nomeadamente assistindo mulheres/casais desde o período gravídico, saudável ou acompanhado de riscos, no desenrolar do trabalho de parto, parto e nascimento, assim como o puerpério imediato e os primeiros dias de vida do recém-nascido.

Ao longo do meu percurso mantive o compromisso de prestar cuidados com base na evidência científica mais atual e com foco na individualidade de cada mulher/casal. Da igual forma, as atividades descritas nos capítulos anteriores foram desenvolvidas com base na mesma premissa. Apesar disso, o facto de o processo de enfermagem se desenrolar sob um modelo de tutoria por EE-ESMO, significa que algumas práticas clínicas foram realizadas segundo as indicações destes profissionais ou de acordo com os protocolos da instituição, embora todas as ações tenham sido acompanhadas de uma reflexão crítica e fundamentadas na evidência.

Posto isto, irei refletir sobre algumas práticas e desafios com os quais me deparei ao longo dos ensinamentos clínicos que me permitiram desenvolver o pensamento crítico, promover a tomada de decisão e a construir a minha identidade profissional.

O estágio de puerpério permitiu compreender que a amamentação é uma das competências parentais mais desafiante e que suscita maior preocupação nas mulheres. Efetivamente, a falta de conhecimentos sobre a amamentação associada à falta de confiança das mulheres para cuidar dos seus filhos, pode comprometê-la significativamente. Assim, Cardoso et al., (2017), identificaram que as principais lacunas no conhecimento sobre a amamentação consistem em: promoção/manutenção da lactação (86,5%), sinais de produção de leite materno (80,5%), sinais de ingestão nutricional adequada (78,3%) e sinais de boa pega (73,4%).

Desta forma, os resultados apresentados estão de acordo com percepção pessoal adquirida ao longo do estágio de puerpério. Assim, as terapêuticas de enfermagem implementadas no período de puerpério objetivaram melhorar o conhecimento e capacidade da mulher na amamentação, promovendo a sua autoconfiança e empoderamento, através de uma presença disponível e empática, privilegiando a escuta ativa e a valorização no processo de cuidado do recém-nascido. Neste sentido, uma mulher empoderada irá sentir-se mais confiante e segura na sua tomada de decisão, levando, no caso da amamentação, a um maior prolongamento da amamentação em exclusivo no tempo e, consequentemente, fortalecimento dos vínculos familiares, promoção da saúde materna, da criança e da saúde pública.

No estágio de gravidez com complicações enfrentei desafios relacionados com o acompanhamento de mulheres submetidas a internamentos prolongados e com incerteza do desfecho daquela gravidez, sobretudo em condição de ameaça de parto pré-termo. Assim, esta condição revelou a presença de emoções negativas, como ansiedade, *stress* e angústia por parte das mulheres. Neste sentido, foi possível refletir sobre a importância de suporte emocional e como este deve de ser uma prioridade nos cuidados. Desta forma, considero que teria sido interessante desenvolver algumas sessões de educação para a saúde em grupo, sobre temas relativos à preparação para o parto e adaptação à parentalidade, assim como possíveis visitas ao serviço de neonatologia. Estas terapêuticas poderiam ter tido sucesso na diminuição dos sentimentos negativos durante o internamento.

Além disso, a partilha de experiências com mulheres que vivenciaram situações semelhantes poderia ser uma intervenção benéfica, objetivando aumentar a sua autoeficácia, já que, segundo Bandura (1977), a experiência vicariante descreve o processo pelo qual a observação de outras pessoas a executarem com sucesso determinada tarefa influencia positivamente a percepção da própria capacidade de a realizar, reforçando a confiança e a motivação para enfrentar desafios semelhantes.

Relativamente às competências desenvolvidas no âmbito do trabalho de parto e parto, estas foram as mais desafiantes, mas também as mais gratificantes. Verifiquei que o envolvimento da mulher/casal na tomada de decisão e a valorização das suas escolhas tinha um impacto significativo no desenrolar do trabalho de parto e na sua experiência positiva. Gostaria de ter tido oportunidade de aplicar outras estratégias não farmacológicas para o alívio da dor do trabalho de parto, como o duche e/ou imersão em água, no entanto as condições estruturais do serviço não o permitiram.

Destaco uma prática comumente aplicada pelos profissionais do bloco de partos, a monitorização CTG contínua. Efetivamente, segundo as *guidelines* NICE (2022) quando um trabalho de parto é considerado de baixo risco e o CTG se apresentar normal, deve-se considerar a realização de auscultação intermitente para avaliação do bem-estar fetal ou invés de monitorização contínua. Assim, durante o primeiro estágio do TP, a mesma deve ser realizada após se palpar uma contração, por pelo menos um minuto, a cada quinze minutos. Além disso, deve ser registada a presença de acelerações ou desacelerações, caso sejam detetadas, e a frequência cardíaca materna (NICE, 2021). Quando a parturiente se encontra no segundo estágio do trabalho de parto, a auscultação intermitente poderá ser mantida, no entanto a frequência da auscultação da frequência cardíaca fetal deve ser encurtada para cada cinco minutos após uma contração palpável.

Apesar das orientações verificou-se que todos os profissionais realizavam CTG contínuo desde uma fase precoce do trabalho de parto, suspendendo-o apenas para realização de atividades como ir ao WC ou realizar as refeições. Neste sentido, compreendi que esta prática era uma forma de os EE-ESMO se protegerem de possíveis desfechos adversos, garantindo assim um registo da evolução do bem-estar fetal. No entanto, e tendo em conta que nem todas as salas de partos apresentavam sondas *wireless* para monitorização CTG, esta intervenção condicionava a mobilidade das mulheres e a possibilidade de realizar determinados exercícios facilitadores da progressão do trabalho de parto. Não obstante, era sempre valorizada a opção da mulher/casal, tentando-

se negociar a prestação dos cuidados, com vista a uma experiência de parto positiva.

A realização de episiotomia por rotina não foi uma prática identificada ao longo do estágio no bloco de partos. Efetivamente, segundo (Arias et al., 2013), esta prática não demonstra proteger o períneo perante lacerações, não previne a incontinência urinária, aumenta a dor, dificulta as relações sexuais e representa um fator de risco para lacerações perineais espontâneas em partos subsequentes. Assim, de acordo com a DGS (2024), a realização de episiotomia médio-lateral seletiva deve apenas ser realizada quando há a necessidade de abreviar o nascimento por suspeita de hipoxia fetal, quando existem sinais da iminência de uma laceração perineal ou quando a laceração perineal já se está a iniciar. Neste sentido, dos 47 partos eutócicos que assisti foram realizadas apenas três episiotomias, duas pelas presença de sofrimento fetal durante a descida da apresentação fetal e uma pelos sinais de iminência de laceração perineal, manifestados por descoloração do períneo e presença de pequenas lacerações na pele.

Com o término do estágio de natureza profissional e do trabalho de reflexão crítica acerca das práticas realizadas, concluo que houve um crescimento tanto a nível pessoal, mas também profissional, emocional, cultural e social. Este percurso apesar de desafiante, fortaleceu a minha confiança, autonomia e pensamento crítico, consolidando a minha identidade pessoal e profissional enquanto futura EE-ESMO.

## CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório permitiu uma reflexão crítica sobre as experiências desenvolvidas ao longo do estágio de natureza profissional. Assim, devido às variadas características e particularidades da população-alvo dos cuidados do EE-ESMO, compreende-se a necessidade desta formação alargada e intensa, por forma a adquirir e desenvolver competências para uma prestação de cuidados excelente.

Por forma a cumprir os objetivos traçados inicialmente, ao longo do relatório foram descritos estudos de casos, referentes a cada contexto clínico, com o objetivo de explanar as experiências vividas, fundamentando as terapêuticas implementadas com base na evidência científica mais atual e permitindo uma reflexão crítica sobre a prestação dos cuidados especializados.

A prática baseada na evidência é fundamental para o desenvolvimento da enfermagem e no exercício profissional do EE-ESMO. Neste sentido, a realização da revisão narrativa da literatura permitiu analisar a evidência científica mais atual sobre as barreiras ao contacto pele com pele no internamento pós-parto e, concluir que, existe escassa literatura sobre o tema, urgindo a necessidade de se estudar este tema, por forma a melhorar a prestação dos cuidados à mulher/casal e recém-nascido, potenciando a saúde e promovendo uma transição mais saudável para a parentalidade.

Com este percurso, pretendo consolidar e aplicar o conhecimento adquirido, contribuindo para a prática segura e baseada na evidência e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Como EE-ESMO, seguirei uma filosofia de cuidados centrada na empatia, respeito e humanização, promovendo a sua autonomia, empoderamento e bem-estar físico, emocional e social.

No final deste percurso, é possível fazer um balanço extremamente positivo de toda a experiência. Apesar dos desafios que se foram colocando e da dificuldade em conciliar a vida académica com a vida profissional e pessoal, a motivação e

a resiliência para atingir o objetivo final sobrepuseram-se. Além disso, o apoio dos diversos docentes, das tutoras e das colegas, permitiram um percurso mais enriquecedor e determinado. Concluo este percurso com orgulho, gratidão e superação, marcando o final de uma bonita jornada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abalos, E., Oladapo, O. T., Chamillard, M., Díaz, V., Pasquale, J., Bonet, M., Souza, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2018). Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with 'normal' perinatal outcomes: A systematic review. In *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* (Vol. 223, pp. 123–132). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.02.026>
- Abdollahian, S., Ghavi, F., Abdollahifard, S., & Sheikhan, F. (2014). Effect of dance labor on the management of active phase labor pain & clients' satisfaction: a randomized controlled trial study. *Global Journal of Health Science*, 6(3), 219–226. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n3p219>
- Aksoy, Y. E., Yilmaz, S. D., & Kiliç, S. (2024). The effect of music therapy on non-stress test results and anxiety levels in high-risk pregnant women: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*, 30(6). <https://doi.org/10.1111/ijn.13281>
- Alechana, J. A., Asamoah Ampofo, E., Mumuni, A. A., Dzantor, E. K., & Gbene, J. (2025). Birth environment experiences of postnatal mothers; An exploratory qualitative study in Nalerigu, Ghana. *Midwifery*, 143. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104335>
- Alekseev, N. P., & Ilyin, V. I. (2016). The mechanics of breast pumping: Compression stimuli increased milk ejection. *Breastfeeding Medicine*, 0(0). <https://doi.org/10.1089/bfm.2015.0172>
- Almazan, J. U., Cruz, J. P., Albougami, A. S., Alamri, M. S., & Adolfo, C. S. (2019). Maternity-ward nurses' kangaroo mother care attitudes and practices: implications and future challenges. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(4), 848–856. <https://doi.org/10.1111/scs.12681>
- Amaro, C. I. T., Dias, H., Santos, M. J. O., Nelas, P. A. A. B., & Coutinho, E. C. (2021). Benefícios da verticalização do parto. *International Journal of*

- Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 1(1), 489–502.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v1.2130>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstetrics & Gynecology*, 133(2), e164–e173. <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Approaches-to-Limit-Intervention-During-Labor-and-Birth>
- Anderson, L., Kynoch, K., Kildea, S., & Lee, N. (2019). Effectiveness of breast massage for the treatment of women with breastfeeding problems: A systematic review. In *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* (Vol. 17, Issue 8, pp. 1668–1694). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003932>
- Arias, B. F., Nelas, P., & Duarte, J. (2013). Recomendações da Organização Mundial de Saúde nas Práticas Obstétricas. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 13, 66–71. <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/infor->
- Ashish, K., Axelin, A., Litorp, H., Tinkari, B. S., Sunny, A. K., & Gurung, R. (2020). Coverage, associated factors, and impact of companionship during labor: A large-scale observational study in six hospitals in Nepal. *Birth*, 47(1), 80–88. <https://doi.org/10.1111/birt.12471>
- Ataş, A. N., & Özerdoğan, N. (2025). The effect of partner massage on pain, anxiety, and the birth process in labor. *Advances in Integrative Medicine*, 12(2). <https://doi.org/10.1016/j.aimed.2025.01.008>
- Baker, K. C., & Stephenson, J. (2022). Investigating active versus expectant management of third stage labour in a midwife-led unit. *British Journal of Midwifery*, 30(2). <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2022.30.2.110>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.

- Barasinski, C., Debost-Legrand, A., Lémery, D., & Vendittelli, F. (2018). Positions during the first stage and the passive second stage of labor: A survey of French midwives. *Midwifery*, 56, 79–85. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.010>
- Bazrafshan, S., Kheirkhah, M., Inanlou, M., & Rasouli, M. (2020). Controlling the anxiety in Iranian pregnant women at risk of preterm labor by undergoing the counseling group intervention. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(8), 4016–4025. [https://doi.org/10.4103/jfmmpc.jfmmpc\\_1227\\_19](https://doi.org/10.4103/jfmmpc.jfmmpc_1227_19)
- Bigelow, A., Power, M., Maclellan-Peters, J., Alex, M., & McDonald, C. (2012). Effect of Mother/Infant Skin-to-Skin Contact on Postpartum Depressive Symptoms and Maternal Physiological Stress. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 41(3), 369–382. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01350.x>
- Brandão, S., & Figueiredo, B. (2012). Fathers' emotional involvement with the neonate: Impact of the umbilical cord cutting experience. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2730–2739. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05978.x>
- Breen, G. V., Price, Sheri., & Lake, Margaret. (2006). Spirituality and high-risk pregnancy: another aspect of patient care. *AWHONN Lifelines*, 10(6), 467–473. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6356.2006.00095.x>
- Brimdyr, K., Cadwell, K., Svensson, K., Takahashi, Y., Nissen, E., & Widström, A. M. (2020). The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries. *Maternal and Child Nutrition*, 16(4). <https://doi.org/10.1111/mcn.13042>
- Brown, R., Gagnon, R., & Delisle, M.-F. (2013). Cervical Insufficiency and Cervical Cerclage. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(12), 1115–1127. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30764-7](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30764-7)
- Calais-Germain, B., & Parés, N. V. (2009). *Parir en movimiento. La movilidad de la pelvis en el parto* (La liebre de marzo, Ed.; 1ª Ed.). La liebre de marzo.

- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2023). Guia Orientador de Boas Práticas: Preparação para o Parto. In Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Ed.), *Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023*. Ordem dos Enfermeiros.
- Cardoso, A., Silva, A. P. e, & Marín, H. (2017). Pregnant Women's Knowledge Gaps about Breastfeeding in Northern Portugal. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 7(3), 376–385. <https://doi.org/10.4236/ojog.2017.73039>
- Cardoso, A., Soares, A., Sousa, B., Oliveira, M., Chaves, S., & Carvalho, J. (2024). *Guia orientador de boas práticas: adaptação à parentalidade* (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Ed.; 1ª Ed.). Ordem dos Enfermeiros. <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Casarin, S. T., Porto, A. R., Gabatz, R. I. B., Bonow, C. A., Ribeiro, J. P., & Mota, M. S. (2020). Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do Journal of Nursing and Health. *Journal of Nursing and Health*, 10(n.esp.).
- Chaharrahifard, L., Motlagh, A. J., Akbari-Kamrani, M., Ataee, M., & Esmaelzadeh-Saeieh, S. (2021). The Effect of Midwife-led Psycho-Education on Parental Stress, Postpartum Depression and Parental Competency in High Risk Pregnancy Women: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Caring Sciences*, 10(2), 70–76. <https://doi.org/10.34172/jcs.2021.014>
- Delgado, A., Amorim, M. M., Oliveira, A. do A. P., Souza Amorim, K. C., Selva, M. W., Silva, Y. E., Lemos, A., & Katz, L. (2024). Active pelvic movements on a Swiss ball reduced labour duration, pain, fatigue and anxiety in parturient women: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 70(1), 25–32. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2023.11.001>
- Deliktas, A., & Kukululu, K. (2018). The Effect of Upright Positions During The First Stage of Labour on Childbirth Types: A Meta-Analysis. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 50(2). <https://doi.org/10.5152/clinexphealthsci.2017.435>

- Dias, M. C. M. (2012). *A perda gestacional e o processo de luto: quando o início é o fim da vida* [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Científico Politécnico de Viseu: <http://hdl.handle.net/10400.19/1970>
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2024). Orientação nº 002/2023: Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. DGS.
- Eden, C. (2024). Shifting the Paradigm for Establishing and Maintaining Milk Production in the Setting of Mother/Infant Separation. *Journal of Human Lactation*, 40(4), 535–538. <https://doi.org/10.1177/08903344241278988>
- El Sehmawy, A. A., Younes Abd Elaziz, S., Elwahed, R. M. A., & Elsheikh, A. A. (2023). Skin-to-skin contact and its effect on mothers' postpartum psychological distress and their full-term neonate in Egypt. *Journal of Tropical Pediatrics*, 69(3). <https://doi.org/10.1093/tropej/fmad020>
- Erdogan, S. U., Yanikkerem, E., & Goker, A. (2017). Effects of low back massage on perceived birth pain and satisfaction. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 28, 169–175. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.05.016>
- Ferrarello, D., & Hatfield, L. (2014). Barriers to skin-to-skin care during postpartum stay. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 34(1), 56–61. <https://doi.org/10.1097/01.NMC.0000437464.31628.3d>
- Geetanjli, Manju, V., K, P. V., Manju, M., & M, S. (2012). Loss and Grief Response and Perceived Needs of Parents with the Experience of Having their Newborn at Neonatal Care Units. *International Journal of Nursing Education*, 2, 111–116.
- Green, G., Tesler, R., & Marques, A. (2022). Primiparous and Multiparous Women's Mode of Birth and Negative Emotions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph19095189>

- Guittier, M. J., Othenin-Girard, V., De Gasquet, B., Irion, O., & Boulvain, M. (2016). Maternal positioning to correct occiput posterior fetal position during the first stage of labour: a randomised controlled trial. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2199–2207. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13872/abstract>
- Han, Y., Li, M., Ma, H., & Yang, H. (2020). Cervical insufficiency: A noteworthy disease with controversies. *Journal of Perinatal Medicine*, 48(7), 648–655. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0255>
- Harris, E. (2014). Supporting the establishment and maintenance of lactation for mothers of sick infants. *Nursing Children and Young People*, 26(10), 30–37.
- Hubbard, J. M., & Gattman, K. R. (2017). Parent-infant skin-to-skin contact following birth: History, benefits, and challenges. *Neonatal Network*, 36(2), 89–97. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.36.2.89>
- Isaacs, N. Z., & Andipatin, M. G. (2020). A systematic review regarding women's emotional and psychological experiences of high-risk pregnancies. *BMC Psychology*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00410-8>
- Jonh, R. ST. (2009). The Great and Simple Teaching of Breath. *Midwifery Today with International Midwife*, 92, 38–40. <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=3dc0666e-ffb9-399d-bae0-44103b66a73b>
- Kaur, J., Sheoran, P., Kaur, S., & Sarin, J. (2020). Effectiveness of Warm Compression on Lumbo-Sacral Region in Terms of Labour Pain Intensity and Labour Outcomes among Nulliparous: an Interventional Study. *Journal of Caring Sciences*, 9(1), 9–12. <https://doi.org/10.34172/jcs.2020.002>
- Kibuka, M., Price, A., Onakpoya, I., Tierney, S., & Clarke, M. (2021). Evaluating the effects of maternal positions in childbirth: An overview of Cochrane Systematic Reviews. In *European Journal of Midwifery* (Vol. 5, pp. 1–14). European Publishing. <https://doi.org/10.18332/EJM/142781>
- Koch, M. C. M. P. (2014). *Ultrapassar a perda involuntária da gravidez: um modelo de intervenção de enfermagem* [Tese de Doutorado,

- Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa: <http://hdl.handle.net/10400.14/18293>
- Lightbody, T. K. (2005). Neonatal death: a grief intervention framework. *Illness, CRISIS & LOSS*, 13(3), 191–200.
- Liu, Y., Yao, J., Liu, X., Luo, B., & Zhao, X. (2018). A randomized interventional study to promote milk secretion during mother–baby separation based on the health belief model. *Medicine*, 97(42). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012921>
- Lopes, M. I., Vieira, M., & Cardoso, A. (2024). Women’s empowerment for active labor: A qualitative study with nurse-midwives in antenatal education for childbirth. *European Journal of Midwifery*, 8(August). <https://doi.org/10.18332/ejm/188117>
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7ª Ed.). Lusodidacta.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, K. R. (2013). *Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica* (10ª Ed.). Elsevier Editora Ltda.
- Martins, I., Pereira, I., & Clode, N. (2019). A pilot randomized controlled trial of complete bed rest versus activity restriction after preterm premature rupture of the membranes. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 240, 325–329. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.07.037>
- McCaffrey, T., Cheung, P. S., Barry, M., Punch, P., & Dore, L. (2020). The role and outcomes of music listening for women in childbirth: An integrative review. *Midwifery*, 83. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102627>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *ADVANCES IN NURSING SCIENCE*, 23(1), 12–28.
- Mercer, R. T. (2004). Clinical Scholarship Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36, 226–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>

- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica. (2019). *Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer\\_4\\_2019\\_14052019\\_mceesmo\\_c%C3%A1lculo\\_dota%C3%A7%C3%B5es\\_seguras\\_cuidados\\_smo\\_revisto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_14052019_mceesmo_c%C3%A1lculo_dota%C3%A7%C3%B5es_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf)
- Montenegro, N., Rodrigues, T., Ramalho, C., & Campos, D. A. de. (2014). *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (3ª Ed.). Lidel.
- Murray, L., Doherty, N., & Adair, P. (2025). Exploring the Impact of Child Hospitalisation on the Family System: A Qualitative Study Using Framework Analysis. *Children*, 12(9), 1159. <https://doi.org/10.3390/children12091159>
- Murray, S., McKinney, E., Holub, K., & Jones, R. (2019). *Maternal-Newborn and Women's Health Nursing* (7ª Ed.). Elsevier.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Inducing labour: NICE guideline*. [www.nice.org.uk/guidance/ng207](http://www.nice.org.uk/guidance/ng207)
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Fetal monitoring in labour: NICE guideline*. [www.nice.org.uk/guidance/ng229](http://www.nice.org.uk/guidance/ng229)
- Néné, M., Marque, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª Ed.). Lidel.
- Nilvér, H., & Berg, M. (2023). The Birth Companions' Experience of the Birthing Room and How It Influences the Supportive Role: A Qualitative Study. *Health Environments Research and Design Journal*, 16(3), 156–167. <https://doi.org/10.1177/19375867231163336>
- Nogueira, J. (2012). Posições alternativas em trabalho de parto. *REVISTA DA Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 2, 25–29.
- Obeidat, H. M., Bond, E. A., & Callister, L. C. (2009). The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *Journal of Perinatal Education*, 18(3), 23–29. <https://doi.org/10.1624/105812409x461199>

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Regulamento nº 391/2019 de 3 de maio. Diário da República nº85/2019, Série II, 13560-13565.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021b). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3\\_padrões-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padrões-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf)
- Pillay, J., & Davis, T.J. (2023). Physiology, Lactation. *StatPearls*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499981/>
- Pueyo, P. E., Alonso, A. V. G., Botigué, T., Masot, O., Escobar-Bravo, , Miguel Angel, & Santamaría, A. L. (2021). Nursing interventions for perinatal bereavement care in neonatal intensive care units: A scoping review. *International Nursing Review*, 68, 122–127.
- Qin, F., Yang, Y., Zhou, W., Chi, Y., Liu, B., & Chen, G. (2024). Effect of different surgical routes on pregnancy outcome of history-indicated cervical cerclage. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 309(4), 1377–1386. <https://doi.org/10.1007/s00404-023-07007-7>
- Royal College of Obstetricians Gynaecologists. (2022). Cervical Cerclage. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 129(7), 1178–1210. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17003>
- Ruhe, K., van den Hoogen, A., Bröring-Starre, T., Wielenga, J. M., & van Weissenbruch, M. M. (2022). Getting a grip in the middle of chaos: Preparing for preterm parenthood during a high-risk pregnancy – Parental experiences and needs. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 111(7), 1324–1330. <https://doi.org/10.1111/apa.16361>

- Rutz, T. S., Deus, M. D. de, & Silva, & M. S. S. J. da. (2023). Experiência da maternidade e a Mucopolissacaridose: Vivenciando o luto pelo filho imaginado. *Revista Psicologia Em Pesquisa*, 17, 1–26. <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2023.v17.35669>
- Santos, R. M., Campos, D. A., Cordeiro, C., Fernandes, A. S., Gomes, J. C., & Prucha, C. (2014). Vigilância de Rotina no Puerpério de Parto Vaginal. In *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (3ª Ed., pp. 255–256). Lidel.
- Sighaldehy, S. S., Eskandari, E., Khosravi, S., Ebrahimi, E., Haghani, S., & Shateranni, F. (2025). Comparison of maternal and neonatal outcomes of midwifery-led care with routine midwifery care: a retrospective cohort study. *BMC Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02789-4>
- Silva, B. C. da, & Janzen, D. C. (2023a). Fatores de risco associados ao atraso da lactogênese II: revisão da literatura. *Enfermagem Brasil*, 22(5), 707–720. <https://doi.org/10.33233/eb.v22i5.5266>
- Silva, B. C. da, & Janzen, D. C. (2023b). Fatores de risco associados ao atraso da lactogênese II: revisão da literatura. *Enfermagem Brasil*, 22(5), 707–720.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *Nascer prematuro em Portugal*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2023). *Cuidados Gerais ao Recém-Nascido Saudável*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Saud%C3%A1vel.pdf>
- Sun, R., Huang, J., Zhu, X., Hou, R., Zang, Y., Li, Y., Pan, J., & Lu, H. (2024). Effects of Perineal Warm Compresses during the Second Stage of Labor on Reducing Perineal Trauma and Relieving Postpartum Perineal Pain in Primiparous Women: A Systematic Review and Meta-Analyses. *Healthcare*, 12(7). <https://doi.org/10.3390/healthcare12070702>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth. *ACOG Committee Opinion No. 814*, 136, e100–e106.

- Tinti, C., Schmidt, S., & Businaro, N. (2011). Pain and emotions reported after childbirth and recalled 6 months later: The role of controllability. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 32(2), 98–103. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2011.557756>
- Tomasi, Y. T., Saraiva, S. D. S., Boing, A. C., Delziovo, C. R., Wagner, K. J. P., & Boing, A. F. (2021). Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019. *Epidemiologia e Servicos de Saude*, 30(1). <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100014>
- Tronco, C. S., Padoin, S. M. de M., Paula, C. C. de, Rodrigues, A. P., Neves, E. T., & Weinmann, A. R. M. (2015). Manutenção da lactação de recém-nascido pré-termo: rotina assistencial, relação mãe-filho e apoio. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 19(4). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150085>
- Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. In *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* (Vol. 108, Issue 7, pp. 1192–1204). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>
- Wong, B. B., Chan, Y. H., Leow, M. Q. H., Lu, Y., Chong, Y. S., Koh, S. S. L., & He, H. G. (2017). Application of cabbage leaves compared to gel packs for mothers with breast engorgement: Randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 76, 92–99. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.014>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
- Yang, Q., Cao, X., Hu, S., Sun, M., Lai, H., Hou, L., Wang, Q., Wu, C., Wu, Y., Xiao, L., Luo, X., Tian, J., Ge, L., & Shi, L. (2022). Lubricant for reducing perineal trauma: A systematic review and meta-analysis of randomized

controlled trials. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 48(11), 2807–2820. <https://doi.org/10.1111/jog.15399>

Yeager, J. (2019). Relaxation Interventions for Antepartum Mothers on Hospitalized Bedrest. *The American Journal of Occupational Therapy*, 73, 7301205110p1-7301205110p7. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.025692>

Zhang, B., Yue, J., Duan, Z., Zhao, Y., Williams, S., Huang, L., Zhang, X., Wu, W., Zhang, L., Liu, J., & Zhao, G. (2021). Maternal experience of intermittent kangaroo mother care for late preterm infants: A mixed-methods study in four postnatal wards in China. *BMJ Open*, 11(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050221>

## APÊNDICES

### *Apêndice I – Frases booleanas usadas nas diferentes bases de dados*

| <b>Base de dados</b>        | <b>Frase Booleana</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>MEDLINE (via PubMed)</i> | ("Skin-to-Skin Contact"[MeSH Terms] OR "skin-to-skin contact" OR "skin to skin" OR "kangaroo care") AND (barriers OR obstacles OR perceptions OR attitudes) AND ("Postpartum Period"[MeSH Terms] OR "postpartum women" OR mothers) AND ("Nurses"[MeSH Terms] OR "Midwifery"[MeSH Terms] OR nurses OR midwives OR "obstetric nurses") AND ("Hospital Units"[MeSH Terms] OR "hospital stay" OR "maternity ward" OR postpartum) |
| <i>SCOPUS</i>               | TITLE-ABS-KEY("skin-to-skin contact" OR "skin to skin" OR "kangaroo care") AND TITLE-ABS-KEY(barriers OR obstacles OR perceptions OR attitudes) AND TITLE-ABS-KEY("postpartum women" OR mothers OR "postnatal period") AND TITLE-ABS-KEY(nurses OR midwives OR "obstetric nurses" OR "nurse-midwives") AND TITLE-ABS-KEY("hospital stay" OR "postpartum unit" OR "maternity ward")                                           |
| <i>CINAHL Complete</i>      | (AB "skin-to-skin contact" OR AB "skin to skin" OR AB "kangaroo care") AND (AB barriers OR AB obstacles OR AB perceptions OR AB attitudes) AND (AB "postpartum women" OR AB mothers OR AB "postnatal period") AND (AB nurses OR AB midwives OR AB "obstetric nurses" OR AB "nurse-midwives") AND (AB "hospital stay" OR AB "postpartum unit" OR AB "maternity ward")                                                         |
| <i>Cochrane Library</i>     | "skin-to-skin contact" OR "kangaroo care" AND (barriers OR obstacles OR perceptions OR attitudes) AND (postpartum OR "postnatal period" OR "maternity ward") AND (nurses OR midwives OR "obstetric nurses")                                                                                                                                                                                                                  |

Apêndice II – Quadro de extração de dados

| Título                                                                                                                                                | Autor/<br>Ano                                                                                       | País                   | Tipo de<br>estudo                                                                            | Objetivo do<br>estudo                                                                                                     | Participantes                                                                                                                                            | Resultados                              |                                                                                                                                                                                                                                                    | Conclusões<br>principais                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                       |                                                                                                     |                        |                                                                                              |                                                                                                                           |                                                                                                                                                          | Barreiras percebidas<br>pelas puérperas | Barreiras percebidas<br>pelos EE-ESMO                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Maternity<br>-ward<br>nurses'<br>kangaroo<br>mother<br>care<br>attitudes<br>and<br>practices<br>:<br>implicatio<br>ns and<br>future<br>challeng<br>es | Almazan, J. U.,<br>Cruz, J. P.,<br>Albougami, A. S.,<br>Alamri, M. S.,<br>Adolfo, S. C.<br><br>2019 | Filipinas<br>Orientais | Estudo<br>quantitativo, de tipo<br>transversal através<br>da aplicação<br>de um<br>inquérito | Avaliar as atitudes e práticas dos enfermeiros relativas ao método <i>Kangaroo</i> em unidades de internamento pós-parto. | 138 enfermeiras de unidades de internamento pós-parto a exercer funções em seis unidades de saúde rurais, dois hospitais públicos e um hospital privado. |                                         | Falta de formação relativa à implementação de contacto pele com pele em pós-partos de nascimentos múltiplos;<br><br>EE-ESMO de meia-idade e mais velhos<br><br>Estado civil - solteiro<br><br>Grau académico – Enfermeiros apenas com licenciatura | As características profissionais e demográficas influenciam as atitudes/percepção dos enfermeiros relativamente ao contacto pele com pele. Compreendeu-se que todos os enfermeiros apresentavam uma atitude/percepção positiva face ao contacto pele com pele no período pós-parto. No entanto, apesar de o |

|                                                                                             |                                                                           |       |                                                             |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                      |                                         |                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                             |                                                                           |       |                                                             |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                      | Tipo de unidade de saúde                | considerarem benéfico, a sua implementação não é proporcional, considerando-se a falta de prática dos profissionais e a escassez de guidelines uma barreira sobreponível aos benefícios.                                                 |
| Maternal experience of intermittent kangaroo mother care for late preterm infants: a mixed- | Zhang, B., Yue, J., Zhao, Y., Williams, S., Huang, L., Zhang, X., Wu, W., | China | Método misto: questionários e entrevistas semiestruturadas. | Descrever como as puérperas de recém-nascidos pré-termo tardios experienciaram a prestação de cuidados intermitentes relativos ao Método | Questionário: 752 puérperas com recém-nascidos entre as 34 semanas e as 36 semanas e 6 dias de gestação que implementaram o método <i>kangaroo</i> de | Necessidade de realização de autocuidados como uso da casa de banho e alimentação;<br><br>Desconforto durante a realização do contacto pele com pele;<br><br>Choro do recém-nascido; | Curta duração do internamento pós-parto | Os resultados indicam que a maioria das puérperas não experienciou dificuldades na realização de contacto pele com pele e, com o apoio dos enfermeiros e dos membros da família, esta prática foi percebida como um meio para promover a |

|                                                |                                          |  |  |                                                                                |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------|------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| methods study in four postnatal wards in China | Zhang, L., Liu, J., Zhao, G.<br><br>2021 |  |  | <i>Kangaroo</i> em quatro unidades pós-parto de diferentes hospitais na China. | forma intermitente durante o internamento pós-parto<br><br>Entrevistas semi-estruturadas: 6 enfermeiras, 2 obstetras e 2 puérperas de duas das unidades pós-parto. | Perceção de limitação de tempo para realização de contacto pele com pele;<br><br>Dor abdominal associada à cesariana;<br><br>Visitas de familiares;<br><br>Necessidade de realização de procedimentos/rotinas hospitalares;<br><br>Falta de privacidade; |  | ligação mãe-filho e melhorar a alimentação do recém-nascido.<br><br>Para melhorar a experiência materna na realização de contacto pele com pele recomenda-se que a sensibilização para esta prática seja incluída nos cuidados pré-natais ou logo após o nascimento. Além disso, os enfermeiros devem incentivar a realização de contacto pele com pele por longos períodos, melhorar a privacidade nas unidades pós-parto e incentivar os |
|------------------------------------------------|------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                      |                                   |                          |                                                                              |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                      |                                   |                          |                                                                              |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | membros da família a apoiar esta prática.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Barriers to skin-to-skin care during postpartum stay | Ferrarello, D., Hatfield, L. 2014 | Estado Unidos da América | Estudo de métodos mistos, através de aplicação de inquéritos e grupos focais | Determinar a percepção dos EE-ESMO das puérperas em relação às barreiras ao contacto pele com pele durante o internamento pós-parto. | <p><u>Participantes através de inquérito:</u></p> <p>14 enfermeiras de uma unidade de internamento pós-parto;</p> <p>15 puérperas entre o 3º e o 30º dia pós-parto.</p> <p><u>Participantes dos grupos focais:</u></p> <p>1º grupo – 3 enfermeiras do internamento pós-parto;</p> | <p>Outras pessoas/familiares com vontade de segurar/pegar no recém-nascido.</p> <p>Falta de segurança por sensação de sonolência;</p> <p>Visitas na unidade da puérpera;</p> <p>Dor por cesariana;</p> <p>Falta de privacidade e ambiente agitado devido às rotinas hospitalares.</p> | <p>Presença de visitas na unidade da puérpera;</p> <p>Sonolência materna;</p> <p>Falta de conhecimento da puérpera em relação ao contacto pele com pele;</p> <p>Falta de privacidade/vergonha na exposição do corpo;</p> <p>A puérpera considera a prática de contacto pele com pele inconveniente;</p> | <p>Tanto os enfermeiros como as puérperas consideram a prática do contacto pele com pele benéfica para a mulher para o recém-nascido. No entanto, identificam como principais barreiras à implementação desta prática a presença de visitas na unidade da puérpera e a presença de elementos que querem segurar/pegar no recém-nascido.</p> <p>Considera-se a primeira barreira particularmente importante, já que isto</p> |

|  |  |  |  |  |                                                                                                                                         |  |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  |  | <p>2º grupo – 5 enfermeiras do internamento pós-parto;</p> <p>Não é referido o número de participantes do grupo focal de puérperas.</p> |  | <p>Outras pessoas/familiares com vontade de segurar/pegar no recém-nascido.</p> | <p>diminui a tempo a sós da mulher com o RN e a privacidade para realizar contacto pele com pele, influenciando negativamente também a amamentação.</p> <p>Assim, recomenda-se alterar as políticas de visitas, providenciar sinalizadores de porta para que as puérperas indiquem quando não querem ser perturbadas, considerar o uso de peças de vestuário que facilitem a prática do contacto pele com pele e a permitam a diminuição da exposição corporal e</p> |
|--|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                               |
|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  |  |  |  |  | implementar um período de descanso durante a tarde, por forma a diminuir o cansaço materno e aumentar a sensação de segurança para a implementação do contacto pele com pele. |
|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

