

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus**

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

Relatório de Estágio

**A utilização das bolas de nascimento durante o trabalho de parto**

Fatima Cristiana da Costa Teixeira

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2025

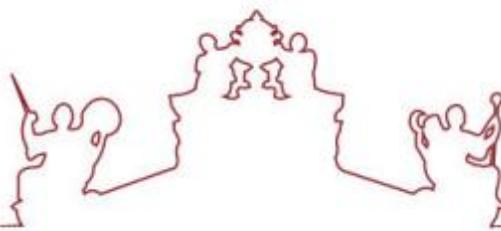
---

---

---

---

---



**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

## **A utilização das bolas de nascimento durante o trabalho de parto**

Fatima Cristiana da Costa Teixeira

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2025

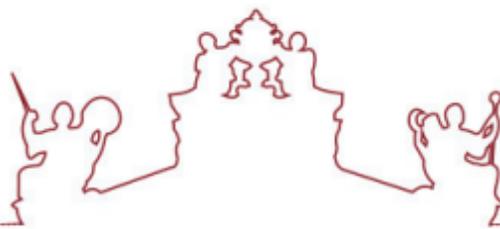
---

---

---

---

---



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora)

Vogais | Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora) (Orientador)  
Mónica Antunes (Universidade de Évora) (Arguente)

## **Agradecimentos**

A conclusão deste trabalho representa não apenas o culminar de uma etapa importante, mas também o resultado do apoio, incentivo e orientação de várias pessoas ao longo desta jornada. Neste sentido, não poderia deixar de expressar a minha profunda gratidão a todos aqueles que, de maneira direta ou indireta, me acompanharam e contribuíram para esta conquista.

Agradeço profundamente à Professora Doutora Otilia Zangão pela constante disponibilidade, apoio, paciência e dedicação ao longo destes dois anos letivos.

A todas as minhas supervisoras clínicas, EEESMO Lurdes Tiago, Graça Silva, Márcia António e Isabel Guerreiro, que foram pilares essenciais na minha aprendizagem, pela transmissão de conhecimentos, pelas oportunidades de crescimento e pelo estímulo contínuo do pensamento crítico. Quero também agradecer às EEESMO Mariana Simões e Inês Tavares pelo seu contributo e disponibilidade.

Agradeço imensamente às minhas colegas de especialidade — Maria Bessa, Inês Serafim, Carolina Araújo, Miriam Gambin e Inês Custódio— por todo o apoio nos momentos mais difíceis e pelas gargalhadas que partilhámos ao longo deste percurso.

Aos meus colegas de serviço, pela disponibilidade para trocas de turnos, pela compreensão e pelo apoio.

À D. Lucília, obrigada por todas as refeições que preparou com tanto carinho.

À minha família, especialmente à minha mãe, avó, irmão, ao Miguel e à Iolanda, por todo o apoio incondicional e por me terem dado a base de que precisava para voar. Apesar da distância, vocês estão sempre perto.

Um agradecimento especial ao meu namorado, Ricardo, pela paciência, compreensão e dedicação. Ele foi um grande apoio, celebrando comigo os bons momentos e trazendo conforto nos dias mais difíceis.

**Título:** A utilização das bolas de nascimento durante o trabalho de parto

## **RESUMO**

**Enquadramento:** O Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final é uma unidade curricular integrante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, concebida para o desenvolvimento de competências teóricas e práticas.

**Objetivo:** Analisar reflexivamente as competências comuns e específicas adquiridas durante o estágio de natureza profissional, assim como a evidência científica relacionada ao uso de bolas de nascimento durante o trabalho de parto.

**Metodologia:** Realização de uma revisão sistemática da literatura sobre o tema, complementada pela colheita de informações teóricas e práticas, sob supervisão clínica e orientação pedagógica.

**Resultados:** Descrição das competências comuns e específicas adquiridas e a relevância do uso das bolas de nascimento no alívio da dor, na progressão do trabalho de parto e na redução de partos instrumentados.

**Conclusão:** Os objetivos propostos foram alcançados, destacando a eficácia das bolas de nascimento no contexto clínico.

**Descritores/Palavras-chave:** Parto normal; Parto; Dor de Parto; Manejo da Dor

**Title:** Use of birthing balls during labor

## **ABSTRACT**

**Framework:** The Professional Internship with Final Report is an integral curricular unit of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, designed to develop theoretical and practical skills.

**Objective:** Reflectively analyse the common and specific competences acquired during the professional internship, as well as the scientific evidence related to the use of birthing balls during labour.

**Methodology:** Carrying out a systematic review of the literature on the subject, complemented by the collection of theoretical and practical information, under clinical supervision and pedagogical guidance.

**Results:** Description of the common and specific competences acquired and the relevance of the use of birthing balls in relieving pain, progressing labor and reducing instrumented deliveries.

**Conclusion:** The proposed objectives were achieved, highlighting the effectiveness of birthing balls in the clinical context.

**Descriptors/Key-words:** Normal childbirth; childbirth; labor pain; pain management

## 3ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL</b> .....	<b>13</b>
<b>1.1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO ONDE DECORREU O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL</b> .....	<b>15</b>
<b>1.2. METODOLOGIA</b> .....	<b>38</b>
<b>2. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA</b> .....	<b>42</b>
<b>2.1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA SOBRE A TEMÁTICA EM ESTUDO</b> .....	<b>42</b>
2.1.1. <i>Introdução</i> .....	42
2.1.2. <i>Métodos</i> .....	44
2.1.3. <i>Resultados</i> .....	45
2.1.4. <i>Discussão</i> .....	46
2.1.5. <i>Conclusão</i> .....	49
<b>2.2. RESULTADOS EMPIRICOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA</b> .....	<b>50</b>
<b>2.3. DISCUSSÃO GERAL</b> .....	<b>68</b>
<b>3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS</b> 69	
<b>3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS</b> .....	<b>69</b>
<b>3.2. COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA</b> .....	<b>79</b>
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>105</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>106</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>119</b>
<b>Anexo A - Informações úteis do curso</b> .....	<b>120</b>
<b>Anexo B - Tabela de <i>Goodwin</i> Modificada</b> .....	<b>121</b>
<b>Anexo C - Temas das Sessões de Educação para o Nascimento e Parentalidade</b> ....	<b>122</b>
<b>Anexo D - Escala da Dor</b> .....	<b>123</b>
<b>Anexo E - Certificado de Formação: Comunicação</b> .....	<b>124</b>
<b>Anexo F - Certificado: “Gerir a dor no trabalho de parto para uma experiência positiva”</b> .....	<b>125</b>
<b>Anexo G - Certificado de Participação: “<i>Webinar</i> Bola de Amendoim”</b> .....	<b>126</b>
<b>Anexo H - Certificado: “Promoção de Experiências Positivas na Gravidez</b> .....	<b>127</b>
<b>Anexo I - Convite Dia do EEESMO</b> .....	<b>128</b>

<b>Anexo J - Certificado de Participação: Formanda.....</b>	<b>129</b>
<b>Anexo K - Certificado de Participação: Orador .....</b>	<b>130</b>
<b>Anexo L - Certificado de Participação nas Jornadas Neonatais da Primavera .....</b>	<b>131</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>132</b>
<b>Apêndice A - Projeto de Estágio.....</b>	<b>133</b>
<b>Apêndice B - Artigo: Revisão da literatura (Aguarda publicação).....</b>	<b>134</b>
<b>Apêndice C- Consentimento informado Sra. XX.....</b>	<b>135</b>
<b>Apêndice D - E-mail do Patrocínio .....</b>	<b>136</b>
<b>Apêndice E- Email de colaboração .....</b>	<b>137</b>
<b>Apêndice F - Apresentação da Temática: Bolas de Nascimento .....</b>	<b>138</b>
<b>Apêndice G - Póster - Bolas de Nascimento: Guia etapa por etapa .....</b>	<b>139</b>
<b>Apêndice H - Apresentação: Seminário Dia do EEESMO .....</b>	<b>140</b>
<b>Apêndice I - Reflexão: Prática do EEESMO no Parto Assistido .....</b>	<b>141</b>
<b>Apêndice J - Folha de Passagem de Turno .....</b>	<b>143</b>
<b>Apêndice K - Reflexão: Processo de Luto .....</b>	<b>144</b>
<b>Apêndice L - Reflexão: Papel do EEESMO na UCIN .....</b>	<b>146</b>
<b>Apêndice M - Revisão Temática: Tetralogia de <i>Fallot</i>.....</b>	<b>148</b>
<b>Apêndice N - Relato de Caso: “Ameaça de Parto Pré-termo” .....</b>	<b>150</b>
<b>Apêndice O - Apresentação: Estratégias não Farmacológicas de Alívio da Dor .....</b>	<b>151</b>
<b>Apêndice P - Guião de Massagem.....</b>	<b>152</b>
<b>Apêndice Q - Apresentação: Dor em Obstetrícia .....</b>	<b>153</b>
<b>Apêndice R - Resumo: Dor em Obstetrícia.....</b>	<b>154</b>
<b>Apêndice S - Sessão: Saúde e Perspetiva Psiconeuro-endocrina-imunológica/ Trabalho de Parto .....</b>	<b>155</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Área geográfica de abrangência da ULS.....	<b>14</b>
<b>Figura 2.</b> Número total de profissionais por categoria profissional da ULS.....	<b>15</b>
<b>Figura 3.</b> Número total de nascimentos por concelhos.....	<b>16</b>
<b>Figura 4.</b> Número total de partos na ULS .....	<b>16</b>
<b>Figura 5.</b> Número total de Partos no ano 2023 na ULS.....	<b>17</b>
<b>Figura 6.</b> Taxa de Cesarianas em Portugal.....	<b>18</b>
<b>Figura 7.</b> Número de habitantes abrangidos pela UCC.....	<b>19</b>
<b>Figura 8.</b> Taxa de Partos da Unidade F .....	<b>23</b>
<b>Figura 9.</b> Número de Partos no Hospital P no ano 2023 .....	<b>34</b>
<b>Figura 10.</b> Infográfico da revisão sistemática. ....	<b>49</b>
<b>Figura 11.</b> Idade das parturientes em trabalho de parto.....	<b>51</b>
<b>Figura 12.</b> Nacionalidade das parturientes em trabalho de parto.....	<b>52</b>
<b>Figura 13.</b> Formação profissional das parturientes em trabalho de parto .....	<b>52</b>
<b>Figura 14.</b> Estado civil das parturientes em trabalho de parto .....	<b>53</b>
<b>Figura 15.</b> Distribuição da idade gestacional das parturientes .....	<b>54</b>
<b>Figura 16.</b> Distribuição dos Tipos de Trabalho de Parto: Induzido versus Espontâneo .....	<b>55</b>
<b>Figura 17.</b> Distribuição do tipo de partos da amostra .....	<b>56</b>
<b>Figura 18.</b> Relação entre a paridade e a duração do trabalho de parto.....	<b>56</b>
<b>Figura 19.</b> Relação entre a paridade e o uso da bola suíça .....	<b>57</b>
<b>Figura 20.</b> Relação entre a paridade e o uso da bola de amendoim.....	<b>58</b>
<b>Figura 21.</b> Relação entre o uso da bola de suíça no alívio da dor na fase latente do trabalho de parto: Comparação entre o início e o fim da sua utilização.....	<b>59</b>
<b>Figura 22.</b> Relação entre o uso da bola suíça no alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto: Comparação entre o início e o fim da sua utilização.....	<b>60</b>
<b>Figura 23.</b> Relação do Uso da Bola Suíça no Alívio da Dor Durante as Fases Latente e Ativa do Trabalho de Parto: Comparação entre o início e o fim da sua utilização .....	<b>60</b>
<b>Figura 24.</b> Relação entre o uso da bola de amendoim no alívio da dor na fase latente do trabalho de parto: Comparação entre o início e o fim da sua utilização .....	<b>61</b>
<b>Figura 25.</b> Relação entre o uso da bola de amendoim e o alívio da dor na fase ativa do TP....	<b>62</b>
<b>Figura 26.</b> Análise na fase latente com a bola suíça .....	<b>63</b>
<b>Figura 27.</b> Análise na fase ativa com a bola suíça.....	<b>63</b>
<b>Figura 28.</b> Análise na fase latente e ativa com a bola suíça.....	<b>63</b>
<b>Figura 29.</b> Bola de amendoim na fase latente .....	<b>64</b>
<b>Figura 30.</b> Bola de amendoim na fase ativa .....	<b>64</b>
<b>Figura 31.</b> Relação entre o tipo de parto e o uso da bola Suíça .....	<b>65</b>
<b>Figura 32.</b> Relação entre o tipo de parto e a utilização da bola de amendoim.....	<b>66</b>
<b>Figura 33.</b> Relação entre a duração do trabalho de parto e a bola suíça .....	<b>67</b>
<b>Figura 34.</b> Relação entre a duração do trabalho de parto e a utilização da bola de amendoim	<b>68</b>
<b>Figura 35.</b> Número total de vigilâncias de grávidas avaliadas pela Escala de Goodwin .....	<b>75</b>
<b>Figura 36.</b> Experiências práticas em contexto clínico.....	<b>79</b>
<b>Figura 37.</b> Experiências práticas em contexto clínico- SUOG.....	<b>80</b>
<b>Figura 38.</b> Experiências práticas em contexto clínico- integridade perineal.....	<b>90</b>
<b>Figura 39.</b> Cuidados prestados a puérperas.....	<b>93</b>
<b>Figura 40.</b> Cuidados prestados a RN .....	<b>93</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Contextos Clínicos do Estágio de Natureza Profissional .....	<b>13</b>
---	-----------

## INTRODUÇÃO

A Universidade de Évora, através da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, disponibiliza o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MESMO], uma formação reconhecida pela Direção-Geral do Ensino Superior (R/A-Ef 1783/2011/AL03) e aprovada pela Ordem dos Enfermeiros [OE] (SAI-OE/2017/9022 e SAI-OE/2019/5981), que confere o grau de Mestre, dando também os fundamentos necessários para a OE conferir o título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [EEESMO]. Este curso tem como objetivo a capacitação dos alunos com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro) e Competências Específicas do EEESMO (Regulamento nº 391/2019, de 3 de maio) (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019b). Dessa forma, o EEESMO deve estar capacitado para realizar a vigilância e prestar cuidados durante o planeamento familiar, na fase preconcecional, no período pré-natal, no parto, no pós-parto, às mulheres em processos de saúde ou afeções ginecológicas e aos recém-nascidos saudáveis ou em situações de risco.

O Plano de Estudos do MESMO plasmado no aviso nº 15812/2019 (Universidade de Évora [UÉ], 2019) inclui a Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final [ENPRF], a qual decorreu de 11 de setembro de 2023 a 23 de julho de 2024, ao longo de dois semestres, em diversos contextos clínicos, entre os quais Bloco de Partos, Cuidados de Saúde Primários, Urgência de Ginecologia e Internamento de Grávidas, Puerpério e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Durante o ENPRF, os estudantes devem realizar diversas atividades que estejam em conformidade com a Diretiva Europeia na Lei nº 9/2009 de 4 de março (Assembleia da República [AR], 2009), com várias atualizações. Estas atividades incluem a vigilância e prestação de cuidados a: com um total de 100 exames pré-natais; a realização de 40 partos eutócicos, participação ativa em partos pélvicos, gemelares e outros, realização de episiotomias e perineorrafias; parturientes em situação de risco, com 40 casos relacionados com gravidez, trabalho de parto e puerpério; puérperas saudáveis, com um total de 100 casos; 100 casos de recém-nascidos saudáveis e em risco e mulheres com afeções ginecológicas.

A temática que dá título a este relatório “A utilização das bolas de nascimento durante o trabalho de parto”, vai ao encontro dos objetivos do estágio e dos objetivos individuais da mestranda.

A gravidez enquanto processo fisiológico, culmina no trabalho de parto e é caracterizada por contrações uterinas intensas, regulares e dolorosas. Os fatores como o alívio da dor, a duração do trabalho de parto e o tipo de parto são determinantes para uma experiência de parto positiva (World Health Organization [WHO], 2018a; Delgado, *et al.*, 2019). Desta forma, a utilização das bolas de nascimento, como a denominada Bola Suíça e a Bola Amendoim, são ferramentas importantes no trabalho de parto por permitirem que a parturiente adote diferentes posições e se movimente livremente (WHO, 2018a; Delgado, *et al.*, 2019;).

O termo “bolas de nascimento” ou “bolas de parto” (em inglês “*birth ball*”), surge devido ao uso dessas ferramentas no contexto do trabalho de parto. A primeira bola associada ao trabalho de parto foi a bola suíça, na década de 80, utilizada por parteiras alemãs (Tussy & Botsio, 2011; Outland & Alvarado, 2019). Posteriormente, a bola de amendoim, surgiu como uma alternativa à bola suíça, tendo sido utilizada a partir de 2010 para adotar diferentes posições durante o trabalho de parto (Grant, 2022).

Os objetivos específicos do ENPRF estão contemplados no Projeto de Estágio (Apêndice A), assim como as atividades para aquisição de competências necessárias para a obtenção do grau académico de mestre e o título profissional como EEESMO. Este relatório tem como objetivo, analisar reflexivamente as competências comuns e específicas adquiridas durante o estágio de natureza profissional, assim como a evidência científica relacionada ao uso de bolas de nascimento durante o trabalho de parto.

Todo o percurso do Estágio de Natureza Profissional [ENP] e a conceção deste relatório, foram orientadas por um modelo teórico de enfermagem, destacando-se a aplicabilidade da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, que enfatiza a importância de um cuidado holístico da pessoa (Watson, 2016).

Este relatório foi elaborado de acordo com as orientações do Regulamento Académico da Universidade de Évora (despacho nº 3144/2019) (Universidade de Évora – Reitoria [UÉR], 2019) e está organizado em três capítulos fundamentais. Iniciando-se com uma introdução ao documento, espelhando o contexto da sua realização e a justificação da temática em apreço, o primeiro capítulo apresenta a caracterização dos contextos clínicos onde se realizou o ENP, o segundo capítulo descreve os contributos da temática

em apreço para a melhoria da assistência em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no terceiro capítulo é abordado através da análise reflexiva o processo de aquisição de competências como EEESMO, por fim são apresentadas as considerações finais, as referências bibliográficas utilizadas ao longo do trabalho e os anexos e os apêndices que apresentam documentos que complementam o conteúdo escrito. O presente documento encontra-se redigido de acordo com o Novo Acordo Ortográfico de Língua Portuguesa, conforme as normas *American Psychological Associations 7.a Edição* (American Psychological Association [APA], 2020), cumprindo assim com as Normas para realização de Trabalhos Académicos e Científicos Escritos na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus com a Ordem de Serviço n.º 01/2023 (Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus [ESESJD], 2023).

## 1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O ENPRF é uma unidade curricular [UC] de carácter prático, com 60 *European Credit Transfer System* [ECTS], de dois semestres, decorrendo o primeiro semestre entre 11 de setembro de 2023 e 31 de janeiro de 2024 e o segundo semestre entre 14 de fevereiro de 2024 e 06 de julho de 2024.

A componente do ENP foi desenvolvida em diferentes contextos clínicos, nomeadamente, Bloco de Partos [BP], Centro de Saúde [CS], Urgência de Ginecologia e Obstetrícia [SUOG], Unidade de Grávidas, Puerpério e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, divididos pelos dois semestres, conforme descrito na tabela 1.

**Tabela 1.** Contextos Clínicos do Estágio de Natureza Profissional

1º Semestre			
Início	Fim	Instituição/Serviço	Período
11/09/23	22/10/23	ULS a sul de Portugal - Hospital F- Serviço de urgência de Obstetrícia e Ginecologia- Bloco de parto	6 semanas
23/10/23	03/12/23	ULS a sul de Portugal - Centro de saúde L- Unidade de Cuidados na Comunidade	6 semanas
04/12/23	28/01/24	ULS a sul de Portugal - Hospital F- Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia- Internamento de grávidas e Atendimento urgente	6 semanas
2º Semestre			
Início	Fim	Instituição/Serviço	Período
14/02/24	10/03/24	ULS a sul de Portugal - Hospital P- Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Bloco de Partos	4 semanas
11/03/24	12/05/24	ULS a sul de Portugal - Hospital F- Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia- Bloco de Partos	8 semanas
14/05/24	14/06/24	ULS a sul de Portugal - Hospital P- Internamento de puerpério	6 semanas
17/06/24	23/06/24	ULS a sul de Portugal - Hospital F- Unidade de neonatologia (Observação)	1 semana

Fonte: Elaboração própria.

No início do ENP, as unidades de saúde onde o mesmo decorreu seguiam o modelo organizativo de agrupamento de CS e centro hospitalar a sul de Portugal, a partir de um (1) de janeiro de 2024, integraram uma Unidade Local de Saúde [ULS] a sul de Portugal, conforme descrito no decreto-Lei nº102/2023, de 7 de novembro de 2023 (Presidência do Conselho de Ministros, 2023). A alteração da denominação, teve como base o 3º objetivo da agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que se centra na promoção da “Saúde de Qualidade”. Este objetivo visa assegurar uma vida saudável e

promover o bem-estar para todas as pessoas em todas as idades. Propõe-se atingir objetivos como a redução da mortalidade materna e infantil, a erradicação de epidemias e a garantia do acesso universal aos serviços de saúde de qualidade” (Presidência do Conselho de Ministros, 2023).

A organização das unidades em ULS, representa uma melhoria na resposta do Sistema Nacional de Saúde [SNS], simplificando os processos, e promovendo a colaboração entre as equipas de saúde. Além disso, esta integração aponta para uma gestão mais eficiente dos recursos públicos, enquanto respeita o papel dos municípios no planeamento, organização e gestão, promovendo a proximidade dos serviços da população local (Presidência do Conselho de Ministros, 2023).

A referida integração visa, assegurar aos beneficiários do SNS acesso aos cuidados de saúde mais adequados às suas necessidades. Reconhecendo, a centralidade da pessoa e enfatizando um modelo integrado de cuidados que promovam ganhos em saúde, proximidade nas decisões e autonomia. Os cuidados de saúde primários são destacados como a base do sistema, com recursos reforçados para cumprir a sua missão (Presidência do Conselho de Ministros, 2023). A ULS assegura a prestação de cuidados de saúde em toda a extensão da região Sul, com a totalidade de 16 concelhos, conforme indicado na figura 1.

**Figura 1.** Área geográfica de abrangência da ULS



Fonte: Imagem retirada do SNS- ULS Algarve, 2024

Durante o ENP, foram desenvolvidas e adquiridas as competências definidas pela OE, nomeadamente as competências específicas para os EEESMO (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a), assim como as competências comuns dos enfermeiros especialistas (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019b).

Em seguida, será apresentada a caracterização dos serviços, enfatizando o espaço físico, recursos humanos e materiais, além das suas especificidades. Também serão fornecidos dados essenciais para contextualizar e esclarecer o processo de aquisição das competências ao longo do percurso.

### 1.1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO ONDE DECORREU O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A ULS está integrada no SNS e apresenta como área de atuação toda a região a sul de Portugal. Sendo composta por três unidades Hospitalares (Unidade F, P, L) cada uma com um centro de medicina física e reabilitação, três agrupamentos de centro de saúde [ACES], e quatro unidades de serviço de urgência básica (SUB), (SUB A, SUB L, SUB Lo, SUB V).

A ULS apresenta um total de 4079 profissionais, representados na figura 2 por categoria profissional (Sistema Nacional de Saúde [SNS], 2024).

**Figura 2.** Número total de profissionais por categoria profissional da ULS



Fonte: Gráfico de elaboração própria. Dados retirados do site SNS- ULSALG 2024.

A ULS dá resposta a uma população de 467.343 residentes, de acordo com os dados dos censos de 2021, traduzindo-se num aumento de 16.337 residentes desde os últimos censos de 2011, verificando-se que este número aumenta significativamente durante o pico sazonal (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2022).

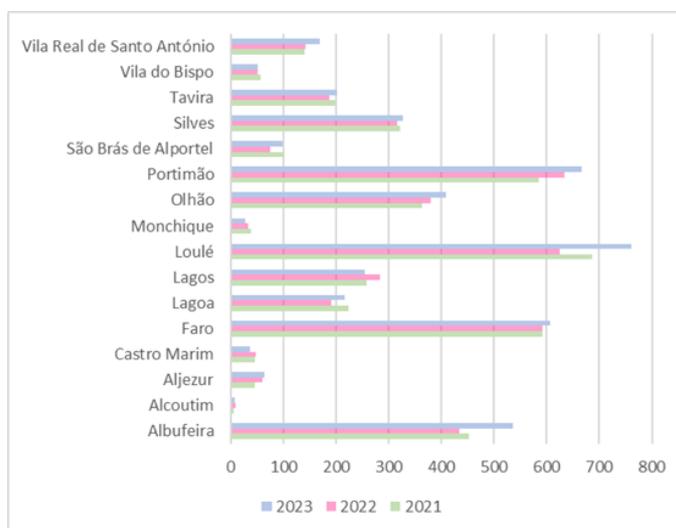
Em Portugal no ano de 2023 foram registados 85 118 partos, mais 2,58% do que no ano de 2022 (82987 partos) e mais 7.32% do que em 2021 (78890 partos), sendo o ano com maior número de partos registados (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2024a; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2024b).

A região do Algarve apresenta um total de 4 119 nascimentos no ano de 2021 e 4 436 nascimentos no ano de 2023, traduzindo-se num aumento aproximadamente de 317 nascimentos (7,70%) (PORDATA, 2024).

Na figura 3, pode-se constatar que o concelho com maior número de nascimentos no ano de 2023 foi Loulé, apresentando um total de 761 nascimentos registados. Tendo

tido um aumento significativo em relação aos anos anteriores, com 687 nascimentos em 2021 e 624 nascimentos em 2022 (PORDATA, 2024). Observamos ainda que o concelho com o menor número de nascimentos no ano de 2023 é Alcoutim com 8 nascimentos registados. Este valor representa um aumento de 1 nascimento em relação a 2021, com um registo de 7 nascimentos, e uma redução de 1 nascimento em comparação com 2022, quando foram registados 9 nascimentos (PORDATA, 2024).

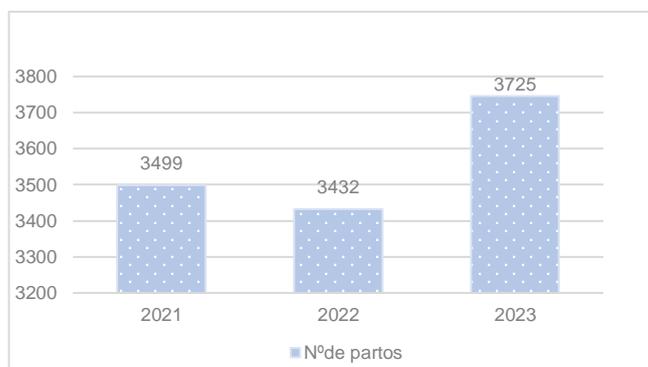
**Figura 3.** Número total de nascimentos por concelhos



Fonte: Elaboração própria, registos retirados site PORDATA, (2024)

A ULS tem apresentado um acréscimo do número total de partos nos últimos anos, representando num aumento de 8,54% em 2023, ou seja, mais 293 partos do que no ano de 2022 (Fig. 4).

**Figura 4.** Número total de partos na ULS

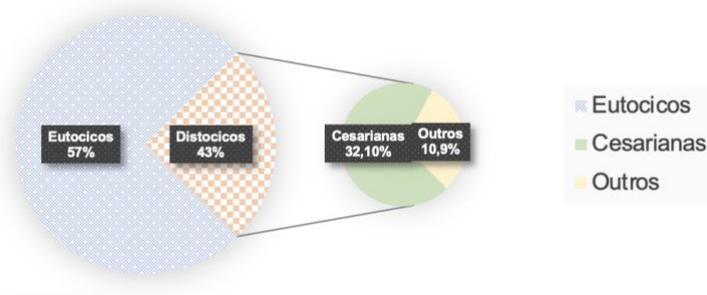


Fonte: Elaboração própria, registos retirados site Transparência

Na ULS, os partos eutócicos representam a maioria (57%) do tipo de parto realizado, traduzindo-se em 2123 partos. Em seguida, os partos distócicos (ventosas, fórceps, cesariana), apresentam uma percentagem de 43%, ou seja, 1602 partos. Sendo que dentro deste grande grupo 32,10% são cesarianas, 1197 partos (Fig. 5).

Nos últimos anos, a nível mundial, a taxa global de cesarianas aumentou de forma significativa, passando de cerca de 7% em 1990 para 21% atualmente, superando a faixa ideal estabelecida pela Organização Mundial de Saúde [OMS], que varia entre 10% e 15%. As previsões indicam que essa taxa pode atingir 29% até 2030, refletindo tanto o uso excessivo quanto a falta de acesso a cesarianas em áreas que realmente necessitam. Embora as cesarianas sejam essenciais em certas situações, o seu uso excessivo está associado a riscos aumentados de mortalidade e complicações pós-parto, tanto para mães quanto para os bebés, destacando a necessidade de um uso mais criterioso e balanceado desse procedimento (Betran, *et al.*, 2021; Angolile, *et al.*, 2023).

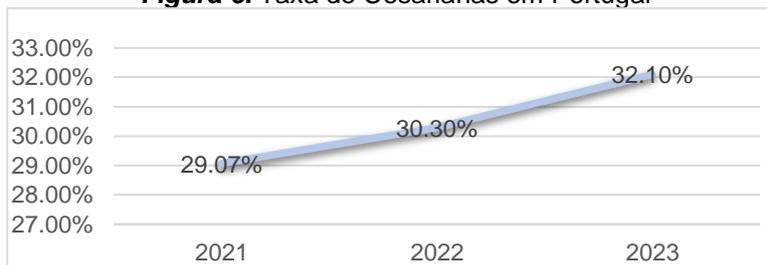
**Figura 5.** Número total de Partos no ano 2023 na ULS



Fonte: Elaboração própria, registos retirados do site Transparência

A taxa de cesarianas em Portugal, também tem sofrido um ligeiro aumento nos últimos anos, como se pode observar na figura 6, em que a percentagem subiu de 29,07% no ano de 2021 para 32,10% no ano de 2023. Esse aumento reflete uma tendência global do aumento das taxas de cesariana, sendo uma preocupação continua devido aos riscos associados e ao impacto no sistema de saúde (Angolile, *et al.*, 2023).

**Figura 6.** Taxa de Cesarianas em Portugal



Fonte: Elaboração própria, registos retirados do site Transparência

Em 2011, a taxa de cesarianas em Portugal era de 34,8%, representando o quinto maior índice entre os países da *Organization for Economic Cooperation and Development* [OECD]. O México registava a maior taxa, com 49%, enquanto a Islândia apresenta a menor, com 14,7% por 100 nascimentos vivos (OECD, 2015). A OMS aconselha a utilização da classificação de Robson de modo avaliar e a monitorizar as taxas de cesarianas desnecessárias, com o objetivo de reduzir a sua incidência. Este instrumento inclui diversos critérios para identificar e analisar os fatores que influenciam a necessidade de cesarianas, promovendo práticas mais informadas e adequadas no parto (World Health Organization [WHO], 2015; World Health Organization [WHO], 2018b; World Health Organization [WHO], 2022a).

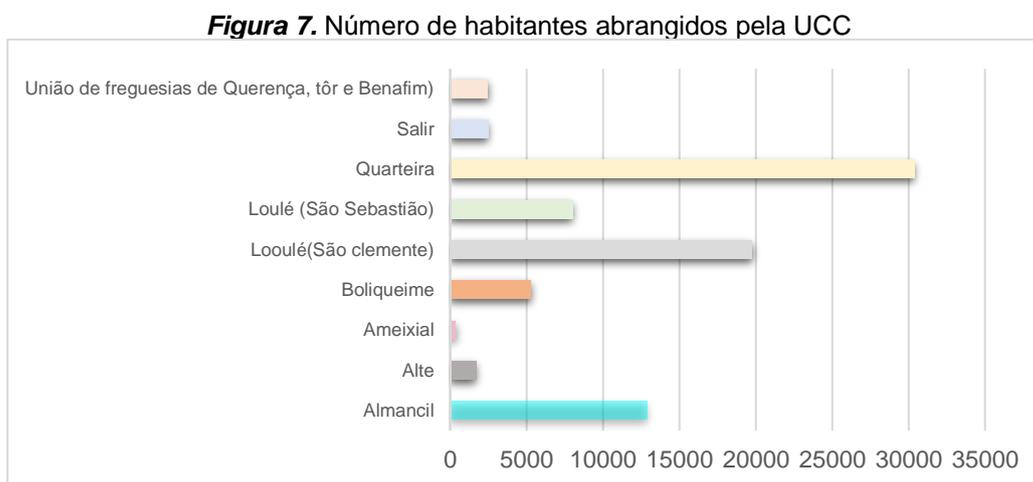
No subcapítulo seguinte será efetuado a caracterização do contexto onde se realizou o ENP, tendo sido realizado em duas unidades da ULS (Hospital F e Hospital P) e num dos centros de saúde do ACES, na unidade de cuidados na comunidade [UCC] no CS L.

### 1.1.1. Contextos de Cuidados de Saúde Primários

A UCC está integrada no CS da região a Sul de Portugal, que atualmente integra a ULS a sul de Portugal. Iniciou a atividade a 18 de Maio de 2011, sendo uma unidade prestadora de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, em ambientes domiciliários e comunitários. Tem como foco principal indivíduos, famílias e grupos que enfrentam situações de grande vulnerabilidade, limitações físicas ou funcionais, ou condições de saúde que exigem uma monitorização próxima. Além disso, atua na promoção da saúde e na facilitação de integração em redes de apoio familiar, essencialmente a pessoas, famílias e grupos em situações mais vulneráveis, de maior risco, dependência física e funcional, ou doença, que requeiram acompanhamento próximo, intervindo ainda na educação para a saúde [EpS] e na integração em redes de apoio à família.

A UCC apresenta como missão a contribuição na melhoria do estado de saúde da população do concelho, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de modo direto, para o cumprimento da missão do ACES e atualmente da ULS a sul de Portugal. A sua principal função é fornecer cuidados de saúde abrangentes a toda a população residente na área geográfica de abrangência, que inclui aproximadamente 83 433 habitantes, sendo que cerca de 17 903 são mulheres em idade fértil (entre os 15 e os 54 anos) (SNS, 2024).

Na figura 7 é apresentado o número de habitantes abrangidos pela UCC, constatando-se que a freguesia de Quarteira apresenta o maior número de habitantes e a freguesia do Ameixial é a freguesia com menos habitantes abrangidos.



Fonte: Elaboração própria, dados retirados da Plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários do Sistema Nacional de Saúde (SNS, 2024)

A unidade é composta por uma equipa multidisciplinar que conta com vários profissionais, nomeadamente vinte enfermeiros, uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde comunitária com funções de chefia, um EEESMO, doze assistentes técnicos e operacionais, uma técnica de serviço social, três médicos, um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica [EEESIP], uma higienista oral, uma psicóloga, uma nutricionista, três fisioterapeutas, uma terapeuta da fala, uma terapeuta ocupacional e duas secretárias clínicas. Os registos são efetuados através do sistema informático *SClínico® Cuidados de Saúde Primários*.

O horário de funcionamento da unidade é das 8 às 20h, nos dias úteis, estendendo-se aos sábados, domingos e feriados das 8h30 as 15h30, exclusivamente para o projeto

da Equipa de Cuidados Continuados Integrados [ECCI]. Relativamente ao espaço físico, a unidade é constituída por uma sala destinada à ECCI, um vestiário com uma casa de banho, um armazém com material de consumo clínico, uma sala para a enfermeira com funções de chefia, uma sala destinada para a área de atuação da saúde escolar e para o Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade [CPPP], um gabinete destinado ao cantinho de amamentação, um gabinete destinado a consultas de nutrição e um gabinete destinado à assistente social.

A UCC apresenta um CPPP que é estruturado em onze sessões, cada uma com uma duração média de três horas, duas vezes por semana. Os CPPP têm como objetivos promover a confiança e as competências da grávida, do casal e da família para uma vivência positiva da gravidez, do parto e da transição para a parentalidade (Assembleia da República [AR], 2019). O planeamento das sessões é efetuado pela equipa multidisciplinar, indo ao encontro com as recomendações estabelecidas pela Lei nº110/2019, de 9 de Setembro (AR, 2019).

A divulgação do curso é realizada durante as consultas de acompanhamento da gravidez. O enfermeiro responsável, informa, e fornece o formulário de inscrição do curso, assim como um folheto com diversas informações (Anexo A). Estes formulários são encaminhados para o EEESMO da UCC e após a receção dos formulários, o EEESMO responsável pelo CPPP, realiza a seleção dos casais candidatos através do método de exclusão (data provável do parto, multiparidade e ausência de resposta quando contactado). A necessidade de apresentar um método de exclusão deve-se ao elevado número de participantes para um EEESMO. É enviado um email a todos os casais candidatos aceites com uma ligação do *Google Forms* para preencher com dados pessoais. Os casais candidatos recebem um telefonema onde é explicado resumidamente o conteúdo do curso, o número de sessões e também é solicitada a confirmação da sua participação.

Durante o decorrer do curso é realizado uma consulta individual com a grávida e acompanhante/pessoa significativa, de forma, a esclarecer eventuais dúvidas e a perceber o interesse e as necessidades de cada casal, conforme é recomendado pela Direção Geral de Saúde [DGS] (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2023).

A identificação de um fator de risco ou de uma situação anómala na gravidez determina a necessidade de intervenções específicas. Durante essas consultas é avaliado o risco de gravidez através da Tabela de *Goodwin Modificada*, assim como avaliados os parâmetros vitais, o índice de massa corporal, auscultado os batimentos

cardíacos fetais e realizado algumas atividades de EpS pertinentes. A gravidez é considerada de baixo risco quando, após a avaliação clínica com a Tabela de Goodwin Modificada (Anexo B), não se identificam fatores de morbilidade materna, fetal ou neonatal (DGS, 2015b). Segundo a DGS (2015c), o risco é dinâmico durante toda a gravidez e desta forma deve ser reavaliado em todas as consultas através da Tabela de *Goodwin* Modificada (DGS, 2015c).

O CPPP segue as orientações do guia orientador de boas práticas desenvolvido pela Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MCEESMO] em 2023, assim como das orientações da DGS (DGS, 2015c; Cardoso, *et al.*, 2023). Desta forma, o curso é dividido em onze sessões alternando a ordem conforme a disponibilidade dos profissionais: a EEESMO fica responsável pelos seguintes conteúdos: modelo biopsicossocial, trabalho de parto, medidas farmacológicas e não farmacológicas no trabalho de parto, importância do papel do acompanhante, cuidados no puerpério e ao recém-nascido (RN), informação acerca da colheita de células estaminais e aleitamento materno; A psicóloga apresenta o tema: “Desenvolvimento psicoafectivo do bebe com os pais”; A nutricionista aborda o tema: “Alimentação saudável na gravidez”; A higienista oral apresenta: “A importância da saúde oral na grávida e no bebe”; E por fim a assistente social informa sobre os direitos e deveres na parentalidade (Anexo C). Os grupos são constituídos por 22 grávidas acompanhadas pelo(a) companheiro(a)/pessoa significativas residentes na área de influência da UCC. Em caso de necessidade e capacidade de resposta poderão integrar nesses cursos grávidas provenientes de outros concelhos, principalmente se trabalharem no concelho de Loulé.

O curso apresenta uma abordagem holística e facilitadora na adaptação à parentalidade, envolvendo a grávida, o casal ou a pessoa significativa, e promovendo uma atitude proativa e envolvente em relação ao processo de gravidez e parto. Através do curso, o casal é incentivado a participar ativamente nas decisões sobre o parto e nos cuidados com o recém-nascido, o que pode contribuir para um sentimento de empoderamento e satisfação com o processo (Nené, Marques & Batista, 2016; Cardoso, *et al.*, 2023).

No período pós-parto, apesar da escassez dos recursos humanos, o CS L, apresenta a possibilidade de recorrer ao cantinho da amamentação, sendo uma das áreas de atuação do EEESMO, e uma oportunidade para esclarecer eventuais dúvidas, assim como sensibilizar as mulheres e/ou casal para as boas práticas da amamentação.

O apoio no período pós-parto, tanto físico quanto emocional, é crucial para ajudar as puérperas na adaptação à maternidade. Este suporte pode influenciar positivamente a experiência da amamentação, promovendo a confiança das mães e garantindo uma nutrição adequada ao recém-nascido, além de fortalecer o vínculo mãe-bebé e contribuir para o bem-estar geral da mulher no período pós-parto (DGS, 2015b; Nené, Marques & Batista, 2016; Cardoso, *et al.*, 2023).

Em relação à definição de recursos humanos adequados, a norma das dotações seguras refere que para cada UCC, é recomendada a presença de um EEESMO por cada quinhentos nascimentos na área de atuação, sendo responsáveis por oferecer suporte especializado em preparação para o parto, adaptação à parentalidade e acompanhamento no período pós-parto. No concelho de Loulé, no ano de 2023, foram registados 761 nascimentos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2024c). Desta forma, o rácio de um EEESMO para 500 nascimentos encontra-se abaixo do recomendado pela OE, (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019c). Relativamente às consultas de apoio ao aleitamento materno, a recomendação é de um EEESMO por cada duzentos nascimentos, garantindo um acompanhamento adequado e direcionado para promover o processo de amamentação (OE, 2019b), também neste parâmetro a UCC não cumpre os rácios recomendados.

### **1.1.2. Contexto de Cuidados Diferenciados**

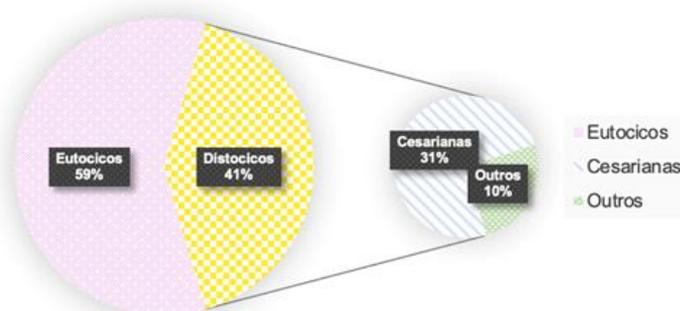
Os contextos clínicos em cuidados diferenciados foram realizados no Hospital F e no Hospital P. Neste subcapítulo apresentamos a caracterização detalhada de cada unidade hospitalar, seguida de uma caracterização dos contextos clínicos específicos onde decorreram as atividades de estágio.

#### **Caraterização dos Contextos Clínicos Realizados no Hospital F**

No contexto clínico do Hospital F, o ENP realizou-se no SUOG, integrado no Departamento de Ginecologia/Obstetrícia e Reprodução Humana, que oferece uma assistência abrangente às mulheres ao longo do seu ciclo de vida, cobrindo desde a fase preconcepcional até ao climatério e menopausa. O serviço encontra-se localizado no 5º andar do edifício principal, o SUOG abrange o Atendimento Urgente ou Admissão, o BP, o Internamento de Grávidas (Medicina Materno Fetal) e o Bloco Operatório destinado a cesarianas programadas, emergências obstétricas e/ou ginecológicas.

No ano de 2023 realizaram-se 2562 partos no Hospital F, mais 392 partos do que no ano de 2021(Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2023). Dos 2562 partos, 59% foram eutócicos, totalizando 1510 partos e 41% foram distócicos, traduzindo-se em 1052 partos. Relativamente aos partos distócicos, 31% foram partos com recurso a cesariana, totalizando 783 partos e 10% foram instrumentados com recurso a ventosas/fórceps, totalizando 269 partos, como se pode verificar na figura 8.

**Figura 8.** Taxa de Partos da Unidade F



Fonte: Elaboração própria. Dados recolhidos do registo do hospital F

Esta região tem sofrido um aumento do número de partos, devido a elevada percentagem de emigrantes nos últimos anos. Segundo o Plano Nacional de saúde de 2030, entre 2015 e 2019, a taxa bruta de natalidade nacional mostrou uma tendência para estabilizar, contudo, salienta que este aumento é devido aos nados-vivos filhos de mulheres estrangeiras (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022).

#### *Contexto Clínico de Bloco de Partos*

O serviço de Bloco de Partos é um dos serviços essenciais nesta área, desempenhando um papel crucial na prestação de cuidados de saúde materno-infantil, sendo essencial que a sua infraestrutura e recursos sejam projetados para maximizar a qualidade do atendimento e promover a satisfação das utentes e da equipa de saúde (Pimentel, *et al.*, 2020).

O BP desta Unidade de Saúde é constituído por quatro salas de partos em linha, um armazém, um recobro, uma unidade de cuidados pós anestésicos [UCPA], uma sala de enfermagem, uma copa, um gabinete da enfermeira chefe e um bloco operatório. Cada uma das salas de parto está equipada com: camas de parto que são essenciais para garantir o conforto e a segurança das parturientes, adaptadas às diversas

posições, consoante a preferência de cada parturiente. Alguns autores, salientam que a alternância de posicionamentos, nomeadamente a adoção de posições verticalizadas são benéficas para a evolução do trabalho de parto, assim como para a satisfação materna (Cardoso, *et al.*, 2023; Kazemi, *et al.*, 2023); Cardiotocógrafos conectados a central *Omnview-SisPorto*® que permitem a monitorização contínua do bem-estar fetal. Este tipo de monitor é importante na vigilância do trabalho de parto, já que permite avaliar as diferentes alterações feto-placentares, assim como a monitorização dos movimentos fetais e a contratilidade uterina. A literatura evidencia a importância da monitorização da frequência fetal, visto que é crucial para identificar precocemente situações de risco, como a hipoxia fetal (Marciano, *et al.*, 2022). Cada sala dispõe ainda de uma bancada destinada aos cuidados imediatos ao recém-nascido, equipada com sistema de aquecimento, oxigénio e de aspiração, essenciais para garantir os primeiros cuidados aos recém-nascidos; uma sala de recobro e uma UCPA destinada a cesarianas, locais onde as puérperas ficam sobre vigilância dos profissionais durante as primeiras duas horas após o parto, sendo essenciais para a prevenção de complicações (Nené, Marques & Batista, 2016); um armazém com material de apoio organizado para que o acesso aos materiais seja fácil e rápido.

A organização do ambiente de trabalho aliada à disponibilidade dos recursos físicos e humanos é um dos principais fatores que influenciam tanto os resultados clínicos quanto a perceção do bem-estar dos profissionais (Pimentel, *et al.*, 2020). No corredor é possível identificar e aceder rapidamente ao carro de emergência, contudo o serviço apresenta um carro de emergência incompleto sem desfibrilhador. É essencial destacar que o equipamento é crucial em emergências e a sua ausência pode comprometer a capacidade da equipa em lidar eficazmente em casos de emergência.

Com base nas evidências e diretrizes médicas fornecidas pela *American Heart Association* [AHA] e pela *European Resuscitation Council* [ERC], o desfibrilhador é considerado um equipamento fundamental em qualquer unidade de saúde, especialmente em áreas onde a resposta rápida e eficaz a situações críticas podem fazer a diferença entre a vida e a morte, tais como sala operatórias e serviços de urgências (Vicente, *et al.*, 2021).

Uma sala de enfermagem, uma copa e um gabinete da enfermeira com funções de chefia, sendo este último o local onde os enfermeiros realizam as suas refeições dadas as pequenas dimensões da copa que não permitem a utilização do espaço por mais do que uma pessoa. A promoção da saúde no ambiente de trabalho é essencial para

umentar a satisfação e reduzir custos relacionados à saúde laboral. Em ambientes de elevado stress, é fundamental adotar medidas como espaços tranquilos e de relaxamento para prevenir o Síndrome de *Burnout* (Cohen, *et al.*, 2023; Lais Silva Salles & Robson, 2024).

Uma sala operatória, onde são realizadas cesarianas de carácter programado, urgentes, emergentes e procedimentos de dequitação manual, sendo que poderá ser utilizada para cirurgias ginecológicas emergentes caso o bloco operatório central esteja completamente ocupado. Imediatamente ao lado do bloco operatório, encontra-se a sala de reanimação do recém-nascido [RN], onde estão duas incubadoras para reanimação e prestação de cuidados imediatos ao RN com uma janela de ligação direta à unidade de cuidados intensivos neonatais [UCIN]. A proximidade entre a sala de reanimação e a UCIN é crucial para garantir cuidados especializados e imediatos. Embora a maioria dos recém-nascidos consiga fazer a transição para a vida extrauterina sem necessidade de assistência, o elevado número de nascimentos e a imprevisibilidade sobre quais os bebés que necessitarão de suporte exigem que os profissionais de saúde estejam sempre preparados para agir com rapidez e eficácia em cada parto (Weiner & Zaichkin, 2022).

No que se refere aos recursos adequados para o alívio da dor durante o parto, neste serviço estão disponíveis diversos recursos não farmacológicos de alívio da dor, tais como: controlo de luminosidade, bola suíça, aplicação de calor/frio e aromaterapia. Esses métodos de alívio da dor demonstram uma eficácia na promoção do conforto, na redução da perceção da dor, no aumento do empoderamento materno assim como da satisfação das mulheres com o parto (Thies-Lagergren, *et al.*, 2020).

Relativamente aos recursos humanos, neste serviço a equipa multidisciplinar especializada, constituída por médicos obstetras/ginecologistas, médicos anesthesiologistas, médicos pediatras, psicólogo, enfermeiros de cuidados gerais, EEESMOs, assistentes operacionais e técnicos administrativos. A equipa de enfermagem é constituída por uma EEESMO com funções de chefia, uma enfermeira EEESMO subchefe, trinta e um EEESMOs, um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica [EEEMC] e dezoito enfermeiros de cuidados gerais.

Os enfermeiros estão distribuídos por setores, planificação realizada e apresentada semanalmente pela enfermeira chefe. Esta planificação segue geralmente a seguinte distribuição, um/dois EEESMO na admissão, dois EEESMO na sala de partos e no setor de grávidas e três enfermeiros na sala operatória. A planificação dos cuidados de

enfermagem é essencial, para além de promover um trabalho mais organizado é especialmente vantajoso em emergências já que essa estrutura de planeamento assegura que os enfermeiros ocupem rapidamente os seus postos e desempenhem as suas funções de maneira ágil, eficiente e coordenada (Cho, *et al.*, 2020; Pimentel, *et al.*, 2020). Na sala operatória estão distribuídos três enfermeiros, um por cada posto de trabalho, circulante, anestesia e instrumentista, sendo estes habitualmente ocupados por enfermeiros generalistas. Perfazendo um total de 8/9 enfermeiros por turno.

As dotações seguras numa sala de cirurgia programada ou urgente, referem que deve existir um enfermeiro circulante, um enfermeiro instrumentista e um enfermeiro de anestesia, sendo um dos elementos EEESMO. Acrescenta ainda, que deve haver um enfermeiro de recobro (OE, 2019c). Contudo, devido à significativa falta de recursos humanos, o enfermeiro de recobro frequentemente não está disponível, o que pode comprometer a qualidade dos cuidados prestados e a segurança dos utentes.

Em 2019, a proporção média de enfermeiros nos hospitais dos países da OECD era de 37% do total de profissionais de saúde (8,4 por 1 000 habitantes), sendo que Portugal ficou abaixo da média (7,1 por 1 000 habitantes). A diminuição dos enfermeiros em Portugal é uma das preocupações atuais da OECD, já que causa um grande impacto na capacidade de resposta e de oferta dos cuidados de saúde adequados. Assim sendo, este problema torna-se especialmente crítico em situações de elevada pressão, como crises de saúde pública ou períodos de aumento significativo da procura por serviços hospitalares, onde a falta de pessoal qualificado pode comprometer a qualidade e a rapidez dos cuidados prestados (Organization for Economic Cooperation and Development [OECD], 2021a; Organization for Economic Cooperation and Development [OECD], 2021b). Este cenário ressalta a necessidade de ampliar o número de enfermeiros em Portugal, uma ação fundamental para assegurar que o sistema de saúde seja capaz de atender às necessidades da população de maneira eficiente. Além disso, a presença adequada de enfermeiros está associada a melhores desfechos clínicos, redução das taxas de mortalidade hospitalar e a uma menor incidência de erros médicos (Pimentel, *et al.*, 2020).

A equipa promove uma continuidade de cuidados realizando uma rotação por turnos: manhã (08:00h-16:00h), tarde (15:30h-00:00h), noite (23:30h-08h:30).

Os registos são realizados no sistema informático *SClínico® Hospitalar* e pelo Partograma em registo de papel. A monitorização cardiotocográfica é realizado pela central de *Omnview-SisPorto®*.

### *Contexto Clínico de Ginecologia e Grávidas*

O processo de chegada dos utentes ao SUOG é iniciado no Serviço de Urgência [SU] Geral, onde passam pela triagem utilizando o sistema de Triagem de *Manchester*. Seguidamente, são encaminhados para o 5º andar, acompanhadas por um assistente operacional. As utentes com condições ginecológicas são acompanhadas pelo assistente operacional do SU até ao serviço de destino, enquanto as grávidas são recebidas e acompanhadas pelas assistentes operacionais do SUOG. No caso de chegarem acompanhadas pela equipa de emergência do Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] ou pelos Bombeiros, as utentes são transportadas até ao serviço pelas equipas.

Após a chegada ao 5º andar, as utentes aguardam a sua chamada na sala de espera. Posteriormente, são chamadas e orientadas para o atendimento urgente ou admissão, conforme os critérios de gravidade e a pulseira atribuída pela triagem de *Manchester*. A triagem de *Manchester*, implementada em Portugal desde 2000, é uma ferramenta essencial para a identificação da prioridade clínica, baseada nos sintomas apresentados e na gravidade do estado do utente. Os principais benefícios e objetivos desta metodologia incluem a otimização do fluxo nos serviços de urgência, o aumento da eficiência e a melhoria da qualidade do atendimento. Além disso, a triagem de *Manchester* desempenha um papel crucial na minimização dos riscos associados ao tratamento de condições potencialmente graves (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015a).

A admissão é composta por dois gabinetes, uma sala de resíduos, um *hall* de entrada e uma sala de observação, que apresentam o seguinte material físico: O gabinete 1 apresenta uma marquesa ginecológica, material de apoio clínico e de registos informáticos. Inserido neste gabinete, encontra-se a casa de banho disponível para as utentes. O gabinete 2 é composto por duas salas: o gabinete de atendimento e uma sala para a realização de medicação ou registo cardiotocográfico. A Sala de resíduos é destinada à gestão adequada dos resíduos gerados no serviço. A triagem correta destes resíduos é essencial para garantir a segurança ambiental e a saúde dos profissionais e utentes, além de cumprir as regulamentações de manuseamento de resíduos hospitalares previstos pelo decreto-lei n.º 43/2011, que aprova o plano estratégico dos resíduos hospitalares (Ministérios da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, do Ambiente e do Ordenamento do Território e da Saúde, 2011). A Sala de Observação, apresenta um monitor de registo cardiotocógrafo e um armário de

apoio clínico. Em situações de sobrelotação das salas de parto, esta sala pode ser utilizada para vigilância do trabalho de parto ou para a realização de um parto iminente.

A equipa de SUOG é composta habitualmente por duas EEESMO no período da manhã/tarde e um EEESMO no período da noite. No entanto, devido à escassez de profissionais, pode acontecer ficar apenas um EEESMO durante todos os turnos. Segundo o Regulamento n.º 743/2019 da OE, que estabelece a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2019c), recomenda-se que nos SUOG, todos os enfermeiros envolvidos sejam EEESMO, e que apresentem uma formação específica em suporte avançado de vida em obstetrícia e emergência obstétricas (OE, 2019b). Nesse sentido, salientamos que o SUOG cumpre com as normas das dotações seguras. A equipa promove uma continuidade de cuidados realizando uma rotação por turnos: manhã (08:00h-16:00h), tarde (15:30h-00:00h), noite (23:30h-08h:30).

O método de trabalho adotado no serviço é predominantemente individual, mas os profissionais colaboram e apoiam-se mutuamente. O trabalho em equipa é fundamental para criar um ambiente seguro para o utente. A cooperação entre as equipas melhora a satisfação dos profissionais, reduz erros e promove a continuidade dos cuidados (Cho, *et al.*, 2020; Pimentel, *et al.*, 2020; Cohen, *et al.*, 2023). Os registos de enfermagem são realizados no software clínico ALERT®.

#### *Contexto Clínico da Unidade de Grávidas*

A unidade de grávidas é composta por uma sala de enfermagem e cinco enfermarias, perfazendo o total de 15 camas. Cada enfermaria está equipada com um monitor cardiotocográfico e oferece espaços privados para cada grávida, com uma cama e um armário. Apresenta um espaço comum que é composto por um lavatório, uma mesa de refeições e um armário com material de higiene, para garantir a privacidade das utentes. As camas são separadas por lençóis, uma medida adotada devido à ausência de cortinas. A ausência de recursos físicos é uma realidade preocupante nos hospitais com grande afluência de utentes (Pimentel, *et al.*, 2020). A importância de garantir um espaço físico acolhedor e a privacidade são apontados como fatores potencializadores de alívio do stresse e satisfação materna (Kazemi, *et al.*, 2023).

As instalações sanitárias incluem um balneário localizado fora das enfermarias, com três cabines de duche e três sanitários, disponíveis para as grávidas. O duche é muito utilizado pelas grávidas numa fase inicial de trabalho de parto para alívio da dor. O uso

da água promove um relaxamento físico e mental, proporcionando uma sensação de bem-estar e relaxamento. Durante o trabalho de parto a utilização da pressão hidrostática da água tem vários benefícios, nomeadamente na circulação sanguínea, no alívio da tensão muscular e articular e no alívio da dor (Nené, Marques & Batista, 2016; Cardoso, *et al.*, 2023).

Este internamento é destinado a grávidas que apresentem patologias maternas ou fetais e que necessitem de cuidados ou vigilâncias diárias. Além dessas situações, o internamento também apresenta grávidas numa fase latente do trabalho de parto ou em indução de trabalho de parto. A fase latente do trabalho de parto é definida como o período em que ocorrem contrações uterinas dolorosas e se observam alterações no colo do útero, incluindo apagamento cervical e dilatação lenta até 5 cm (WHO, 2018a). A duração desta fase pode variar entre mulheres e é influenciada por diversos fatores, incluindo aspetos fisiológicos, psicológicos, emocionais e ambientais (Cardoso *et al.*, 2023). A fase ativa do trabalho de parto é definida como o período que vai dos 5 cm de dilatação até à dilatação completa. Além disso para mulheres grávidas saudáveis em trabalho de parto espontâneo, é recomendado uma política de adiamento da admissão na sala de parto até à fase ativa (Cardoso, *et al.*, 2023). As grávidas, ao entrarem na fase ativa do trabalho de parto, são acompanhadas pela EEESMO e transferidas para as salas de parto, salvo raras exceções, como no caso de grávidas hemodinamicamente instáveis ou com registo cardiotocográfico não tranquilizadores.

Neste serviço, o alívio da dor é realizado através de métodos farmacológicos, como a administração de fármacos por via endovenosa, e métodos não farmacológicos, como o uso de bolas suíça, aplicação de calor ou frio, hidroterapia e deambulação. As utilizações de bolas suíças durante o trabalho de parto contribuem significativamente para o alívio da dor, proporcionando maior conforto e mobilidade às parturientes (Delgado, *et al.*, 2019; Cardoso, *et al.*, 2023).

A deambulação e verticalização é um dos métodos mais incentivados no internamento pelos EEESMO devido aos seus inúmeros benefícios. Estes métodos aumentam o fluxo sanguíneo no útero e melhoram o aporte de oxigénio para o feto, além disso, a ação da gravidade facilita a rotação e a descida da apresentação fetal. Também oferecem benefícios psicoafectivos, proporcionando à mulher uma maior sensação de controlo e envolvimento no processo do parto (Taborda Amaro, *et al.*, 2021; Cardoso, *et al.*, 2023).

A equipa de enfermagem na unidade de grávidas é composta por duas EEESMO em cada turno. O Regulamento n.º 743/2019 da OE (2019), que estabelece a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, recomenda como rácios num internamento de medicina materno fetal as seguintes: um EEESMO para cada três gravidezes de alto risco, um EEESMO para cada seis gravidezes de médio risco, no caso de induções de trabalho de parto, um EEESMO para cada três grávidas e no caso do 1ºestadio de trabalho de parto um EEESMO para cada duas grávidas (OE, 2019c). A equipa promove uma continuidade de cuidados realizando uma rotação por turnos: manhã (08:00h-16:00h), tarde (15:30h-00:00h), noite (23:30h-08h:30).

Os registos de enfermagem são realizados através do sistema informático SClínico® Hospitalar, sendo que é aberto o Partograma, em registo de papel a partir da fase ativa do trabalho de parto. As monitorizações cardiotocográficas são realizadas através do programa *Omniview-SisPorto*®, que permite uma vigilância mais abrangente do bem-estar fetal.

#### *Contexto Clínico da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais*

O serviço está localizado no 5º piso do Hospital F, integrado no departamento da criança, do adolescente e da família, articulando-se e cooperando com o departamento de Ginecologia/Obstetrícia e Reprodução Humana. A UCIN apresenta uma entrada direta ao bloco de partos, sendo esta uma mais-valia em casos emergentes. Além disso, há uma articulação com o Cantinho da Amamentação via telefónica, encaminhando as puérperas com queixas relacionadas com a amamentação.

A admissão dos recém-nascidos na UCIN é influenciada por diversos fatores que podem ser de origem materna, do ambiente externo ou do próprio recém-nascido. As principais causas que levam um recém-nascido a um internamento na UCIN são: a prematuridade, síndrome de aspiração meconial, infeção, síndrome de dificuldade respiratória e hiperbilirrubinemia. A morbimortalidade neonatal é frequentemente elevada, muitas das vezes associada a baixas condições socioeconómicas, vigilância pré-natal inadequadas, partos traumáticos e prolongados, restrições de crescimento fetal ou uso de substância como álcool/drogas durante a gravidez (Segundo, 2018; Barbosa, 2024).

A UCIN é subdividida em duas unidades, uma unidade de cuidados intensivos composta por cinco incubadores e uma unidade de cuidados intermédios composta por sete incubadoras. A unidade de cuidados intensivos pediátricos [UCIP], que apresenta

três camas, material de apoio clínico. Além disso, há uma sala de espera para os pais com sofás e uma televisão. A humanização dos cuidados de saúde, é essencial para promover o bem-estar tanto dos utentes como das famílias. Um ambiente físico acolhedor e bem planeado, como uma sala de espera confortável para os pais, contribui para a redução do stress e da ansiedade. A teoria de Jean Watson, defende que os cuidados devem envolver uma interação com o utente e com a família de maneira a promover um ambiente confortável e seguro, alcançando assim o cuidado holístico (Meneses-La-Riva, *et al.*, 2021).

A UCIN tem ainda um gabinete da administrativa clínica, um gabinete médico e um de enfermagem, uma sala de reunião/passagem de turno, um gabinete da enfermeira com funções de chefia, um vestiário, uma sala de extração de leite, um quarto médico, uma sala de monitorização, uma sala de esterilização, uma sala de preparação de leites, uma copa, um berçário composto por sete berços.

Os cuidados de enfermagem adotados são fundamentados pelo programa *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* [NIDCAP], que consiste em cuidados que visam o desenvolvimento neurológico, sensorial, motor e afetivo do RN através da proteção e estimulação adequada dos órgãos sensoriais, regulação dos estados comportamentais do recém-nascido e da vinculação precoce com os pais (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program [NIDCAP], 2024). Este programa tem como principais objetivos fornecer ao recém-nascido o suporte necessário para manter a estabilidade entre os subsistemas de desenvolvimento, assim como facilitar capacidades de autorregulação. Além disso, empenha-se em reduzir fatores de stress, em evitar a hiperestimulação do recém-nascido, preservar energia e promover o crescimento (Moraes, *et al.* 2023; NIDCAP, 2024; Vittner, *et al.*, 2024).

Os cuidados na UCIN, seguem a Teoria Sincroativa do Desenvolvimento Neonatal, que enfatiza a importância de ajustar os cuidados de saúde para corresponder às necessidades individuais de cada recém-nascido (Moraes, *et al.*, 2023; NIDCAP, 2024). A teoria apresenta como pilares: a individualização dos cuidados; a monitorização de cada sinal e comportamento promovendo o suporte necessário; um ambiente com o mínimo de stress, ruído e luminosidade; a participação ativa dos pais; a adoção de estratégias sensoriais adaptadas ao estadió de desenvolvimento do recém-nascido, promoção do método canguru (Moraes, *et al.*, 2023). O serviço da UCIN cumpre estas recomendações, apresenta um sensor de ruído em forma de orelha que emite um

alarme ao detetar níveis de ruído prejudiciais para o desenvolvimento do recém-nascido, as portas estão equipadas com esponjas para garantirem um ambiente silencioso quando são fechadas e é promovido o silêncio e a baixa luminosidade. Para assegurar o bom funcionamento e a tranquilidade, não são permitidos telemóveis, assim como conversas desnecessárias. É promovido o método canguru e o contacto pele a pele, sempre que seja possível, com um dos progenitores. Os cuidados são realizados apenas quando o recém-nascido se mostra disponível, respeitando o ciclo de sono. Incentiva-se os pais a participar ativamente e a estarem presentes durante os cuidados ao recém-nascido, promovendo desta forma a autonomia e o papel parental.

O serviço apresenta um acesso restrito, supervisionado, com horário de funcionamento de visitas no período entre as 9h e as 23h, apenas para os progenitores, sendo recomendado evitar as entradas e saídas frequentes. Os horários de visita restritos ajudam a reduzir o stress e a interferência nos ciclos de sono dos recém-nascidos, promovendo uma melhor recuperação (Kazemi, *et al.*, 2023).

A equipa multidisciplinar é constituída por dois médicos pediatras intensivistas, quarenta e três enfermeiros, assistentes operacionais, um psicólogo, uma assistente social e uma administrativa. A equipa de enfermagem é constituída por uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica [EEESIP] com funções de chefia, vinte e uma EEESIP, vinte e dois enfermeiros de cuidados gerais. Em cada turno a equipa de enfermagem é constituída por seis enfermeiros, podendo ficar apenas cinco, sendo que a planificação é realizada pela chefe, sendo distribuídos, um EEESIP para a UCIP, um EEESIP para os berços, um EEESIP para a UCIN e três EEESIP para os cuidados intermédios. Este número varia com o número de internados e com a complexidade dos cuidados. Segundo o Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros, que estabelece a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2019c), os rácios recomendados para assegurar a segurança dos cuidados são de dois enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica em permanência, por cada três enfermeiros. Contudo, devido à ausência de um quadro de classificação, ainda não é possível realizar o cálculo das dotações seguras relativamente a especialidade de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, nos cuidados de saúde de enfermagem (OE, 2019c).

A equipa promove uma continuidade de cuidados realizando uma rotação por turnos: manhã (08:00h-16:00h), tarde (15:30h-00:00h), noite (23:30h-08h:30).

O método de trabalho adotado no serviço é predominantemente individual, mas os profissionais colaboram e apoiam-se mutuamente quando necessário. Os registos de enfermagem são realizados por meio do programa informático *Bsimple PaTIENT.CARE*, adaptado ao serviço específico.

### **Caraterização dos Contextos Clínicos do Hospital P**

O Hospital P pertence à ULS a sul de Portugal, e apresenta um papel crucial na prestação de serviços de saúde na comunidade local, abrangendo diversas especialidades médicas e serviços hospitalares. No entanto, uma das características mais distintivas do Hospital P é a maternidade. Este serviço desempenha um papel muito importante no atendimento das mulheres grávidas e parturientes da região, oferecendo cuidados obstétricos e neonatais de qualidade. No entanto, ao longo dos últimos anos, tem enfrentado desafios relacionados com a disponibilidade dos recursos humanos, o que originou vários períodos de encerramento temporário. Apesar desses desafios, a maternidade continua a ser uma parte fundamental do Hospital P, que detém o título de “Hospital Amigo dos Bebés” desde 2008, com a acreditação obtida nesse mesmo ano e renovada pela última vez em 2016 (United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2018). No entanto, em dezembro de 2023, a certificação dessa iniciativa deixou de estar em vigor (Diário da República [DRE], 2023).

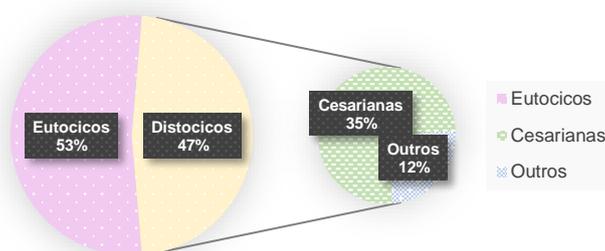
A OMS e a *United Nations International Children's Emergency Fund* [UNICEF] lançaram no ano de 1991, um programa mundial de promoção do Aleitamento Materno, intitulado de “Iniciativa Amiga dos bebés” conhecida internacionalmente como “*Baby Friendly Hospital Initiative- BFHI*” (UNICEF, 2018).

Em dezembro de 2023, o Governo criou a Comissão para a Promoção do Aleitamento Materno (Despacho nº 13056/2023), alinhada com as prioridades do SNS e reconhecendo o sucesso da Iniciativa Amiga dos Bebés da UNICEF (Saúde- Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde [S-GSEPS], 2023). A nova comissão assume a missão de definir e implementar práticas para promover e manter o aleitamento materno nas instituições de saúde, com o objetivo de alcançar uma taxa de 50% de aleitamento materno exclusivo até 2030, conforme o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Com isso, a certificação de Hospitais Amigos dos Bebés pela UNICEF e o trabalho da comissão anterior foram encerrados, cabendo agora ao SNS integrar essas práticas. A comissão terá como principais missões: aprofundar o conhecimento sobre o aleitamento materno no país; definir e aplicar práticas que sigam

as recomendações da OMS; monitorizar e avaliar as instituições envolvidas; elaborar regulamentos de adesão; definir indicadores anuais de processo e resultado; e calcular os custos envolvidos na implementação das medidas (S-GSEPS, 2023).

No ano de 2023, o Hospital P, registou aproximadamente 1163 partos, 53% foram eutócicos e 47% foram partos distócicos, dos quais 35% foram cesarianas, conforme apresentado na figura 9. O Hospital P, apresenta uma diminuição de 14% no número de partos (162 partos), quando comparado com o ano de 2021 (1325 partos).

**Figura 9.** Número de Partos no Hospital P no ano 2023



Fonte: Elaboração própria. Dados retirados do site Transparência, (2024)

### *Caraterização do Contexto Clínico de Bloco de Partos*

Este contexto clínico encontra-se localizado no 2º piso do Hospital P, e fornece cuidados médicos abrangentes, que incluem o atendimento no SUOG, o bloco operatório e o BP. Quanto à disposição física, o serviço é constituído por diversas áreas distintas, nomeadamente: urgência/admissão, BP, UCPA, sala de vigilância e bloco operatório.

A urgência/admissão é constituída pela receção que apresenta uma administrativa responsável pela admissão das utentes ao serviço, com uma pequena sala de espera que funciona em dias úteis durante o período diurno, fora deste horário, a admissão é realizada na SU Geral. Esta é constituída por quatro salas destinada a observação de utentes, uma para vigilância do bem-estar materno fetal, uma sala de triagem de resíduos, uma rouparia, uma casa de banho para profissionais, uma casa de banho para utentes/acompanhantes e um balneário com chuveiros para as grávidas em trabalho de parto. Duas das salas são designadas para a observação das grávidas, enquanto as duas restantes são reservadas para utentes que apresentem questões ginecológicas.

O BP é constituído por duas salas de vigilância, dois vestiários, um gabinete da enfermeira chefe, uma sala operatória, uma sala de reanimação do recém-nascido, uma

sala de UCPA, um armazém de consumo clínico, uma sala com material de resíduos, uma sala de vigilância/recobro, uma copa, cinco salas de parto, duas casas de banho para grávidas/acompanhantes e duas casas de banho para os profissionais. As salas de parto dispõem de uma cama de parto, um cadeirão, um armário com medicação com material de apoio, um cardiotocógrafo com central *Omnview-SisPorto®* e uma bancada onde são prestados os cuidados imediatos ao RN.

Neste serviço, estão disponíveis diversos métodos não farmacológicos para alívio da dor, incluindo: a musicoterapia e luminosidade regulável, o *kit* de massagem e relaxamento, as bolas suíça e bolas de amendoim, aplicação de calor/frio, electroestimulação transcutaneasensorial [TENS], o acesso a hidroterapia, cardiotocógrafos com sistema *wireless* para permitir uma maior mobilidade à grávida, sem descuidar a monitorização contínua do bem-estar materno fetal quando necessário. A utilização do TENS e do sistema *wireless* são inovações introduzidas por este hospital, comparativamente com o Hospital F, oferecendo alternativas modernas e eficazes para o alívio da dor durante o trabalho de parto. O TENS funciona através da aplicação de pequenos impulsos elétricos na pele, direcionados para os nervos e para o sistema nervoso central. De acordo com a *Teoria do Gate Control*, esses impulsos elétricos competem com os sinais de dor, ajudando a atenuar ou bloquear a perceção da dor pelo cérebro. Os estímulos não dolorosos, como o toque, a vibração, a massagem ou a pressão, podem fechar esta "porta", impedindo ou reduzindo a transmissão dos sinais de dor ao cérebro. Desta forma, o TENS pode ser uma ferramenta eficaz para o alívio da dor durante o trabalho de parto, proporcionando uma opção não farmacológica para as mulheres que desejam minimizar o desconforto (Coutinho, *et al.*, 2021).

Como medidas farmacológicas estão disponíveis: o cateter epidural com perfusão contínua e/ou bólus intermitentes, fármacos e o protóxido de azoto via inalatória. O protóxido de azoto é uma das medidas que não está disponível no hospital F, entre as suas vantagens destacam-se a sensação de autocontrolo e autonomia da grávida, efeitos secundários reduzidos, liberdade de movimentos e uma semivida curta. No entanto, a sua eficácia no alívio da dor durante a fase ativa do trabalho de parto é limitada (Nené, Marques & Batista, 2016; Cardoso, *et al.*, 2023).

O serviço apresenta um bloco operatório, onde podem ser realizadas cesarianas de carácter programado, urgentes, emergentes e cirurgias ginecológicas. O horário de funcionamento é das 8h as 20h, sendo que fora desse horário as cirurgias são realizadas no bloco central que se encontra no 1ºPiso. Imediatamente ao lado do bloco

operatório, encontra-se a sala de reanimação do RN, onde estão presentes duas incubadoras para reanimação e prestação de cuidados imediatos ao RN.

A sala de UCPA possui equipamento clínico essencial, como incubadora, maca e rampas de oxigénio e aspiração. A sala de vigilância/ recobro para partos vaginais inclui uma incubadora, macas e materiais de apoio a vigilância. A sala de enfermagem conta com uma mesa de trabalho, computadores e sofás.

A equipa multidisciplinar no BP é composta por médicos obstetras, anestesistas, pediatras, assistentes operacionais, psicólogo, uma secretaria administrativa e equipa de enfermagem, que inclui uma enfermeira com funções de chefia EEESMO, vinte e cinco EEESMOs e dez enfermeiros de cuidados gerais. A equipa de admissão é constituída por dois médicos, dois EEESMO, podendo por vezes ser constituída por um enfermeiro de cuidados gerais e um EEESMO.

A equipa de enfermagem em cada turno é constituída por 7 enfermeiros no período até as 20h, após este horário, devido à ausência de bloco operatório, ficam apenas 4 enfermeiros no total, com o mínimo garantido de pelo menos dois EEESMO por turno.

A planificação é realizada pela enfermeira chefe e distribui-se da seguinte forma: um EEESMO na sala de partos com um enfermeiro. O segundo elemento colabora com o EEESMO e é responsável pelos cuidados imediatos ao recém-nascido e pelo puerpério imediato. No bloco operatório são distribuídos pelos postos dois enfermeiros de bloco (anestesia e circulante) e um enfermeiro de UCPA. Na urgência/admissão, é destacado um EEESMO que dá apoio às grávidas internadas no puerpério, caso não seja possível a presença de um EEESMO, e um enfermeiro que pode ou não ser EEESMO. Segundo o Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019c), que estabelece a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, o rácio para a sala de operações é de três enfermeiros (anestesia, instrumentista e circulante). No caso de partos distócicos por cesariana, o decreto-lei, acrescenta que deve haver um EEESMO integrado na equipa. No BP, recomenda-se a permanência de dois EEESMO por cada 1.000 partos/ano. Sendo que o Hospital P, apresenta mais de 1000 partos por ano e que na fase de indução de trabalho de parto se recomenda um EEESMO por cada três parturientes, no 1º estadio de trabalho de parto, se recomenda um EEESMO para cada duas parturientes, no 2º, 3º e 4º estadio de trabalho de parto se recomenda um EEESMO por cada parturiente, no caso do pós-parto sem complicações deve existir um EEESMO para cada seis puérperas e a admissão/urgência deve ser realizada por EEESMO (OE, 2019b), conclui-se assim-que

o serviço não cumpre as dotações seguras recomendadas pela ordem dos enfermeiros (OE, 2019c).

O método de trabalho adotado no serviço é predominantemente individual, mas os profissionais colaboram e apoiam-se mutuamente quando necessário. Os registos de enfermagem são realizados no sistema informático SClínico® Hospitalar e pelo partograma digital através do módulo *Maternum Partogram do Omniview Medical Software*. Para a vigilância do trabalho de parto é utilizada a central *Omniview-SisPorto®*. Na urgência/admissão os registos são realizados no software clínico ALERT®. A equipa promove uma continuidade de cuidados realizando uma rotação por turnos: manhã (08:00h-16:00h), tarde (15:30h-00:00h), noite (23:30h-08h:30), com a exceção da equipa de bloco que realiza turnos das 8h as 20h.

#### *Contexto Clínico de Puerpério*

O ENP neste contexto clínico foi realizado no Hospital P no Serviço de Obstetrícia, durante seis semanas no período entre 13 de maio a 16 de junho. O serviço encontra-se localizado no 2º piso do Hospital P e é responsável por acolher puérperas e grávidas que necessitem de estar internadas. Apresenta um total de sete enfermarias, cada uma delas com três camas, uma casa de banho, um armário individual, um trocador de fraldas e uma banheira. O serviço dispõe ainda de uma sala de tratamentos, uma sala de trabalho de enfermagem, um espaço de trabalho comum (médicos e enfermeiros), um gabinete da enfermeira com funções de chefia, uma copa onde os profissionais realizam as suas refeições, uma área de armazenamento de equipamentos.

Existe ainda um Cantinho da Amamentação no átrio do piso onde se localiza o serviço. Este local dá apoio às puérperas que receberam alta clínica e que apresentam dificuldades ou dúvidas durante a amamentação. Este espaço funciona diariamente entre as 9h e as 17h. As puérperas podem agendar atendimentos através do contato telefónico disponibilizado na alta clínica. O Cantinho da Amamentação tem como objetivos combater o desmame precoce e contribuir para o crescimento saudável da criança. A Organização Mundial da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e como complemento alimentar até os dois anos de vida. Entre os benefícios do aleitamento materno estão a prevenção do sobrepeso e da diabetes tipo 2 na infância, a proteção contra a leucemia infantil e a proteção contra a síndrome da morte súbita (WHO, 2022a). Alinhado com as recomendações da UNICEF e da OMS no Passo 7 da iniciativa "Hospital Amigo dos Bebés", o serviço segue a

política de alojamento conjunto para fortalecer o vínculo mãe-bebé após o parto, (World Health Organization [WHO], 2009).

O serviço também apresenta um sistema de segurança através de uma pulseira eletrónica para o recém-nascido. Os profissionais apresentam-se identificados e as visitas são controladas cumprindo a legislação vigente disponível no Despacho n.º 20730/2008 de 7 de agosto (Ministério da Saúde - Gabinete da Ministra, 2008).

A equipa multidisciplinar é composta por médicos obstetras e pediatras, psicólogos, assistentes sociais, assistentes operacionais, secretárias administrativas, dois EEESMO, sendo que um dos EEESMO apresenta funções de chefia, vinte enfermeiros de cuidados gerais. Na ausência do EEESMO pertencente ao serviço é destacado do BP algum dos EEESMO para prestar os cuidados as grávidas internadas. Segundo o Regulamento n.º 743/2019 da OE que estabelece a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, os rácios recomendados para assegurar a segurança dos cuidados nas unidades de internamento de puérperas são de um EEESMO por cada três puérperas patológicas, e um EEESMO por cada seis puérperas saudáveis (OE, 2019c).

A distribuição da equipa de enfermagem em cada turno, é constituída por dois EEESMO no turno da manhã, sendo que um dos EEESMO apresenta funções de chefia. Dois enfermeiros de cuidados gerais no turno da tarde e da noite, sendo que o número de profissionais pode variar devido a vários fatores como o encerramento do BP, a afluência e o número de puérperas internadas. A equipa promove uma continuidade de cuidados realizando uma rotação por turnos: manhã (08:00h-16:00h), tarde (15:30h-00:00h), noite (23:30h-08h:30). A equipa de enfermagem adota predominantemente um método de trabalho individual, utilizando o sistema informático SClínico® Hospitalar para realizar os registos de enfermagem.

## **1.2. METODOLOGIA**

A metodologia abrange um conjunto sistematizado de técnicas e procedimentos que orientam a aquisição de conhecimentos, facilitando a transição eficiente da teoria para a prática. Ela pode ser entendida como o caminho que se percorre para alcançar um determinado objetivo, garantindo coerência e objetividade na investigação. Portanto, a escolha de uma metodologia adequada é essencial para o sucesso dos processos pedagógicos e formativos (Marconi & Lakatos, 2021).

A metodologia utilizada permite atingir os objetivos e competências da unidade curricular, enquanto se alinha aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [ODS]. Estes ODS, como a educação de qualidade (ODS 4), saúde de qualidade (ODS 3), igualdade de gênero (ODS 5), redução das desigualdades (ODS 10) e o fortalecimento de instituições de paz e justiça (ODS 16), representam um eixo central de integração entre o conhecimento teórico e a prática clínica e pedagógica (Centro Regional de Informação das Nações Unidas [UNRIC], 2018).

### **Objetivos**

Em conformidade com a Diretiva Europeia, transposta para a legislação portuguesa através da Lei n.º 9/2009 de 4 de março, com suas subseqüentes alterações, foram definidos objetivos para a estudante da unidade curricular do ENPRF (AR, 2009). Esses objetivos foram delineados com base no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio), e nas competências comuns aos enfermeiros especialistas (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) (OE, 2019a; OE, 2019b).

Os objetivos gerais do ENPRF encontram-se descritos na planificação da unidade curricular: Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família/comunidade nos períodos preconcepcional, pré-natal, no trabalho de parto no período puerperal e no período pós-concepcional, a vivenciar processos de saúde/doença; adquirir conhecimentos nas vertentes teórico-práticas dos cuidados especializados com base na prática baseada na evidência científica; defender em provas públicas o Relatório do Estágio.

Os objetivos específicos, foram definidos de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (OE, 2019b):

- a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

### **População alvo**

A população alvo, representa uma parte da população que está acessível ao investigador e a partir do qual será aplicado o estudo (Néné & Siqueira, 2022). Durante o ENP foram prestados cuidados a mulheres em idade fértil, grávidas, parturientes, puérperas saudáveis e de risco, mulheres com afeções ginecológicas, mulheres no período do climatério, recém-nascidos saudáveis e de risco.

### **Método de aprendizagem**

O ENPRF foi realizado sob supervisão clínica e orientação pedagógica, envolvendo uma série de reuniões tanto intermédias quanto finais. Essas reuniões, realizadas presencialmente e via Zoom, contaram com a participação da orientadora clínica e da supervisora clínica, em cada contexto clínico. Foram também realizadas reuniões com a orientadora clínica para orientação dos trabalhos realizados e relatório final. Durante os contextos clínicos, foram realizadas reuniões com as supervisoras clínicas, sempre que necessário, com o objetivo de refletir acerca das dificuldades encontradas e as metas a serem alcançadas, promovendo assim uma evolução gradual nas competências desenvolvidas. A observação direta e a prestação de cuidados permitiram a assimilação das competências descritas no regulamento das competências específicas da OE presente no *Regulamento n.º 391/2019 (OE, 2019b)*.

Ao longo do ENP foram realizadas pesquisas, reflexões críticas, um relato de caso e uma revisão da literatura, que fundamentaram a prestação de cuidados com base na evidência científica. Além disso, foram constantemente consultadas as normas e os protocolos vigentes nos diversos contextos clínicos, assegurando o alinhamento dos cuidados com as melhores e mais atualizadas práticas e regulamentações.

No âmbito da temática desenvolvida, foi realizada uma revisão sistemática da literatura, sobre o tema: “A utilização das bolas de nascimento no trabalho de parto”. A revisão sistemática é um método de estudo retrospectivo que utiliza dados secundários com o propósito de sintetizar evidências sobre um tema ou problema específico, por meio da análise rigorosa de publicações que apresentam dados primários de pesquisa (Casarin, *et al.*, 2020). O objetivo geral da revisão sistemática foi analisar a evidência relativa à utilização das bolas de nascimento durante o trabalho de parto. Desta forma os objetivos específicos definidos foram: avaliar o contributo das bolas de nascimento (Bola Suíça e a Bola de amendoim) como medida não farmacológica no alívio da dor durante o TP; avaliar a influencia das bolas de nascimento na duração do TP; verificar

se existe relação entre a utilização de bolas de nascimento e a necessidade de partos instrumentados.

Os cuidados prestados durante os contextos clínicos foram fundamentados e norteados segundo a Teoria do Cuidado Transpessoal de *Jean Watson* desenvolvida entre 1975 e 1979 (Smith & Parker, 2015, p.324; Watson, 2016). A teoria de Watson enfatiza que os cuidados de enfermagem devem ser humanizados e holísticos, considerando as necessidades físicas, emocionais e espirituais dos utentes (Alligood & Tomey, 2004 p.167; Smith & Parker, 2015, p.324; Watson, 2016). Watson desenvolveu a sua teoria com base no *processo Clinical Caritas*, que apresenta dez fatores (Alligood & Tomey, 2004 pp.167-168; Smith & Parker, 2015, pp.324-325; Watson, 2016):

1. Sistema de Valores Humanístico-Altruísta
2. Instilação da Fé e Esperança
3. Cultivo da Sensibilidade e Empatia;
4. Desenvolvimento de Relações de Ajuda e Confiança
5. Promoção e Aceitação da Expressão de Sentimentos
6. Uso do Método Científico para Tomada de Decisão
7. Promoção do Ensino-Aprendizagem Interpessoal;
8. Fornecimento de um Ambiente de Suporte
9. Assistência na Satisfação das Necessidades Humanas
10. Aceitação das Forças Existenciais e Fenomenológicas

O tema: “A utilização das bolas de nascimento no trabalho de parto” foi guiada por uma visão holística do cuidado, conforme os princípios da teoria de Jean Watson, sendo que o uso de intervenções como as bolas de nascimento, por exemplo, não se limitam apenas à sua eficácia física em promover o conforto e em facilitar o trabalho de parto, mas também no bem-estar emocional e espiritual da mulher, promovendo um ambiente de acolhimento, confiança e empoderamento (Silva, *et al.*, 2011; Gallo, *et al.*, 2014; Cardoso, *et al.*, 2023). Ao aplicar os princípios de Watson, o EEESMO não orienta apenas a grávida sobre o uso da bola de nascimento, mas também cria um espaço de apoio emocional, escuta ativa e presença terapêutica, onde a mulher sente que as suas necessidades físicas e psicológicas estão a ser atendidas holisticamente e respeitosamente (Smith & Parker, 2015, pp.324-325; Nené, Marques & Batista, 2016; Watson, 2016; Viana, *et al.*, 2020).

## **2. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

O desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade desempenha um papel crucial na prática do EEESMO. O autoconhecimento é fundamental para estabelecer relações terapêuticas e multiprofissionais eficazes, uma vez que permite ao enfermeiro reconhecer a sua própria influência nessas interações, além disso, a prática clínica especializada deve ser sempre baseada em evidência científica atualizada e relevante, garantindo que as decisões e intervenções sejam fundamentadas com conhecimento válido. O Enfermeiro Especialista, ao atuar como facilitador nos processos de aprendizagem e como agente ativo na investigação, não apenas contribui para o avanço da prática profissional, mas também promove uma melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019a).

O uso de bolas de nascimento, como a Bola Suíça e a Bola Amendoim, têm ganho destaque como uma técnica não farmacológica de alívio da dor, de progressão do trabalho de parto e na redução de partos instrumentados (Delgado, *et al.*, 2022). Para além disso, essas ferramentas oferecem às grávidas a possibilidade de uma participação ativa no processo, promovendo a progressão do trabalho de parto, o alívio da dor de maneira natural e segura. Dado o crescente reconhecimento dos benefícios das bolas de nascimento, é essencial que o EEESMO se mantenha informado sobre essas práticas, integrando-as de forma eficaz no cuidado às parturientes (Cardoso, *et al.*, 2023).

### **2.1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA SOBRE A TEMÁTICA EM ESTUDO**

A revisão sistemática da literatura, apresentada no Apêndice B, encontra-se em processo de publicação. Nos subcapítulos seguintes, será descrito o processo de realização da revisão, bem como a fundamentação teórica que a sustenta.

#### **2.1.1. Introdução**

O trabalho de parto é um processo fisiológico pelo qual o corpo da mulher se prepara para o nascimento do bebé, envolvendo uma série de mudanças hormonais, físicas e psicológicas. Esse processo é marcado pelo início de contrações uterinas

regulares e dolorosas, que vão aumentando a intensidade e a frequência ao longo dos estádios de trabalho de parto (WHO, 2022a; Cardoso, *et al.*, 2023).

O primeiro estádio do trabalho de parto é caracterizado pela dilatação do colo do útero, e subdivide-se em duas etapas: a fase latente e a fase ativa. O tempo necessário em cada uma dessas etapas pode variar, dependendo se a parturiente é primípara ou múltipara. Na fase latente, a duração pode ser de aproximadamente 6,0 a 7,5 horas para primíparas e de 4,5 a 5,5 horas para múltiparas. Na fase ativa, a duração pode variar entre 3,7 e 8,4 horas e é concluída quando o colo do útero atinge uma dilatação completa de 10 cm, ou quando se inicia o segundo estádio de trabalho de parto, ou fase expulsiva que finaliza com o nascimento. O último estádio caracteriza-se pela dequitação ou expulsão da placenta (Abalos, *et al.*, 2020).

A duração prolongada do trabalho de parto pode levar à exaustão materna e ao sofrimento fetal, aumentando o risco de complicações para ambos. Entre essas complicações, estão a necessidade de intervenções obstétricas adicionais, como o uso de fórceps, ventosas ou cesarianas. Desta forma, é fundamental implementar estratégias que promovam um trabalho de parto mais rápido e menos doloroso (Biana, *et al.*, 2021; Abalos, *et al.*, 2022).

A posição do trabalho de parto e a adoção de posições verticalizadas são recomendadas e incentivadas, devido à sua influência na duração do trabalho de parto, progressão do trabalho de parto e alívio da dor das parturientes (Hickey & Savage, 2019; Biana, *et al.*, 2021; Delgado, *et al.*, 2022).

O significado atribuído à dor do trabalho de parto é moldado pelo contexto pessoal, social, ambiental e cultural. Dessa forma, o significado que é atribuído à dor depende de pessoa para pessoa (Cardoso, *et al.*, 2023). A dor do parto é uma experiência que é vivenciada pela maioria das parturientes, o que tem permitido que as técnicas não farmacológicas de alívio da dor ganhem destaque no cenário obstétrico. Entre essas abordagens, a utilização das bolas de nascimento, como a Bola Suíça e a Bola Amendoim, têm se mostrado promissoras. Essas bolas proporcionam movimentos que auxiliam na adaptação da mãe durante o trabalho de parto, contribuindo para o alívio da dor e a melhoria da experiência (Mendes, *et al.*, 2022).

O ODS 3 destaca a saúde e o bem-estar, para todos em todas as idades. A Estratégia Global para a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente enfatiza que todas as mulheres têm o direito e devem obter o mais alto padrão atingível de saúde, incluindo cuidados físicos e psicológicos (UNRIC, 2018). Alinhado com as recomendações da

OMS a utilização de estratégias que facilitem o trabalho de parto e promovam o empoderamento materno são extremamente benéficas (WHO, 2018a; WHO, 2022a). O uso de métodos não farmacológicos, como as bolas de nascimento, promovem uma experiência positiva e gratificante, permitindo que as mulheres se sintam respeitadas, empoderadas e apoiadas ao longo de todo o processo (Barbosa, *et al.*, 2023).

No contexto do parto humanizado, o papel desempenhado pelos EEESMO assume uma importância fundamental. Estes profissionais baseiam as suas intervenções em conhecimentos científicos sólidos, o que os torna habilitados a oferecer uma assistência competente. A realização de partos por profissionais qualificados e competentes, reduzem as taxas de mortalidade e morbidade materna e neonatais (WHO, 2022a; World Health Organization [WHO], 2023).

A nível mundial no ano de 2020, estima-se que 287 000 mulheres tenham morrido devido a causas maternas durante a gravidez ou parto, refletindo-se aproximadamente numa média de 800 mortes maternas por dia (WHO, 2023). Desta forma, a OMS, emitiu novas diretrizes visando estabelecer padrões globais de cuidados para mulheres grávidas saudáveis, com o objetivo de reduzir intervenções médicas desnecessárias e promover uma experiência materna positiva em relação ao parto. Contudo, nos últimos 20 anos, tem havido um aumento do uso de procedimentos médicos, que outrora estavam reservados apenas para situações de risco, nomeadamente, o uso de ocitocina ou de cesarianas, desta forma, as novas recomendações idealizam o reverter desta tendência (WHO, 2018a; WHO, 2022a).

Neste contexto, o presente estudo visa analisar a evidência sobre a influência da utilização de uma bola de nascimento no alívio da dor e na progressão do trabalho de parto, indagando a sua eficácia no alívio da dor, na duração do trabalho de parto e na redução da necessidade de partos instrumentados.

### **2.1.2. Métodos**

No Regulamento n.º 140/2019, de 06 de Abril, que regula as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, refere que é responsabilidade do enfermeiro apresentar uma atitude reflexiva e aperfeiçoar o autoconhecimento baseado na evidencia científica, assim como, demonstrar um compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados que presta (OE, 2019a.)

Com base nesse princípio foi elaborada a seguinte questão de investigação: “Qual é a influência do uso da bola de nascimento no alívio da dor e na progressão do trabalho

de parto?” através da elaboração de uma revisão sistemática da literatura. A questão de pesquisa é formulada através do anagrama PICOD: participantes (P), intervenção (I), comparação (C), resultados (O) e desenho do estudo (D) (Donato & Donato, 2019; Galvão, *et al.*, 2014).

Foi realizado uma pesquisa nas bases de dados: Cinahl, PubMed, Medline e Scielo. E aplicados os descritores “*natural childbirth*”, “*parturition*”, “*labor, obstetric*”, “*labor pain*” e “*pain management*”, validados pelos Descritores em Ciências da Saúde [DeCS] e os operadores booleanos “AND” e “OR”, obtendo-se um total de 1578 artigos, na Medline (689), na Scielo (439), na Cinalh (284) e na PubMed (166).

Após a pesquisa nas bases de dados mencionadas, foi seguida a metodologia *Preferred Reporting Items for Systemic Review and Meta-Analyses* [PRISMA], com o intuito de facilitar a organização do processo de identificação e seleção de evidências para a revisão sistemática da literatura (Page, *et al.*, 2021).

Foram aplicados os limitadores e de seguida procedeu-se a uma leitura do título, de forma a excluir os artigos que apresentavam pouco interesse para o tema em questão. Após a leitura do título, foi realizada a leitura dos resumos aplicando-se os critérios de inclusão ou exclusão. Por último, foi realizada uma leitura criteriosa do texto integral (TI), resultando num total de 5 artigos que responderam ao objetivo deste estudo para análise. Utilizou-se o *software* informático *EndNote* na gestão das referências bibliográficas, assim como o Guia orientador para elaboração de trabalhos escritos (ESESJD, 2023). Este artigo está a aguardar publicação em revista, nesse sentido apresentamos o resumo do artigo em apêndice (APÊNDICE B).

### *Critérios de elegibilidade*

Os critérios de exclusão foram: revisões da literatura; artigos que apresentem amostras inadequadas; artigos que se baseiam na abordagem ou ponto de vista dos profissionais; que se encontrem em outra língua que não seja o português, espanhol ou inglês. Como critérios de inclusão: artigos que cumpram o período horizontal de 5 anos (2018-2023); artigos publicados em inglês/espanhol/português; artigos que explorem a relação das bolas de nascimento com o trabalho de parto.

### **2.1.3. Resultados**

Os resultados obtidos através da revisão sistemática da literatura indicam que o uso das bolas de nascimento, proporcionam alívio da dor, diminuição dos partos

instrumentados, diminuição da duração do trabalho de parto, assim como promovem o empoderamento materno e a satisfação materna (Fernández- Arranz, *et al.*, 2019; Hickey & Savage, 2019; Sharifipour, *et al.*, 2022; Jha, *et al.*, 2023; Silva, *et al.*, 2023).

#### **2.1.4. Discussão**

Os resultados obtidos na revisão sistemática da literatura foram organizados em temáticas, de forma a facilitar a sua interpretação e apresentação.

##### *O uso das bolas de nascimento como estratégias não farmacológicas no alívio da dor da mulher no trabalho de parto*

Os resultados obtidos na pesquisa referem que a dor aumenta a libertação de catecolaminas na corrente sanguínea, aumentando os níveis de stress e ansiedade materno-fetal (Silva, *et al.*, 2023). São vários os trabalhos que mostraram esta relação, nomeadamente os autores Dikmen, Gönenç, & Ataş, (2024) acrescentam que a dor excessiva e o aumento dos níveis de catecolaminas, podem inibir as contrações uterinas e desta forma, aumentar o primeiro estadió do trabalho de parto. Além disso como verificamos no nosso estudo, o movimento e a verticalização da bola suíça, em concordância com os posicionamentos da bola de amendoim, promovem um relaxamento muscular, um empoderamento materno e consequentemente a libertação de hormonas de endorfinas coincidindo com o já referido por outros autores (Delgado, *et al.*, 2019; Biana, *et al.*, 2021; Dunmez & Yilmaz, 2024).

Os resultados obtidos confirmam que as bolas de nascimento são benéficas durante o trabalho de parto, sendo, que não pode dizer-se que estes resultados sejam inesperados, visto que existe uma evidencia empírica acumulada. Os autores Wamarisi, Amru, e Hayat, (2024) referem que as bolas de nascimento são benéficas na fase ativa do trabalho de parto, apresentando uma diminuição da dor moderada para dor ligeira após a utilização.

##### *Relação entre a utilização das bolas de nascimento e a necessidade de partos instrumentados*

Os resultados obtidos confirmam que o número de partos instrumentados tem aumentado ao longo dos anos. Embora ainda não haja clareza suficiente sobre a influência direta das bolas de nascimento na redução da necessidade de partos instrumentados, sabe-se que a verticalização e o movimento facilitam o encaixe do polo

cefálico fetal na pelve, o que pode aumentar o número de partos vaginais (Rivera, 2024). Esses achados coincidem com o estudo de Outland e Alvarado (2024), que também indica que o uso da bola de amendoim durante o trabalho de parto está associado a um maior número de partos vaginais.

#### *Relação entre a utilização das bolas de nascimento e a duração do trabalho de parto*

A utilização das bolas de nascimento tem demonstrado uma influência positiva na redução da duração do trabalho de parto. Estudos indicam que a mobilização ativa, facilitada pelas bolas de nascimento, como a bola de amendoim, ajudam na descida e rotação fetal, acelerando a progressão do parto. Conforme destacado por estudos como os de Hickey e Savage (2019), a mobilização ativa promovida pelas bolas de nascimento pode encurtar significativamente o tempo do primeiro e segundo estádios do parto, facilitando uma experiência de parto mais rápida e eficiente. Em concordância os autores Dunmez & Yilmaz (2024) acrescentam que a utilização da bola de nascimento associada a posição de cócoras na fase expulsiva diminuiu a duração do trabalho de parto.

#### *Promovendo empoderamento e a satisfação materna com o uso da bola de nascimento durante o trabalho de parto*

Além dos benefícios físicos, o uso das bolas de nascimento também está associado ao empoderamento materno e à maior satisfação com a experiência de parto (Dunmez & Yilmaz, 2024). A possibilidade da parturiente participar ativamente no processo de parto, adotando posições que promovem o seu conforto e bem-estar, contribui para uma sensação de controlo e autonomia. Este empoderamento está ligado a uma experiência de parto mais positiva, na qual a mulher se sente apoiada e capaz de tomar decisões informadas sobre o seu corpo e o nascimento do seu filho (Delgado, *et al.*, 2019). As bolas de nascimento, proporcionam um alívio natural da dor e relaxamento, apresentando um papel importante na criação de um ambiente de parto mais humanizado e centrado na mulher (Dunmez & Yilmaz, 2024).

#### **Limitações**

Embora os resultados da revisão sistemática e dos estudos analisados apontem benefícios claros na utilização das bolas de nascimento, algumas limitações devem ser consideradas. Em primeiro lugar, a maioria dos estudos disponíveis foca-se em

amostras relativamente pequenas, o que pode limitar a generalização dos resultados para populações mais amplas. Além disso, a heterogeneidade nos desenhos dos estudos, incluindo variações nas técnicas de uso das bolas e nas condições clínicas das parturientes, dificulta a padronização dos achados e a comparação direta entre eles.

Outra limitação significativa é a falta de estudos longitudinais que acompanhem os resultados a longo prazo, tanto para as mães quanto para os recém-nascidos. Assim como, estudos que investiguem a eficácia das bolas de nascimento em diferentes contextos culturais e socioeconómicos também são escassos, o que limita a compreensão de como essas intervenções podem ser adaptadas para diversas populações.

Finalmente, apesar de algumas evidências sugerirem que o uso das bolas de nascimento reduz a necessidade de partos instrumentados, ainda não há consenso na literatura sobre esse efeito, indicando a necessidade de mais pesquisas rigorosas e controladas para esclarecer essa relação.

### ***Recomendações para a prática profissional***

Os resultados deste estudo, recomendam que os EEESMO integrem de forma mais consistente o uso das bolas de nascimento na prática clínica. A realização de sessões de formação e promoção do uso das bolas, tanto para os profissionais de saúde como para as parturientes, pode ser uma estratégia eficaz para maximizar os benefícios desta intervenção. É essencial realçar os benefícios comprovados das bolas de nascimento, como o alívio da dor, redução do tempo de trabalho de parto, o empoderamento materno e a diminuição de partos instrumentados, bem como esclarecer as contraindicações, para garantir a segurança e a eficácia da sua utilização.

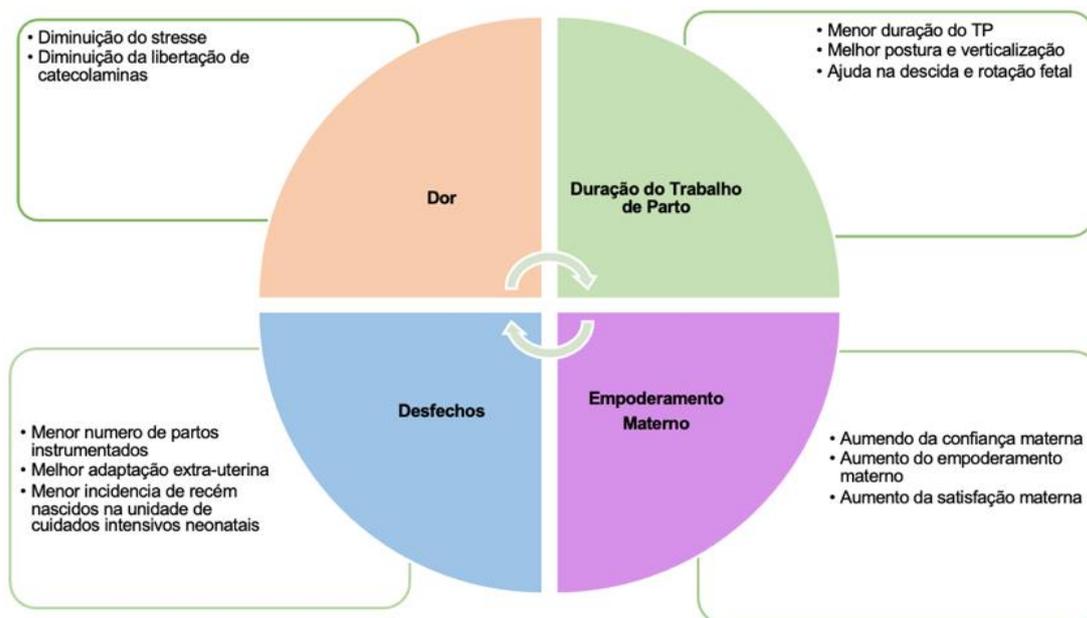
### ***Recomendações para investigação futura***

Embora este estudo tenha fornecido conhecimentos sobre a utilização das bolas de nascimento, há ainda áreas que necessitam de exploração adicional. Recomenda-se que futuras investigações se concentrem no impacto do uso das bolas de nascimento no empoderamento materno, uma dimensão que, embora tenha sido sugerida pelos resultados, não foi explorada em profundidade. Estudos futuros poderiam também investigar a influência das bolas de nascimento em populações e contextos clínicos diferentes, bem como avaliar o impacto de intervenções educacionais sobre o uso das bolas de nascimento entre os profissionais de saúde.

### 2.1.5. Conclusão

Os resultados obtidos neste estudo corroboram a ideia de que a utilização das bolas de nascimento, não só aliviam a dor, mas também, promovem um parto mais natural e menos sujeito a intervenções, em consonância com o encontrado na maioria dos estudos anteriores. Além dos benefícios físicos, o uso das bolas de nascimento está intrinsecamente ligado ao empoderamento materno e à satisfação com a experiência de parto. A possibilidade da mulher participar ativamente, adotando posições que aumentam o conforto e o bem-estar, reforça o sentido de controlo e autonomia. Este empoderamento resulta numa experiência de parto mais positiva, onde a parturiente se sente apoiada e capaz de tomar decisões informadas sobre o seu corpo e o nascimento do seu filho. As bolas de nascimento, ao proporcionar um alívio natural da dor e promover o relaxamento, desempenham um papel fundamental na criação de um ambiente de parto mais humanizado e centrado na mulher, como também é recomendado por outros autores. Na figura 10 apresentamos um infográfico com os resultados principais da revisão sistemática da literatura.

Figura 10. Infográfico da revisão sistemática.



Fonte: Elaboração própria

## 2.2. RESULTADOS EMPIRICOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA

No âmbito da temática “A utilização das bolas de nascimento no trabalho de parto” e após a pesquisa e a análise da literatura científica existente, tornou-se possível aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos no contexto clínico. Assim, de acordo com os resultados obtidos na revisão sistemática da literatura tornou-se pertinente analisar em contexto prático o contributo das bolas de nascimento (Bola suíça e Bola de amendoim) como medida não farmacológica de alívio da dor durante o trabalho de parto, tal como avaliar a influencia das bolas de nascimento na duração do trabalho de parto e verificar a relação entre a utilização das bolas de nascimento e a necessidade de partos instrumentados.

A população-alvo é constituída por parturientes em trabalho de parto em fase latente ou fase ativa presentes na sala de partos na ULS. Como critérios de exclusão foram aplicados: gravidezes com ameaça de parto pré-termo, placenta prévia, hemorragia, descolamento de placenta, pré-eclâmpsia, luxação da anca e com diagnósticos ativos de eventos tromboembólicos.

A recolha de dados incidiu sobre parturientes em trabalho de parto a quem foram prestados cuidados durante o contexto clínico na sala de partos. As informações foram recolhidas no sistema informático SClínico® Hospitalar, no partograma e no boletim de saúde da grávida. Foi utilizada a escala numérica da dor (Anexo D), presente no sistema informático Sclínico® Hospitalar, no início e no fim da utilização das bolas de nascimento.

A dor é considerada o quinto sinal vital e, apesar de sua natureza subjetiva, numa tentativa de a quantificar utilizou-se uma escala numérica de 11 pontos. Nesta escala, o valor 0 indica a ausência total de dor, enquanto o valor 10 representa a dor máxima imaginável. Essa escala é frequentemente visualizada como uma régua numerada de 0 a 10, permitindo que a parturiente faça uma autoavaliação da intensidade da dor que está a sentir. Este método oferece uma forma padronizada de medir a dor, facilitando a monitorização e o tratamento adequado durante o trabalho de parto (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2003; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2008; Centro Nacional de Observação em Dor [CNOD], 2010; Tereso, *et al.*, 2023).

A recolha de dados teve como base o artigo nº 106 do código deontológico de enfermagem que, por sua vez, impõe o dever de sigilo, obrigando o profissional a manter segredo sobre o conhecimento adquirido durante o exercício profissional e a garantir o anonimato em situações de ensino ou de investigação (Assembleia da República [AR],

2015). Os dados obtidos foram analisados com recurso ao sistema operativo Microsoft Excel.

Para uma melhor clareza e a organização, foram criadas secções específicas que abordam os diferentes aspetos da caracterização da população-alvo e dos resultados observados durante o contexto, alinhando-se com os resultados obtidos na revisão sistemática da literatura.

### **Caraterização sociodemográfica da população- alvo**

Ao longo dos contextos clínicos de sala de parto, foi possível acompanhar o trabalho de parto de 161 parturientes, tendo sido realizados 75 partos eutócicos. A amostra da população tem como base as vigilâncias totais, sendo que as idades compreendidas variam entre os 15 e os 43 anos, apresentando uma idade média de 30,7 (Figura 11) indo ao encontro das tendências demográficas observadas em Portugal no ano de 2023, onde a idade média das mulheres ao nascimento de um filho foi de 31,7 anos (INE, 2023).

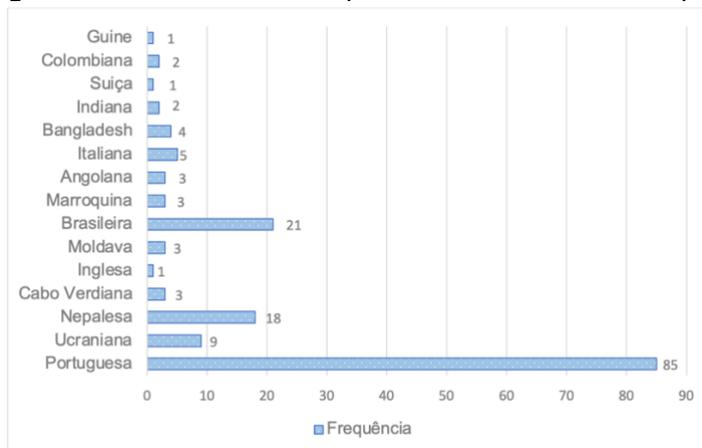
**Figura 11.** Idade das parturientes em trabalho de parto

<b>Média</b>	<b>30,7701863</b>
<i>Máxima</i>	43
<i>Mínimo</i>	15

Fonte: Elaboração própria

No que se refere à nacionalidade das parturientes, conforme demonstrado na figura 12, observa-se uma diversidade cultural significativa, com uma predominância da nacionalidade portuguesa com 85 casos, 21 casos de nacionalidade brasileira e 18 nepalesa. Em 2022, Portugal registou a entrada de 118 mil imigrantes, o maior número de sempre. Atualmente, residem em Portugal aproximadamente 798.480 cidadãos estrangeiros, representando 7,6% da população total. Este número quase duplicou na última década, com um aumento significativo entre 2018 e 2019. Apesar disso, Portugal é o décimo país da União Europeia com a menor proporção de estrangeiros. A maioria dos imigrantes apresenta uma idade média de 37 anos e são predominantemente provenientes de países fora da União Europeia (PORDATA, 2023).

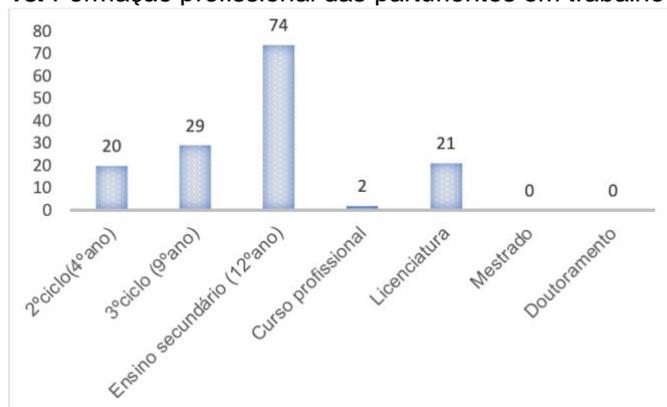
**Figura 12.** Nacionalidade das parturientes em trabalho de parto



Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito à escolaridade, verifica-se que a maior parte das parturientes possui o 12.º ano, totalizando 74 casos (46%). Existem também 29 parturientes com o 9.º ano e 20 com o 4.º ano de escolaridade, revelando uma amostra com níveis baixos de escolaridade (Fig.13). Esta realidade indica a necessidade de implementar programas de educação e apoio durante a fase gravídico-puerperal, que sejam adaptados ao nível educacional das parturientes, com o objetivo de assegurar um atendimento mais eficaz e adequado às suas necessidades (Wuneh, *et al.*, 2022).

**Figura 13.** Formação profissional das parturientes em trabalho de parto

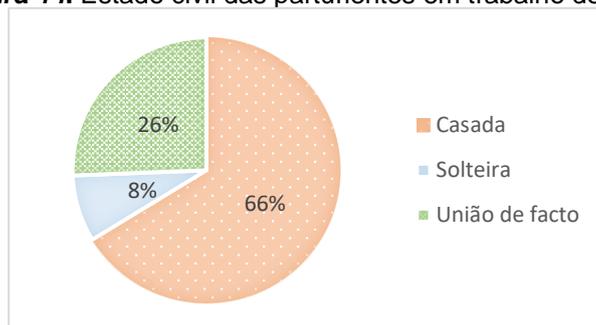


Fonte: Elaboração própria

Em relação ao estado civil, 66% das parturientes são casadas, sendo que apenas 8% são solteiras, como se pode observar na figura 14. O estado civil solteiro está significativamente associado a um aumento do risco de transtornos depressivos e de

ansiedade durante a gravidez, além disso, o estado civil, pode proporcionar um maior suporte social e emocional, o que se traduz em melhores práticas de saúde durante a gravidez e no período pós-parto (Bedaso, *et al.*, 2022). Por este motivo, é fundamental que os EEESMO reconheçam esta realidade e tenham conhecimento dessas informações.

**Figura 14.** Estado civil das parturientes em trabalho de parto

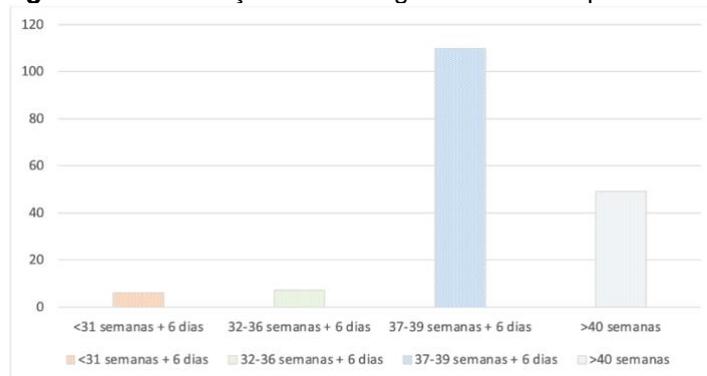


Fonte: Elaboração própria

### Caraterização obstétrica da população-alvo

No que se refere à caraterização obstétrica da amostra, a distribuição observada na figura 15 mostra um total de 110 partos ocorridos no período gestacional entre as 37 e as 39 semanas e 6 dias, o que está em consonância com os padrões obstétricos esperados e recomendados, onde a maioria dos partos ocorre a termo, ou seja, entre as 37 e as 40 semanas. Este período é considerado o ideal, visto que é quando o feto atinge a maturidade necessária para sobreviver fora do útero com o menor risco de complicações (WHO, 2018a). Por outro lado, foram registados 49 partos após as 40 semanas de gestação. Os partos após as 40 semanas estão associados a um aumento dos riscos de complicações obstétricas, como insuficiência placentária e oligohidrâmnios, o que justifica uma monitorização mais rigorosa e, em muitos casos, a indução do parto para prevenir possíveis complicações (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2017a).

**Figura 15.** Distribuição da idade gestacional das parturientes

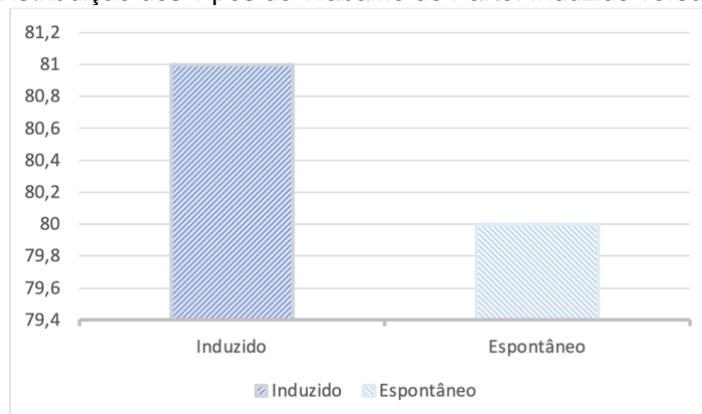


Fonte: Elaboração própria

Na amostra observa-se que a maioria dos partos foram induzidos, com uma percentagem de cerca de 50,3%, enquanto os partos espontâneos representaram aproximadamente 49,7%. A figura 16, reflete uma distribuição quase equitativa entre os partos induzidos e espontâneos. Esta distribuição sugere que, no contexto estudado, ambos os métodos foram utilizados com uma frequência semelhante, no entanto, a necessidade de maturação cervical ou indução do trabalho de parto deve ser avaliada individualmente, considerando fatores como a saúde materna e fetal, riscos do prolongamento da gravidez, idade gestacional, avaliação do colo uterino (índice de *Bishop*), pelve materna, peso e apresentação fetal.

As principais técnicas de maturação cervical incluem os métodos farmacológicos, destacando-se o uso de *dinoprostona* e *misoprostol*, que ajudam na maturação cervical e no estímulo das contrações uterinas, assim como os métodos mecânicos que incluem a utilização da sonda de *Foley*, que intervém na dilatação do colo do útero. Na indução do trabalho de parto pode ser administrada a ocitocina por via endovenosa para promover as contrações uterinas. Como contraindicações absolutas para a maturação cervical e para a indução do trabalho de parto considera-se a existência de uma ou mais cesarianas, uma cesariana anterior com uma incisão não segmentar, a cirurgia uterina prévia envolvendo o miométrio e todas situações que contraindicam o parto via vaginal (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015b).

**Figura 16.** Distribuição dos Tipos de Trabalho de Parto: Induzido versus Espontâneo

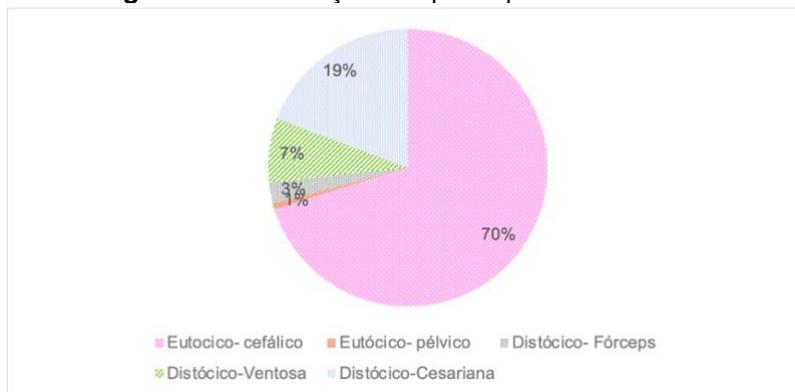


Fonte: Elaboração própria

A figura 17, demonstra que 70% dos partos foram eutócicos cefálicos (113 casos), e 1% foram pélvicos (1 caso) indicando que a maioria das gravidezes ocorreu dentro da normalidade e sem necessidade de intervenções. No entanto, 19% dos partos (31 casos) foram realizados por cesariana, um procedimento necessário em situações de risco para a mãe ou para o bebé. Na amostra apresentada os diagnósticos mais comuns que levaram à realização de cesarianas foram incompatibilidade feto-pélvica, sofrimento fetal e trabalho de parto estacionário. No entanto, há uma série de outros fatores que também justificam a cesariana, tais como placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, pré-eclâmpsia, posições anómalas do bebé e macrossomia fetal (ACOG, 2017a).

Embora a cesariana seja considerada um procedimento seguro, está associada a um período de recuperação mais longo e a um risco aumentado de complicações pós-operatórias, como infeções e hemorragias. Portanto, é uma prática clínica bem estabelecida, mas que deve ser reservada para situações em que os benefícios superam os riscos do parto vaginal (WHO, 2018b; ACOG, 2017a).

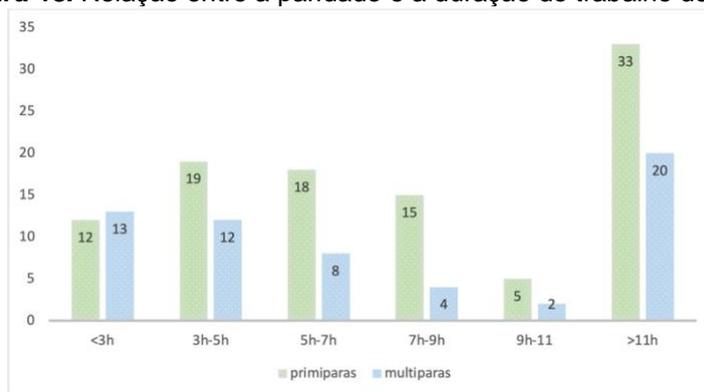
**Figura 17.** Distribuição do tipo de partos da amostra



Fonte: Elaboração própria

No que se refere à duração do trabalho de parto, pode-se observar na figura 18, que as 102 primíparas apresentam maior duração do trabalho de parto, com uma maior incidência acima das 11 horas, em comparação com as 59 múltiparas que apresentam trabalhos de partos mais curtos. Este padrão é consistente com a literatura, que descreve que a fase latente para as primíparas dura entre 6,0 e 7,5 horas, enquanto para múltiparas é de 4,5 a 5,5 horas. No que se refere a fase ativa pode durar entre 3,7 e 8,4 horas, concluindo-se com a dilatação completa do colo do útero. O segundo estágio, a fase expulsiva, culmina com o nascimento, seguido pela dequitação, ou expulsão da placenta (Abalos, *et al.*, 2020).

**Figura 18.** Relação entre a paridade e a duração do trabalho de parto



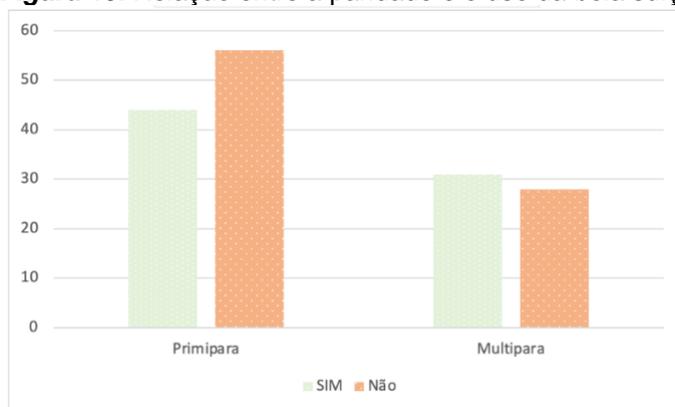
Fonte: Elaboração própria

Na figura 19 é apresentada a relação entre a paridade e o uso da bola suíça durante o trabalho de parto. Observa-se que, entre as 100 primíparas, 44 (44%) optaram por utilizar a bola suíça, enquanto 56 (56%) não a utilizaram em nenhum momento do

trabalho de parto. Em relação às 59 multíparas, 31 (53%) aderiram ao uso da bola, enquanto, 28 (47%) optaram por não a utilizar, revelando uma diferença menos acentuada entre as duas escolhas comparativamente às primíparas. De uma forma geral, observa-se que o uso da bola suíça não é a opção predominante em nenhum dos grupos, sendo a não adesão frequente tanto em primíparas como em multíparas. No entanto, a diferença entre a adesão e a não adesão é mais acentuada nas primíparas, o que pode sugerir uma maior resistência ou falta de conhecimento sobre os benefícios da bola suíça neste grupo específico.

Esta observação realça a necessidade de intervenções que incentivem e eduquem sobre os benefícios do uso da bola suíça durante o trabalho de parto, com um foco especial nas primíparas, que parecem menos propensas a utilizarem este recurso. Nesse sentido, a educação pré-natal pode desempenhar um papel crucial ao aumentar a aceitação e a adesão a métodos não farmacológicos, como a bola suíça, em ambos os grupos (Delgado, *et al.*, 2019; Cardoso, *et al.*, 2023; Jha, *et al.*, 2023).

**Figura 19.** Relação entre a paridade e o uso da bola suíça

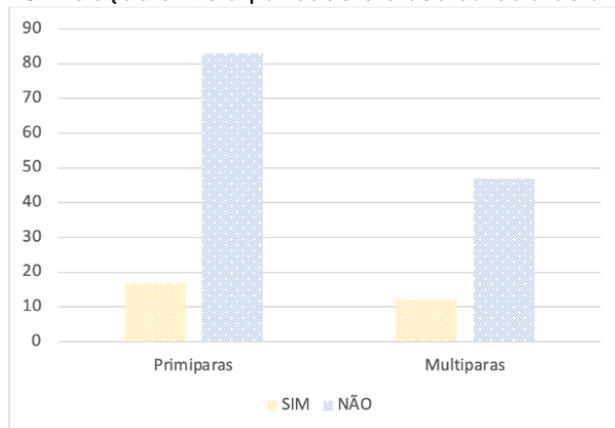


Fonte: Elaboração própria

Na Figura 20, é apresentada a relação entre a paridade e o uso da bola de amendoim durante o trabalho de parto. Entre as 100 primíparas, 17 (17%) utilizaram a bola de amendoim, enquanto 83 (83%) não a utilizaram em nenhum momento do trabalho de parto. Em relação às 59 multíparas, 12 (20%) aderiram ao uso da bola de amendoim, enquanto 47 (80%) optaram por não a utilizar. É importante salientar que a amostra foi condicionada pela ausência da bola de amendoim no hospital F, o que limitou a adesão ao seu uso e, conseqüentemente, à representatividade dos dados obtidos.

A falta de conhecimentos dos profissionais de saúde acerca dos benefícios e da correta utilização das bolas de amendoim, é um fator determinante na adesão ao uso pelas parturientes. Desta forma, a falta desse conhecimento pode resultar numa subutilização da ferramenta, especialmente em contextos onde não há formação específica para esses profissionais. Portanto, a educação contínua dos profissionais de saúde é essencial para aumentar a implementação desses métodos e assegurar que todas as parturientes, possam beneficiar plenamente dos recursos disponíveis, promovendo um parto mais confortável e positivo (Honaker, Brewer, & Hessock, 2021; Alan Dikmen, Gönenç, & Ataş, 2024).

**Figura 20.** Relação entre a paridade e o uso da bola de amendoim



Fonte: Elaboração própria

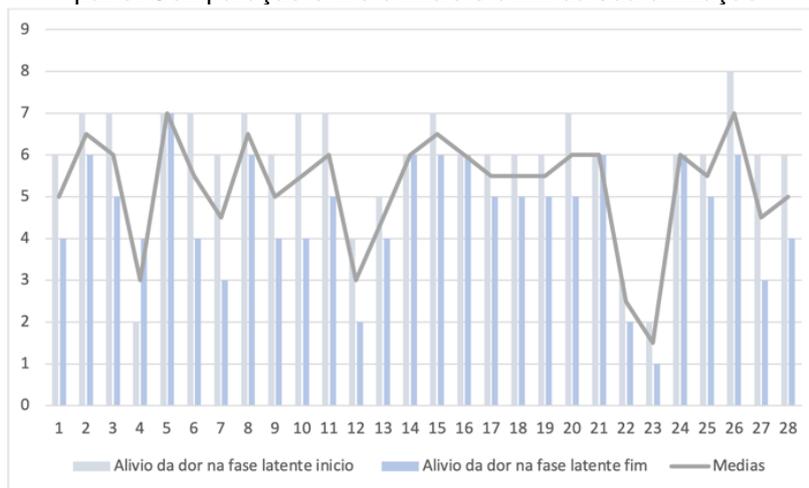
### **O uso das bolas de nascimento como estratégias não farmacológicas no alívio da dor da mulher no trabalho de parto**

Na figura 21 observa-se a relação entre o alívio da dor no início e no fim do uso da bola suíça na fase latente de trabalho de parto. Constata-se que, no início da fase latente, os níveis da dor variam entre 2 e 8 numa escala de 0 a 10. No final da utilização, os valores da dor registados geralmente caem em relação ao início, variando entre 1 e 7, indicando um alívio progressivo da dor, embora a eficácia varie entre as diferentes parturientes. A linha que representa as médias ao longo do tempo reflete essas flutuações, sugerindo que o uso da bola de suíça pode ser eficaz no alívio da dor, mas com resultados que podem variar dependendo das circunstâncias individuais.

Os movimentos na bola suíça, quando realizados por pelo menos 30 minutos e com um mínimo de 20 movimentos, podem proporcionar um alívio da dor ao promover o

relaxamento muscular e melhorar a circulação sanguínea (Dahlan, & Suralaga, 2022). A utilização da bola suíça no trabalho de parto, apresenta uma diminuição significativa dos níveis de dor, principalmente na fase latente (Silva, *et al.*, 2023).

**Figura 21.** Relação entre o uso da bola de suíça no alívio da dor na fase latente do trabalho de parto: Comparação entre o início e o fim da sua utilização

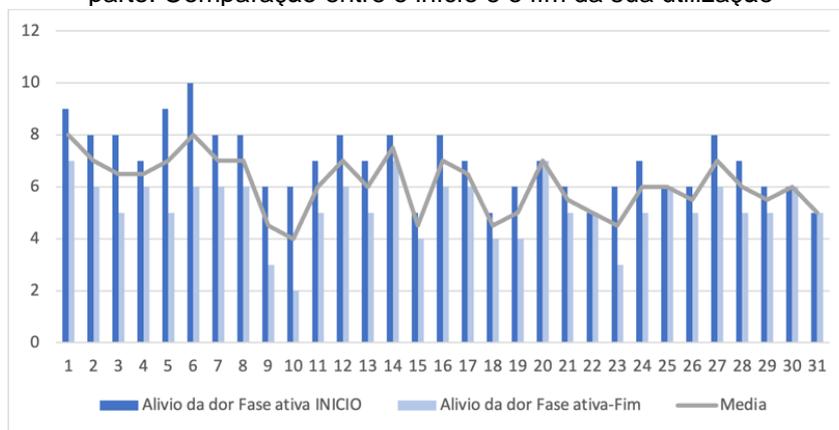


Fonte: Elaboração própria

A figura 22 apresentada ilustra a relação entre o alívio da dor no início e no fim da utilização da bola suíça na fase ativa do trabalho de parto. Observa-se que, no início da fase ativa, os níveis de dor registados variam predominantemente entre 5 e 10 numa escala de 0 a 10. No entanto, após a utilização da bola suíça, os valores de dor são frequentemente mais baixos do que no início.

A linha que representa a média ao longo do tempo mostra uma tendência geral de declínio na dor, sugerindo que a utilização da bola suíça pode proporcionar um alívio progressivo durante a fase ativa do trabalho de parto. No entanto, é importante ressaltar que a resposta ao alívio da dor varia entre as parturientes, refletindo as diferentes condições e sensibilidades individuais à dor. Durante esta fase, a dor é frequentemente atribuída à dilatação cervical, hipóxia do músculo uterino durante as contrações, isquemia do corpo uterino, alongamento do segmento inferior e compressão nervosa do colo do útero (Nené, Marques & Batista, 2016; Sahara, Dahlan, & Suralaga, 2022). Esses fatores contribuem para a intensidade e características da dor sentida pelas parturientes nesta fase mais avançada e intensa do trabalho de parto.

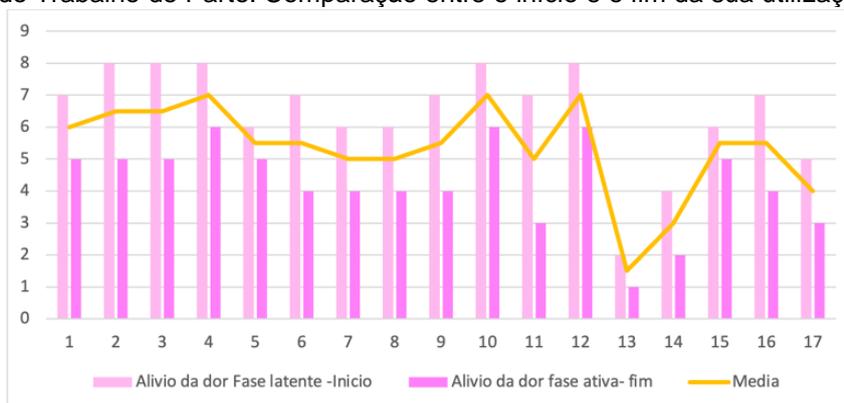
**Figura 22.** Relação entre o uso da bola suíça no alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto: Comparação entre o início e o fim da sua utilização



Fonte: Elaboração própria

Durante o processo de trabalho de parto, especialmente no Hospital P, foi observado a utilização da bola suíça pelas parturientes na fase latente, com a evolução subsequente do trabalho de parto para a fase ativa. A avaliação foi realizada, no início e no fim da utilização da bola. A figura 23 mostra a relação entre o alívio da dor no início e no fim da utilização da bola suíça na fase latente e ativa do trabalho de parto. Observa-se que, no início da utilização da bola, os níveis de dor variam entre 2 e 8 numa escala de 0 a 10. Enquanto no fim da utilização da bola suíça os níveis de dor variam entre 1 e 6. A média geral mostra uma diminuição dos níveis de dor ao longo do tempo, indicando que a intervenção foi eficaz no alívio da dor.

**Figura 23.** Relação do Uso da Bola Suíça no Alívio da Dor Durante as Fases Latente e Ativa do Trabalho de Parto: Comparação entre o início e o fim da sua utilização

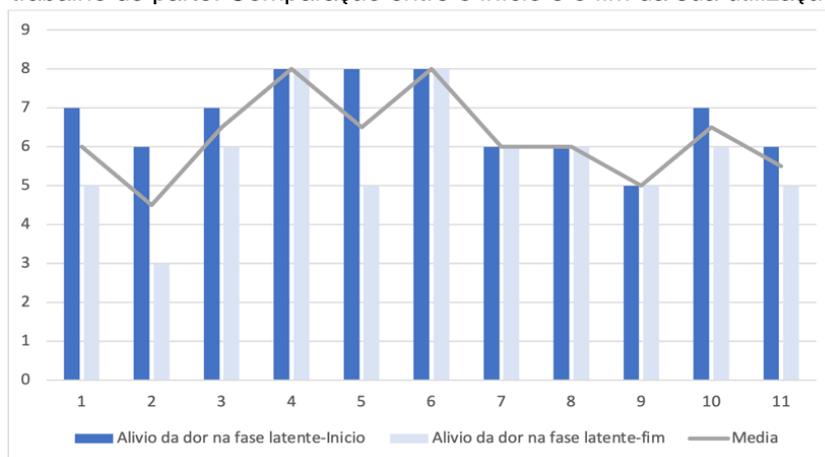


Fonte: Elaboração própria

A figura 24 apresenta a relação entre o alívio da dor no início e no fim da utilização da bola de amendoim na fase latente do trabalho de parto. Observa-se que, no início da fase latente, os níveis de dor registados variam predominantemente entre 6 e 8 numa escala de 0 a 10. Contudo, após a utilização da bola de amendoim, os valores de dor são ligeiramente mais baixos. A linha que representa a média mostra uma tendência geral de diminuição na dor, sugerindo que a utilização da bola amendoim pode proporcionar um alívio durante a fase latente do trabalho de parto.

A alternância de posições com o uso da bola de amendoim melhora a circulação sanguínea e permite que a parturiente adote posturas mais confortáveis. Isso contribui para a redução da tensão muscular, especialmente nas costas e na pelve, resultando na diminuição significativa da dor (Honaker, Brewer, & Hessock, 2021; Cardoso, *et al.*, 2023).

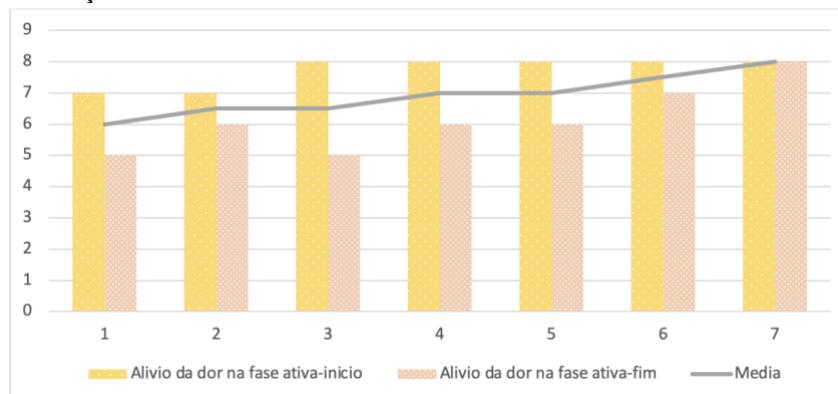
**Figura 24.** Relação entre o uso da bola de amendoim no alívio da dor na fase latente do trabalho de parto: Comparação entre o início e o fim da sua utilização



Fonte: Elaboração própria

A figura 25, ilustra a relação entre o alívio da dor no início e no final do uso da bola de amendoim durante a fase ativa do trabalho de parto. No início da utilização, os níveis de dor registados variam principalmente entre 7 e 8 numa escala de 0 a 10. Contudo, após a utilização da bola de amendoim, os valores de dor tendem a ser mais baixos em comparação ao início. A linha que representa a média ao longo do tempo mostra uma tendência geral de diminuição da dor, sugerindo que o uso da bola amendoim pode proporcionar alívio durante a fase ativa do trabalho de parto.

**Figura 25.** Relação entre o uso da bola de amendoim e o alívio da dor na fase ativa do TP



Fonte: Elaboração própria

### **Análise dos dados: comparação do alívio da dor utilizando a bola suíça nas diferentes fases**

A redução da média de 5,89 para 4,61 durante a fase latente indica uma diminuição na dor ao longo do tempo, sugerindo que houve algum alívio (Fig. 26). A mediana também reflete essa tendência, com a maioria das parturientes a relatar um nível de dor mais baixo no final da fase latente. A variação dos dados permanece praticamente constante, o que indica que a consistência no alívio da dor foi semelhante ao longo do tempo.

Durante a fase ativa (Fig.27), a média da dor começou em 6,94 e diminuiu para 5,23 no fim. Esta redução de 1,71 pontos na média indica um alívio da dor mais significativo em comparação à fase latente. Além disso, a variação nos valores da dor diminuiu de 1,29 no início para 1,18 no fim, sugerindo que, além de uma maior redução na dor, houve uma maior consistência nos resultados durante esta fase.

Quando as parturientes iniciaram o uso da bola suíça na fase latente e terminaram na fase ativa (Fig.28), a média da dor começou em 6,47 e reduziu para 4,24 no final. Esta redução combinada de 2,24 pontos representa a maior diminuição na dor entre todas as fases analisadas. A mediana também caiu de 7 para 4, indicando uma diminuição acentuada na dor. A variação nos valores da dor também diminuiu, com o desvio padrão reduzindo de 1,62 no início para 1,39 no final, mostrando uma melhoria na consistência dos resultados quando as parturientes iniciam os exercícios na fase latente e terminam na fase ativa.

Conclui-se assim que a dor diminuiu de forma mais consistente durante a fase ativa, com uma redução significativa na média de 1,71 pontos, juntamente com uma menor

variação nos resultados. Na fase latente, embora também tenha havido uma redução na dor, esta foi menos acentuada (1,28 pontos) em comparação com a fase ativa. A maior redução na dor foi observada quando as parturientes começaram os exercícios na fase latente e continuaram na fase ativa, com uma redução de 2,24 pontos na média da dor, sugerindo que este foi o alívio mais eficaz.

**Figura 26.** Análise na fase latente com a bola suíça

	Fase latente Início	Fase latente Fim
Média	5,89285714	4,60714286
Moda	6	6
Mediana	6	5
Desvio padrão	1,47420501	1,44886381

Fonte: Elaboração própria

**Figura 27.** Análise na fase ativa com a bola suíça

	Fase ativa início	Fase ativa Fim
Média	6,93548387	5,22580645
Moda	6	6
Mediana	7	5
Desvio padrão	1,28932757	1,17500858

Fonte: Elaboração própria

**Figura 28.** Análise na fase latente e ativa com a bola suíça

	Fase latente início	Fase ativa fim
Média	6,47058824	4,23529412
Moda	7	5
Mediana	7	4
Desvio padrão	1,62471717	1,39326109

Fonte: Elaboração própria

### Análise dos dados: comparação do alívio da dor utilizando a bola amendoim nas diferentes fases

Na fase latente, (Fig.29), a média dos níveis de dor diminuiu de 6,73 no início para 5,73 no fim, indicando uma redução geral na intensidade da dor. A moda também reduziu, de 6 para 5, mostrando que o valor de dor mais frequente relatado pelas parturientes foi menor no final desta fase. A mediana seguiu essa tendência, caindo de 7 para 6, sugerindo que a metade das participantes experimentou uma dor menor no fim da fase latente. O desvio padrão aumentou de 1,01 para 1,42, indicando uma maior variabilidade nos níveis de dor experimentados pelas parturientes no final da fase latente.

Na fase ativa, figura 30, a média dos níveis de dor diminuiu de 7,71 no início para 6,14 no final, o que sugere uma redução significativa na dor durante esta fase. A moda

caiu de 8 para 6, indicando que o nível de dor mais frequentemente relatado também foi reduzido. A mediana mostrou uma redução similar, passando de 8 para 6, confirmando que metade das parturientes experimentou uma dor igual ou menor a 6 no final da fase ativa. O desvio padrão aumentou de 0,49 para 1,07, refletindo uma maior dispersão nos níveis de dor relatados, semelhante ao observado na fase latente.

A utilização da bola de amendoim tanto na fase latente como na fase ativa do trabalho de parto está associada a uma redução geral nos níveis de dor relatados pelas parturientes. A diminuição das médias, modas e medianas em ambas as fases sugere que a bola de amendoim é eficaz na redução da dor. No entanto, o aumento no desvio padrão em ambas as fases sugerem que a experiência de dor se torna mais variada, o que pode indicar que, embora a maioria das parturientes experimente alívio, algumas podem perceber mudanças menos significativas na dor.

**Figura 29.** Bola de amendoim na fase latente

	Fase latente início	Fase Latente fim
Média	6,72727273	5,72727273
Moda	6	5
Mediana	7	6
Desvio padrão	1,00904996	1,42062726

Fonte: Elaboração própria

**Figura 30.** Bola de amendoim na fase ativa

	Fase ativa início	Fase ativa fim
Média	7,71428571	6,14285714
Moda	8	6
Mediana	8	6
Desvio padrão	0,48795004	1,06904497

Fonte: Elaboração própria

### Relação entre a utilização das bolas de nascimento e a necessidade de partos instrumentados

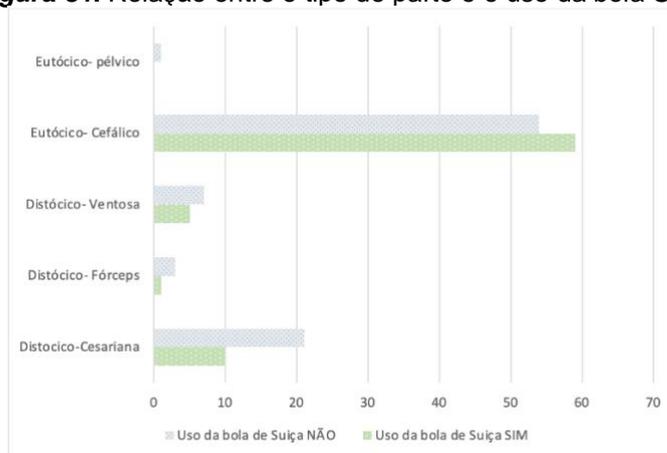
A análise dos dados mostra que a maioria dos partos eutócicos-cefálicos ocorreu independentemente do uso da bola suíça, com 59 casos em que a bola foi utilizada e 54 em que não foi utilizada. Em relação aos partos eutócicos-pélvicos, estes foram significativamente menos frequentes e o uso da bola suíça não pareceu ter uma grande influência na quantidade desses partos.

No que se refere aos partos distócicos assistidos com ventosa, o uso da ventosa foi minimamente necessário com um total de 7 casos onde não houve utilização da bola de amendoim, em comparação com 5 em que foi utilizada a bola. Já para os partos distócicos assistidos com fórceps, a necessidade de uso foi baixa em geral, mas houve uma maior proporção de partos com fórceps, com 3 casos, quando a bola suíça não foi

utilizada. Nos partos distócicos por cesariana, verificou-se uma maior incidência de cesarianas (21 casos) nos partos em que a bola suíça não foi utilizada, em comparação com os 10 casos registados nos partos onde a bola suíça foi utilizada, o que sugere que o uso da bola suíça pode estar associado a uma menor necessidade de cesarianas.

A utilização da bola suíça durante o trabalho de parto parece estar associada a uma menor necessidade de intervenções mais invasivas, como fórceps e cesarianas. A bola suíça pode ajudar a facilitar o posicionamento do bebé e promover a descida do feto pelo canal de parto, o que pode reduzir a necessidade de intervenções instrumentais (Delgado, *et al.*, 2019; Dahlan, & Suralaga, 2022; Cardoso, *et al.*, 2023; Silva, *et al.*, 2023;).

**Figura 31.** Relação entre o tipo de parto e o uso da bola Suíça



Fonte: Elaboração própria

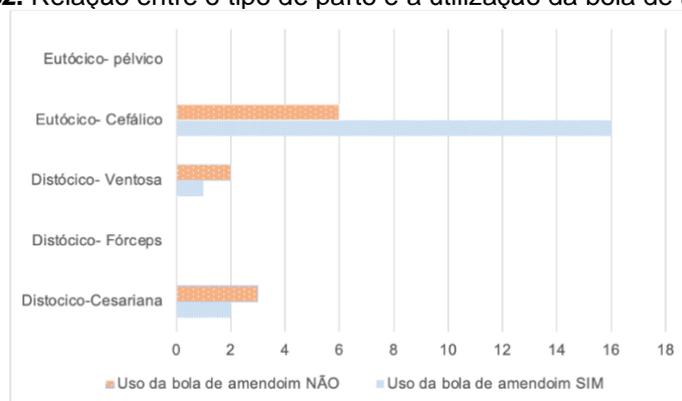
Os dados indicam que a maioria dos partos eutócicos-cefálicos ocorreu com o uso da bola de amendoim, totalizando 16 casos, em comparação com apenas 6 casos onde a bola de amendoim não foi utilizada. Isso sugere que o uso da bola de amendoim pode estar associado a uma maior ocorrência de partos eutócicos-cefálicos. Não foram registados casos de partos eutócicos-pélvicos nem de partos assistidos por fórceps.

Os partos assistidos com ventosa foram mais frequentes nos casos em que a bola de amendoim não foi utilizada, com 2 casos, em comparação com 1 caso onde a bola foi utilizada. Isso sugere que a bola de amendoim pode estar associada a uma ligeira redução na necessidade de ventosa, embora a diferença seja pequena e o número de casos seja insuficiente. Houve 3 casos de cesariana entre os partos onde a bola de amendoim não foi utilizada, em comparação com 2 casos onde a bola foi utilizada.

Embora a diferença seja mínima, isso sugere que o uso da bola de amendoim pode estar associado a uma ligeira redução na necessidade de cesariana.

O uso da bola de amendoim durante o trabalho de parto está associado a uma maior taxa de partos vaginais e a uma redução na necessidade de cesarianas, com estudos a apresentar uma taxa de 92,5% de partos vaginais com o uso da bola em comparação a 75% sem o seu uso (Outland & Alvarado, 2024, pp. 47-58). O autor Tussey, *et al.*, (2015) refere que a utilização da bola de amendoim reduz as taxas de cesarianas, assim como os partos instrumentados (Tussey, *et al.*, 2015).

**Figura 32.** Relação entre o tipo de parto e a utilização da bola de amendoim

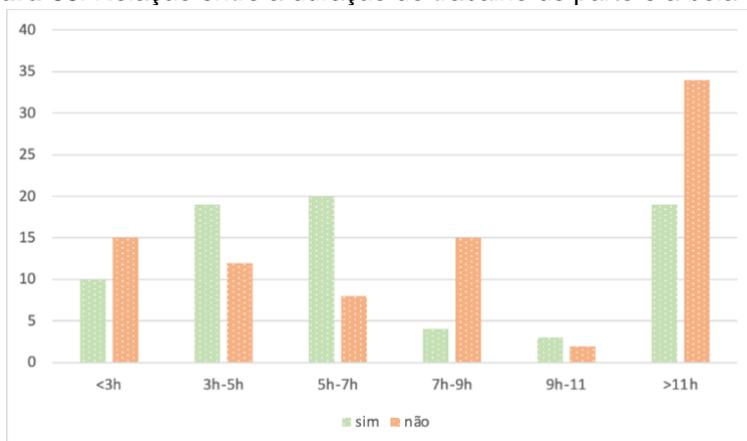


Fonte: Elaboração própria

### A influência da utilização das bolas de nascimento na duração do TP

A figura 33 mostra a relação entre a utilização da bola suíça e a duração do trabalho de parto. Os partos em que a bola suíça foi utilizada mostram uma distribuição mais uniforme nos intervalos de duração, com uma presença significativa nos intervalos de 3 a 7 horas. Por outro lado, nos partos em que a bola suíça não foi utilizada, há uma tendência marcante para uma maior duração, com uma elevada concentração de casos acima de 11 horas (34 casos). Adicionalmente, verifica-se que nos intervalos de 7 a 9 horas, há uma maior quantidade de partos sem o uso da bola suíça. Estes resultados sugerem que a ausência da bola suíça está associada a um trabalho de parto mais prolongado, enquanto o seu uso pode facilitar um parto mais rápido, proporcionando uma experiência potencialmente menos cansativa para a parturiente. Além disso, esses resultados são parcialmente congruentes com o estudo que concluiu que o uso da bola de suíça diminui a duração no 1º e 2ºestadio de trabalho de parto entre 20 e 90 minutos (Delgado, *et al.*, 2019).

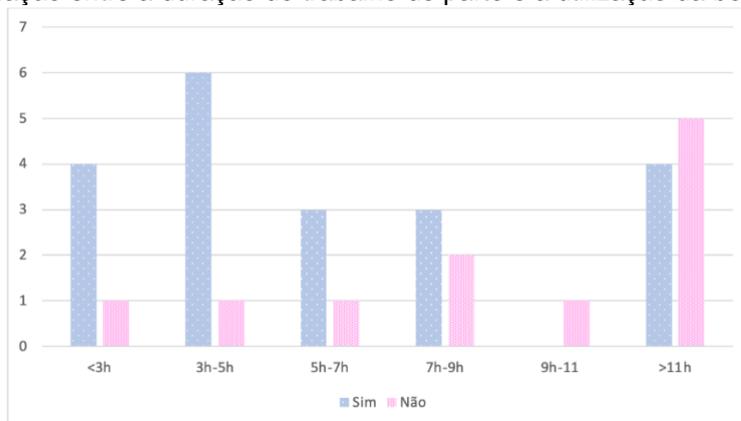
**Figura 33.** Relação entre a duração do trabalho de parto e a bola suíça



Fonte: Elaboração própria

A figura 34 apresenta a relação entre o uso da bola de amendoim e a duração do trabalho de parto. Analisando os dados, observa-se uma maior concentração de partos com duração entre 3 e 5 horas e menos casos em durações superiores a 11 horas. Nos partos onde a bola de Amendoim foi utilizada, observa-se uma maior concentração de partos com duração entre 3 e 5 horas e menos casos em durações superiores a 11 horas. Em contrapartida, nos partos onde a bola de Amendoim não foi utilizada, há uma tendência para durações mais prolongadas, com uma notável concentração de partos superiores a 11 horas (5 casos). Mais especificamente, a utilização da bola de Amendoim parece estar associada a uma duração de trabalho de parto mais curta, especialmente notável no intervalo de 3 a 5 horas (6 casos), enquanto a ausência do seu uso está correlacionada com partos mais longos, particularmente na faixa acima de 11 horas. Portanto, os dados indicam que o uso da bola de amendoim está relacionado a uma redução no tempo de trabalho de parto, com uma maior concentração de partos a ocorrerem em menos tempo em comparação com os partos onde a bola de amendoim não foi utilizada. Isso reforça a eficácia da bola de amendoim como uma ferramenta para facilitar o processo de parto e potencialmente diminuir a duração do trabalho de parto. Este resultado é parcialmente congruente com o estudo de Roth *et al.*, (2016), que concluiu que o uso da bola de amendoim diminuiu o trabalho de parto em 79 minutos.

**Figura 34.** Relação entre a duração do trabalho de parto e a utilização da bola de amendoim



Fonte: Elaboração própria

### 2.3. DISCUSSÃO GERAL

Na análise geral dos resultados obtidos, observa-se uma convergência entre a literatura e os dados empíricos quanto à eficácia das bolas de nascimento, como a bola suíça e a bola de amendoim, no alívio da dor, na redução do tempo de trabalho de parto e na diminuição da necessidade partos instrumentados.

A utilização dessas ferramentas mostrou-se uma alternativa não farmacológica eficiente, promovendo maior conforto e mobilidade. Os dados empíricos, ao indicar uma redução significativa nos níveis de dor e no tempo de trabalho de parto, corroboram com os estudos de Silva, *et al.*, (2023) e Jha, *et al.*, (2023), que destacam os benefícios das bolas de nascimento para o bem-estar materno.

Além disso, a relação entre o uso das bolas de nascimento e a diminuição da necessidade de partos instrumentados reforça a sua relevância no contexto obstétrico. Assim como destacado por Delgado, *et al.*, (2019) e Jha, *et al.*, (2023), o uso dessas ferramentas está associado a uma maior prevalência de partos vaginais, com uma redução dos partos instrumentados, evidenciada pelos dados empíricos.

Por fim, tanto a bola suíça quanto a de amendoim desempenham um papel fundamental na facilitação de posturas verticais e mobilidade pélvica, que são cruciais para a progressão do trabalho de parto. As evidências mostram que o uso contínuo dessas bolas, especialmente em fases como o primeiro estadio, contribui para uma experiência de parto menos prolongada, beneficiando tanto a mãe quanto o recém-nascido ao reduzir complicações.

### **3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

A prática de enfermagem especializada exige a mobilização de um conjunto abrangente de competências que vão além das habilidades básicas de cuidados gerais. Estas competências, tanto comuns como específicas, são essenciais para garantir a prestação de cuidados de alta qualidade e para responder às necessidades complexas das populações atendidas.

Ao longo deste capítulo, será realizada uma reflexão sobre as competências comuns que todo enfermeiro especialista deve possuir, seguidas por uma análise das competências específicas necessárias para a prática na área da saúde materna e obstétrica.

#### **3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS**

O Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019 (OE, 2019b), descreve as competências comuns dos enfermeiros especialistas, que comparativamente aos enfermeiros de cuidados gerais, assumem maior exigência técnica e científica. Essas competências visam comunicar à população os cuidados de enfermagem que podem esperar desses profissionais (OE, 2019b).

Atualmente, os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de enfermagem, têm uma importância crescente, exigindo um elevado nível de especialização e diferenciação técnica e científica. Desta forma, a Ordem dos Enfermeiros atribui o título de enfermeiro especialista em várias áreas distintas, nomeadamente, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermagem de Reabilitação; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Comunitária.

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe não apenas a verificação das competências específicas definidas nos regulamentos de cada especialidade, mas também a aquisição de um conjunto de competências comuns aplicáveis em todos os contextos de prestação de saúde. Essas competências comuns são essenciais para assegurar que os enfermeiros especialistas possuem conhecimentos, capacidades e habilidades necessárias para cuidar da pessoa ao longo do ciclo de vida e nos diferentes níveis de prevenção. As competências comuns do enfermeiro especialista são estruturadas em vários domínios, que incluem: a responsabilidade profissional, ética e

legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019b).

Passamos a reflexão sobre a aquisição dos diferentes domínios destas competências:

**Domínio A:** “Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal”.

**Competências A1:** “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1) (OE, 2019b)”.

Nos contextos clínicos foi priorizado o consentimento informado das utentes em qualquer procedimento que fosse necessário realizar. A prática teve como base o artigo nº 105 do Código Deontológico de Enfermagem onde refere que o enfermeiro tem o dever de informar, respeitar e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, bem como aos cuidados de enfermagem (AR, 2015).

Assim, independentemente do contexto de atuação, os cuidados prestados foram marcados pelo envolvimento ativo dos utentes, casais e famílias, considerando os seus desejos, expectativas, medos, dúvidas, fases da vida, doença ou luto. Além disso, procurou-se esclarecer todas as questões através de informações fundamentadas, promovendo também a tomada de decisões informadas e o envolvimento contínuo no processo de cuidado.

Nos contextos clínicos de CS e BP, foi possível discutir os planos de parto, uma ferramenta crucial nas tomadas de decisões informadas e conscientes, assim como para ir ao encontro das expectativas e preferências das mulheres/casal/pessoa significativa. Foi ainda, incentivada uma reflexão crítica sobre os cuidados desejados, respeitando e integrando as diversas culturas e tradições.

No âmbito do sigilo profissional, na unidade de grávidas, foi realizado um relato de caso, tendo sido antecipadamente entregue um consentimento informado à grávida (APÊNDICE C), assim como ocultado as iniciais da utente, tendo como base o artigo nº 106 do código deontológico de enfermagem que, por sua vez, impõe o dever de sigilo, obrigando o profissional a manter segredo sobre o conhecimento adquirido durante o exercício profissional e a garantir o anonimato em situações de ensino ou investigação (AR, 2015).

A abordagem através da realização de relatos de caso, assegura que os cuidados não sejam apenas tecnicamente competentes, mas também compassivos e centrados nas necessidades individuais de cada mulher/casal/família, promovendo uma experiência positiva, segura e holística do cuidado em saúde (Curbani, *et al.*, 2020; Thies-Lagergren., *et al.*, 2020). Além disso, garantir a participação ativa dos envolvidos no processo terapêutico e de cuidados fortalece a relação de confiança entre os profissionais de saúde e os utentes (Ingram, *et al.*, 2022).

Durante o contexto clínico no CS, foi possível desenvolver a competência comunicacional, essencial na prática de enfermagem, através de sessões voltadas para a comunicação verbal e não verbal (Anexo E). As sessões realizadas foram importantes para aprimorar uma comunicação eficaz com os utentes, colegas de trabalho e outros profissionais de saúde, assim como para promover um ambiente de cuidados mais seguro e tranquilo. Além disso, a adoção de uma comunicação clara, empática e assertiva é fundamental para construir uma relação de confiança com os utentes, facilitando a troca de informações e a tomada de decisões informadas sobre os cuidados de saúde (Giménez-Espert, *et al.*, 2020).

A prática profissional é orientada por um compromisso ético e legal, assegurando que todos os cuidados são prestados com integridade, respeito e responsabilidade, em conformidade com as normas e regulamentos vigentes.

**Competência A2:** “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2) (OE, 2019b)”.

Na prestação de cuidados em contexto clínico, observou-se a presença de uma diversidade elevada de grávidas provenientes de diversos países, como, Nepal, Bangladesh, Índia e Marrocos, cujos valores culturais eram frequentemente diferentes e, em alguns casos, desconhecidos por toda a equipa. Uma das situações foi a da Sra. X grávida de 41 semanas, em trabalho de parto, com suspeita de uma possível incompatibilidade feto-pélvica. Após avaliação pela equipa médica foi decidido realizar uma cesariana. Na preparação para a intervenção cirúrgica, existem diversos procedimentos fundamentais que devem ser respeitados para garantir a segurança da utente e a assepsia da cirurgia, tais como, a remoção de todos os metais do corpo, assim como a substituição da roupa própria por uma bata cirúrgica. Quando solicitado para remover o *hijab* e as pulseiras, a Sra. X expressou labilidade emocional, destacando que as pulseiras tinham um valor simbólico para atrair boa sorte e que não

poderia removê-las. Da mesma forma, ela explicou que o *hijab* não poderia ser retirado devido a razões culturais e religiosas.

A equipa de saúde, incluindo a mestranda, a supervisora clínica e a equipa cirúrgica, ao reconhecer a importância desses elementos para a parturiente procurou uma solução que respeitasse as suas crenças e, ao mesmo tempo, garantisse a segurança da utente durante a cirurgia. Após discussão, foi acordado que o *hijab* seria substituído por um lençol, permitindo a continuidade da prática cultural. Quanto às pulseiras, foi decidido que elas seriam desinfetadas e posteriormente protegidas com ligaduras, assegurando que não interfeririam no procedimento cirúrgico.

Essa abordagem exemplifica a necessidade de uma prática clínica sensível às diferenças culturais e às necessidades individuais dos utentes, garantindo que os cuidados prestados são baseados no respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas dos indivíduos e grupos, promovendo um cuidado que é verdadeiramente holístico e inclusivo (OE, 2019b).

**Domínio B:** “Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade”.

**Competência:** “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (**B1**); desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (**B2**) (OE, 2019b)”.

Durante o contexto clínico no Bloco de Partos, foi possível contribuir ativamente no programa de melhoria contínua, especificamente com a implementação do uso de bolas de amendoim durante o trabalho de parto. O programa iniciou-se, durante o acompanhamento das parturientes na fase ativa de trabalho de parto, sendo que um dos obstáculos sentidos foi a limitação das parturientes à cama devido a vários fatores, nomeadamente, o cansaço materno, opção materna ou devido à analgesia epidural com perfusão contínua, prática muito utilizada pelos anestesistas do Hospital F. Desta forma, a bola de amendoim torna-se um objeto importante no auxílio da adoção de determinadas posições da parturiente, ajudando na progressão do trabalho de parto, no alívio da dor e na redução de partos instrumentados (Hickey & Savage, 2019; Delgado, *et al.*, 2022)

No primeiro contexto clínico de Bloco de Partos, verificou-se que, apesar dos benefícios bem estabelecidos do uso das bolas, o serviço não dispunha das bolas de amendoim. Esta foi a primeira barreira identificada: a falta de recursos materiais. A

segunda barreira identificada foi: a carência de conhecimentos práticos sobre os exercícios associados ao uso dessas bolas.

Para resolver a questão da falta de recursos, foi solicitada às chefias a possibilidade de aquisição das bolas. Com o consentimento das supervisoras clínicas e chefias foi realizado o pedido de patrocínio (Apêndice D). Após várias tentativas junto a diversas entidades, o patrocínio foi finalmente obtido no valor de 250 euros. Como resultado, o serviço recebeu quatro bolas de amendoim.

Em relação à falta de conhecimentos práticos, foi realizado um pedido de colaboração à equipa do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE [HFF] (Apêndice E), após ter acesso a uma notícia acerca das formações internas que as EEESMO realizavam à própria equipa. Depois de meses com troca de email e dificuldades em agendar uma marcação para assistir à formação, surgiu a oportunidade de uma formação na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, de aproximadamente 4 horas, que foram sem dúvida cruciais para o desenvolvimento de todo o trabalho. Para aumentar o conhecimento durante todo o percurso foram realizadas várias formações online neste âmbito (Anexo F; Anexo G; Anexo H).

Por fim, após a assimilação dos conhecimentos, foi organizado uma formação para toda a equipa (Apêndice F), destacando os benefícios da mobilização da pelve durante o trabalho de parto, assim como os benefícios da utilização das bolas de nascimento. Para reforçar essas informações, foi criado e afixado um póster explicativo no serviço (Apêndice G) onde foi elaborado um guia com alguns dos posicionamentos nas bolas de nascimento dependendo do plano onde se encontra o polo cefálico. A mobilidade da pelve desempenha um papel crucial na progressão do trabalho de parto, sendo que a sua anatomia dinâmica permite que os espaços pélvicos se ajustem conforme necessário, facilitando a descida e a rotação do feto (Cardoso, *et al.*, 2023).

A mestranda foi convidada para apresentar os benefícios da bola de amendoim no seminário do dia do EEESMO (Anexo I; Anexo J; Anexo K), onde foi apresentado de forma sintetizada a anatomia pélvica, os benefícios, as contraindicações, as recomendações, os posicionamentos e as características das bolas de amendoim (Apêndice H).

A utilização da bola de amendoim deve ser efetuada por alguém com conhecimento científico tanto acerca do parto como da anatomia da pelve, desta forma, existem diversas contraindicações na sua utilização nomeadamente, antecedentes pessoais de lesões da bacia ou da articulação coxa-femoral, fratura ou disfunção da sínfise púbica,

diagnósticos ativos de eventos tromboembólicos, o tamanho da bola não ser adequado para a parturiente ou por recusa da parturiente (Fernandez-Arranz, *et al.*, 2019; Grenvik, *et al.*, 2019; Delgado, *et al.*, 2022).

As atividades desenvolvidas foram fundamentais para a aquisição desta competência. A Iniciativa de Melhoria Contínua da Qualidade desempenha um papel crucial na otimização dos sistemas de saúde, promovendo uma cultura de aprendizagem e inovação contínua. Essa abordagem envolve a identificação proativa e a resolução de problemas. Resultando numa melhoria significativa na qualidade dos serviços prestados (Endalamaw, *et al.*, 2024).

**Competência B3.** “Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3) (OE, 2019b)”.

Ao longo dos contextos clínicos foi promovido um ambiente seguro e que abrangesse os aspetos físicos, psicossociais, culturais e espirituais de forma a garantir a segurança e a proteção dos indivíduos. Desta forma, a criação de um ambiente seguro não se limita apenas a risco de danos físicos, mas sim, a garantir que existe um ambiente onde as identidades culturais e as necessidades espirituais sejam respeitadas e valorizadas, indo de encontro à Teoria de Jean Watson (Smith & Parker, 2015; Curbani, *et al.*, 2020;).

Um exemplo prático refere-se ao caso da senhora Y de 39 semanas+4 dias, presente na sala de partos com 4/5 cm de dilatação. Após apresentação da mestranda e da supervisora clínica, foi questionado acerca das expectativas, preferências em relação ao parto. Tendo como base a preferência da parturiente adotaram-se as seguintes intervenções: incentivou-se a alternância de decúbitos e a liberdade de movimentos; adaptou-se ambiente físico (diminuição da luminosidade, musicoterapia e aromaterapia); incentivou-se a participação ativa do companheiro.

O trabalho de parto foi evoluindo rapidamente até á dilatação completa e apresentação do feto no plano 0 de Lee. Após duas horas de dilatação completa, a frequência cardíaca fetal apresentava desacelerações tardias, sendo comunicado à equipa médica. Quando entraram na sala pediram à parturiente para se colocar em posição de litotomia, acenderam as luzes e pediram ao companheiro para se afastar (Apêndice I). Dessa forma, todo o ambiente íntimo e acolhedor, foi transformado num ambiente stressante para o casal.

A promoção de um ambiente sensível às necessidades da parturiente/casal ajuda a prevenir possíveis conflitos e mal-entendidos que podem surgir da falta de conhecimento ou comunicação inadequada (Curbani, *et al.*, 2020). Ao longo dos anos,

tem havido uma crescente medicalização e intervenção no parto, desvalorizando a opinião da mulher, do casal ou da pessoa significativa. Isso tem promovido um ambiente hospitalar que influencia negativamente a experiência e o planeamento que cada mulher apresenta para o seu parto (Curbani, *et al.*, 2020; Silva & Lopes, 2020).

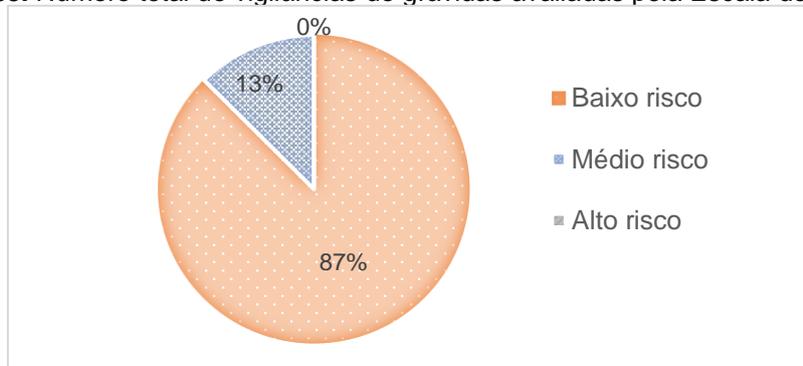
Em 2022, a OMS destaca a importância de garantir uma experiência materna positiva em relação ao processo de parto, assim como enfatiza a necessidade dos sistemas de saúde serem adaptáveis, bem equipados e capazes de reconhecer e respeitar as necessidades individuais de todas as mulheres e recém-nascidos (WHO, 2022a).

**Domínio C:** “Competências do domínio da gestão dos cuidados”

**Competências:** “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde **(C1)**” (OE, 2019b).

No contexto da prática clínica, a gestão eficaz dos cuidados de enfermagem é essencial para garantir a segurança dos utentes e a qualidade dos serviços prestados. Um exemplo prático refere-se ao acompanhamento pré-natal realizado no CS L, local onde foi aplicada a Tabela de *Goodwin Modificada* (Anexo B) a todas as grávidas. Durante o contexto clínico foram realizadas 32 consultas de acompanhamento pré-natal, sendo que 28 grávidas (87%), apresentava baixo risco, enquanto, 4 grávidas (14%) apresentavam médio risco e nenhuma grávida apresentou alto risco (Fig.35). Ao identificar um risco igual ou superior a 3 na escala de *Goodwin*, a situação era encaminhada para a consulta ou hospital diferenciado, e solicitado a intervenção de profissionais especializados (DGS, 2023).

**Figura 35.** Número total de vigilâncias de grávidas avaliadas pela Escala de *Goodwin*



Fonte: Elaboração própria

A avaliação do risco é crucial para reduzir as taxas de desfechos desfavoráveis materno-neonatais. Assim, o papel do EEESMO é de extrema importância, visto que, apresenta conhecimentos para identificar potenciais fatores de risco que podem pôr em risco a grávida e o bebê (Espigares, *et al.*, 2024). O esquema de vigilância e conduta variam em cada gravidez, sendo que a vigilância é influenciada pela presença ou ausência de alguma patologia. Assim, em gravidezes de médio ou alto risco a vigilância deve ser mais frequente, sendo necessária uma abordagem individualizada de acordo com os protocolos específicos (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015c; DGS, 2023).

**Competência C2:** “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2) (OE, 2019b)”.

O Enfermeiro especialista, na gestão dos cuidados, deve adequar os recursos às necessidades dos utentes, identificando o estilo de liderança mais apropriado para garantir a qualidade dos cuidados (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017). Neste contexto, uma comunicação clara e estruturada de informações na passagem de turno, assegura a continuidade dos cuidados, a partilha de informações essenciais para a tomada de decisões e a gestão dos recursos. Desta forma, para facilitar a transmissão da informação na passagem de turno no bloco de partos do Hospital P foi realizada uma folha de passagem de turno (Apêndice J), segundo o método com a mnemónica ISBAR: I -identificação; S -situação atual; A- avaliação; R- recomendações (DGS, 2017).

A articulação entre profissionais não só contribui para a criação de um ambiente de trabalho mais organizado e tranquilo, como também contribuiu para diminuir as falhas de comunicação decorrentes da transferência de cuidados, tais como a omissão de informação, a falta de priorização das atividades e de precisão (DGS, 2017). Neste sentido, durante os contextos clínicos, houve uma interação contínua com a supervisora clínica, com professora orientadora e com toda a equipa multidisciplinar. Essa comunicação constante permitiu discutir e aperfeiçoar os procedimentos, facilitando a identificação e a correção de erros ou dificuldades. Portanto, decisões bem fundamentadas, apoiadas por uma comunicação robusta, são essenciais para a prática, gestão e educação em enfermagem. Esta responsabilidade e autonomia, associada à supervisão contínua, permitem que as práticas sejam baseadas em evidências, promovendo a segurança e eficácia dos cuidados (Lourenço, *et al.*, 2022).

**Domínio D:** “Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”

**Competências:** “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1); baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2) (OE, 2019b)”.

Ao longo dos contextos clínicos, foram realizadas reflexões críticas aplicando o modelo reflexivo de *Gibbs*, tais como a reflexão sobre as práticas do EEESMO no parto assistido (Apêndice I); o processo de luto numa morte fetal (Apêndice K) e a prática de enfermagem numa Unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) (Apêndice L).

O modelo reflexivo de *Gibbs* é estruturado em seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e plano de ação. É utilizado na reflexão prática profissional para analisar e aprender com as experiências vivenciadas, principalmente relacionadas com o ambiente e com a prestação de cuidados (Gibbs, 2013). A reflexão crítica e a educação baseada em evidências são pilares fundamentais para a prática de cuidados de excelência, permitindo aos profissionais identificar e implementar as melhores práticas em seus contextos clínicos (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021).

No contexto clínico da sala de partos, foi realizada uma ficha de leitura sobre a Tetralogia de *Falot* (Apêndice M) com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre essa condição específica. A tetralogia de *Falot* é a cardiopatia congénita cianótica mais comum, e uma das primeiras a apresentar sucesso através da correção cirúrgica (Ribeiro, *et al.*, 2019; Gonçalves, *et al.*, 2021).

No âmbito da aquisição de competências foi realizado um relato de caso durante o contexto clínico de grávidas com o tema: Ameaça de Parto Pré-termo (Apêndice N). O relato de caso corresponde a um método de pesquisa estruturado e aplicado em diversas áreas de enfermagem, de forma a facilitar a compreensão e a credibilidade dos factos apresentados, tendo em conta sempre a evidência científica (Riley, *et al.*, 2017). O papel do enfermeiro é essencial na vigilância, na promoção da saúde, bem como na implementação de estratégias não farmacológicas para alívio da dor, da ansiedade e da tensão, fatores frequentemente associados à ameaça de parto pré-termo (Mattos, *et al.*, 2023).

A educação contínua e a atualização constante dos conhecimentos são fundamentais para a melhoria da prática clínica e da qualidade dos cuidados prestados (Stevenson, *et al.*, 2021). Ao longo do ENP, foram realizadas várias sessões de EpS sobre os diversos temas, tais como: sessões direcionadas para os profissionais de saúde com o objetivo de relembrar conhecimentos acerca das medidas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto (Apêndice O); sessões acerca dos

benefícios das bolas de nascimento (Apêndice-F); sessões acerca da influência da bola de amendoim no trabalho de parto;

No âmbito das sessões/atividades realizadas para as grávidas/parturientes foi disponibilizado um guia e um *Kit (caixa, bolas, guia)* com técnicas de massagem (Apêndice P), com instruções para a grávida/casal/pessoa significativa com o objetivo de promover o vínculo da díade, assim como o alívio da dor.

No contexto clínico do CS L foi realizado uma sessão de EpS onde foi abordado a dor em obstetrícia (Apêndice Q), com o objetivo de proporcionar às grávidas uma compreensão aprofundada sobre a dor durante o trabalho de parto (fisiologia, a função e a localização da dor dependendo do estadio), assim como apresentar medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor (Apêndice R) (Nené, Marques & Batista, 2016; Cardoso, *et al.*, 2023).

O medo da dor pode ativar o sistema nervoso simpático e aumentar a tensão muscular e a perceção da dor. Em contraste, um estado de relaxamento ativa o sistema nervoso parassimpático, reduzindo a tensão e aliviando a dor (Cardoso, *et al.*, 2023). O efeito do sistema simpático e parassimpático foi abordado durante a sessão com o tema: Saúde e perspetiva Psico-neuro-endócrino-imunológica (Apêndice S), o objetivo dessa sessão foi esclarecer como o stress afeta a experiência da gravidez e do parto. A compreensão dessa dinâmica ajuda a fornecer um suporte eficaz, promovendo técnicas e estratégias que ativem o sistema nervoso parassimpático promovendo uma experiência mais positiva e menos dolorosa (Cardoso, *et al.*, 2023).

Numa das sessões realizadas pela mestranda no CS L, foi abordado o tema "Trabalho de Parto e Parto"(Apêndice S). Durante esta sessão, foram discutidos os sinais de ida para a maternidade, os diferentes tipos de parto, as várias fases do trabalho de parto, os métodos de indução, as recomendações de boas práticas, o papel do acompanhante e a elaboração do plano de parto.

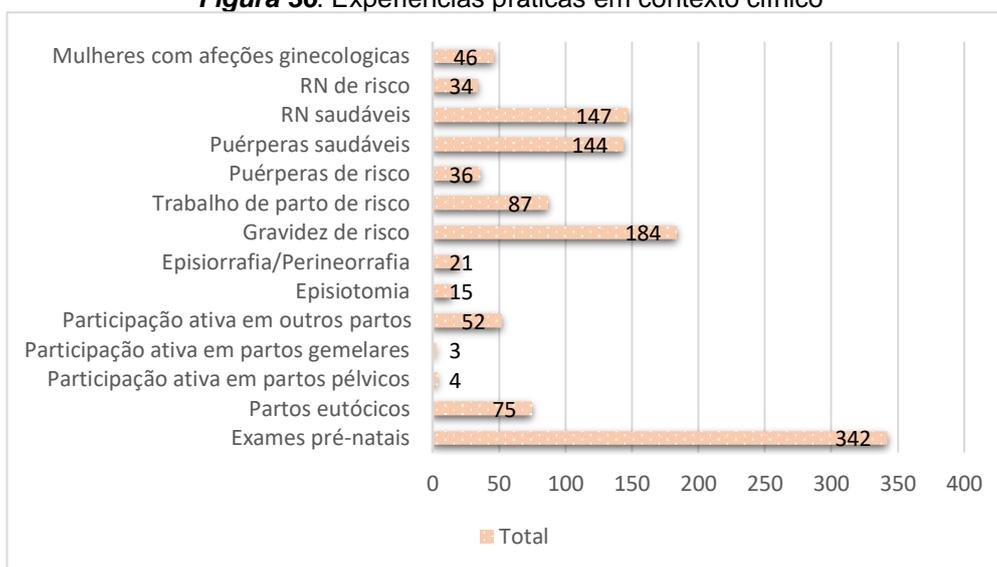
Ao longo do contexto clínico do CS foi possível participar ativamente em várias sessões em conjunto com a supervisora clínica, tais como, os cuidados no puerpério e ao recém-nascido, aleitamento materno e informação sobre a colheita de células estaminais. Cada uma dessas sessões foi fundamental para a aplicação prática do conhecimento adquirido ao longo da formação.

### 3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

As competências específicas do EEESMO integram, junto com o perfil de competências comuns, um conjunto de competências clínicas especializadas que tem como objetivo promover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar desses profissionais. De acordo com as competências específicas do EEESMO, descritas no regulamento (OE, 2019a), o foco primordial dos cuidados desta especialidade é a mulher nas diferentes fases de vida, desde o preconcepcional até ao climatério. Isso inclui a promoção da saúde reprodutiva, o acompanhamento durante a gravidez, o parto e puerpério, assim como a assistência durante o período pós-natal da grávida e do recém-nascido, bem como o suporte em situações de saúde/doença ginecológica (OE, 2019a).

Na figura 36 são apresentadas as experiências práticas em contexto clínico que vão ao encontro às diretrizes europeias abordadas anteriormente (AR, 2019).

**Figura 36.** Experiências práticas em contexto clínico



Fonte: Elaboração realizada pela própria com base na folha de registo de vigilâncias

**Competência 1:** “Cuida da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional”;

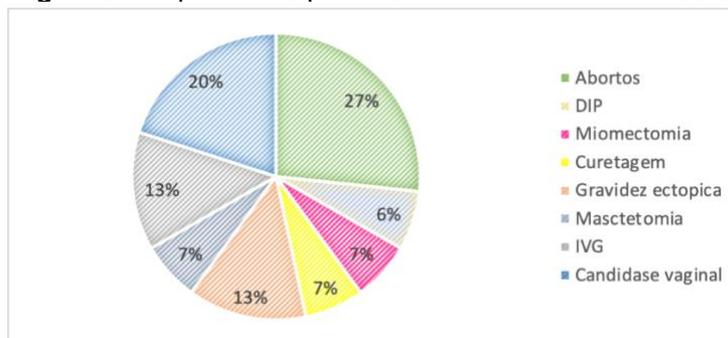
**Atividades/Reflexão:** No ano 2019, a taxa de fertilidade em Portugal foi de 1,4 filhos por mulher, calculada com base no número de crianças nascidas por mulher entre os 15 e os 49 anos. Esse valor é inferior à média da União Europeia, que no mesmo

período registou uma taxa de 1,5 filhos por mulher (OCDE, 2021). Quanto à idade média ao nascimento do primeiro filho, verificou-se uma leve diminuição de 30,4 anos em 2021 para 30,3 anos em 2023 (INE, 2023).

Ao longo do ENP foi possível confirmar as tendências demográficas observadas a nível nacional sendo que a média de idades registada nas vigilâncias na sala de parto são de 30,7, apresentando uma máxima de 43 anos e uma mínima de 15 anos (Fig.11). Esses dados refletem as tendências demográficas influenciadas por uma série de fatores sociais, culturais e económicos, como o adiamento da maternidade em função da priorização da carreira profissional, a instabilidade económica e a insuficiência de políticas de apoio à conciliação entre trabalho e vida familiar, que, juntas, contribuem para a redução das taxas de fertilidade e o aumento da idade média no parto (Daniël van Wijk & Billari, 2024). Esses fatores, entre outros, podem levar a situações como a interrupção voluntária da gravidez [IVG].

No contexto clínico do SUOG, foi possível observar que aproximadamente 13% dos atendimentos (Fig.37) estavam relacionados com a IVG ou com pedidos de informação acerca do processo. Esses dados ressaltam a importância da acessibilidade e clareza das informações oferecidas aos utentes em relação à IVG e os seus direitos associados.

**Figura 37.** Experiências práticas em contexto clínico- SUOG



Fonte: Elaboração realizada pela própria

A utilização inadequada dos métodos contraceptivos contribui significativamente para a ocorrência de gravidezes indesejadas, o que pode ser atribuído a vários fatores, como a falta de conhecimento sobre a correta aplicação e uso dos métodos, o medo de efeitos colaterais, o desajuste entre os métodos escolhidos e o estilo de vida ou preferências pessoais (Clare, *et al.*, 2016; Wondimagegne, *et al.*, 2023).

Em contexto clínico no SUOG observou-se o caso da Sra. XX de 22 anos, com antecedentes de duas interrupções voluntárias da gravidez, crente que deveria realizar uma pausa ao trocar a pílula pelo anel contraceptivo, assim como na proteção de uma eventual gravidez durante esse período. Informação que tinha sido obtida na internet.

Durante a consulta foram fornecidas orientações sobre o uso correto dos métodos contraceptivos, assim como o encaminhamento para a consulta de IVG disponível no hospital. Foi ainda possível, constatar que existe um grande número de grávidas com antecedentes de IVG.

No período de realização do estágio neste contexto clínico, numa amostra de 75 mulheres que recorreram ao SUOG, 10 mulheres apresentavam como antecedentes pessoais uma ou mais IVG.

O acesso ao conhecimento e aos métodos contraceptivos pode reduzir significativamente a incidência de gravidezes não planeadas e infeções sexualmente transmissíveis [IST's]. No contexto clínico do SUOG, observou-se a colocação de métodos contraceptivos como resultado do inadequado acesso aos cuidados de saúde primários, especificamente, um implante contraceptivo numa puérpera no serviço de urgência. Durante e após a inserção do método, foram realizadas atividades de EpS, fornecendo orientações detalhadas sobre o uso correto e as características de cada método.

A falta de conhecimento sobre os métodos contraceptivos não interfere apenas na prevenção de gravidezes indesejadas, mas também contribui para o aumento do risco de contrair IST's. A compreensão inadequada sobre a eficácia e a aplicação correta dos métodos contraceptivos pode levar a uma falsa sensação de segurança, resultando em práticas sexuais desprotegidas e, conseqüentemente, numa maior exposição a IST's (Todd & Black, 2020; D'Souza, *et al.*, 2022).

No contexto clínico do SUOG, a Sra. YY, com 41 anos, foi admitida no SUOG por hemorragia vaginal. Durante a anamnese, referiu não utilizar métodos contraceptivos, apesar de manter uma vida sexual ativa e com múltiplos parceiros sexuais. Durante a observação ginecológica foi observado a presença de lesões vesiculares anogenital, compatível com herpes vaginal, condição da qual a própria não tinha conhecimento. Após a análise dos resultados laboratoriais e a avaliação médica, foi confirmado um aborto espontâneo e a infeção por herpes vaginal. A realização de atividades de EpS abordaram a orientação sobre métodos contraceptivos e de IST's, além disso, foram fornecidos esclarecimentos sobre a infeção viral por herpes vaginal, com ênfase em

medidas preventivas de transmissão. As atividades de EpS focaram também a promoção de práticas sexuais seguras e conscientes.

As IST's são extremamente endêmicas e constituem um problema de saúde pública a nível mundial, estima-se que surjam a cada ano cerca de 357 milhões de novos casos do grupo das IST's curáveis que correspondem a clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase, no grupo etário entre os 15 e os 49 anos. Para além disso, a prevalência de IST's virais também é elevada, com cerca de 417 milhões de pessoas infetadas pelo Herpes simples tipo 2 e 291 milhões de mulheres pelo vírus do papiloma Humano (HPV). Essas infeções têm um grande impacto na população como o aumento da morbilidade e mortalidade fetal e neonatal (sífilis), o aumento de risco do cancro do colo do útero [HPV], o aumento dos casos de infertilidade (clamídia e gonorreia), além da transmissão vertical pelo vírus da imunodeficiência humana [VIH] (World Health Organization [WHO], 2017a).

As IST's mais identificadas são herpes genital, sífilis, gonorreia, infeção pelo HPV, infeção pelo HIV e hepatites virais B e C. As atividades de EpS e a desconstrução de ideias enraizadas na sociedade, assim como a sensibilização para medidas preventivas e seguras diminuem drasticamente os números de IST (Silva, *et al.*, 2021; Souza & Mioranza, 2023).

O planeamento familiar e os cuidados pré-concepcionais são essenciais para garantir uma gravidez saudável e prevenir gravidezes indesejadas. O EEESMO desempenha um papel fundamental na identificação de sinais de alarme, na orientação de decisões conscientes, na educação sobre contraceção, no rastreamento de ISTs e na promoção hábitos de vida saudáveis (Nené, Marques & Batista, 2016; Passos, *et al.*, 2023; Orvalho, *et al.*, 2024).

**Competência 2:** “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;

**Atividades/Reflexão:** A gravidez é um fenómeno natural que faz parte do ciclo vital da mulher e é caracterizado como um período de grandes mudanças físicas, psicológicas e reajustes sociais. No entanto, cerca de 20% das gravidezes, apresentam um desfecho desfavorável para a mãe e para o bebé (Pereira, *et al.*, 2023).

Durante o contexto clínico de SUOG, foi possível constatar que 23% dos atendimentos são devidos à presença de hemorragia numa fase inicial de gravidez, traduzindo-se numa elevada percentagem de abortos espontâneos (Fig.35). A

hemorragia durante a gravidez pode ocorrer devido a diversos fatores e causas, entre eles, a implantação do embrião no útero, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, ruturas uterinas, abortos espontâneos, gravidez ectópicas e gravidez molar. Segundo o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia [ACOG], cerca de 26% das gravidezes apresentam como desfecho abortos espontâneos no primeiro trimestre (Carvalho, *et al.*, 2024).

O diagnóstico de gravidez é o ponto de partida para se iniciar os cuidados pré-natais, sendo que o EEESMO tem um papel crucial neste acompanhamento, tendo como dever fornecer a informação adequada relativamente à importância do acompanhamento pré-natal, dos exames, da periodicidade das consultas, dos direitos, do desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis, da vacinação, dos sinais de alerta, e de esclarecer dúvidas referentes a cada trimestre de gravidez. Além disso, é da sua responsabilidade realizar a monitorização contínua da saúde materna e fetal, assegurando o bem-estar de ambos ao longo de toda a gravidez (Orvalho, *et al.*, 2024).

Durante o ENP, foram realizados 324 exames pré-natais (Fig.37), os quais desempenharam um papel crucial para o bem-estar materno e fetal. Um exemplo relevante foi o caso da Sra. XXX, 29 anos, com 41 semanas de gestação e três partos eutócicos anteriores, que recorreu ao SUOG devido a contrações regulares a cada 5 minutos, acompanhadas de queixas algícas. Durante a anamnese, a grávida relatou que apresentava uma rutura espontâneo da bolsa amniótica [REBA] há 4 horas, com saída de líquido claro. Na observação da cervicometria, verificou-se uma dilatação cervical de 4 cm, com o colo uterino apagado, perda de líquido claro e a apresentação do polo cefálico no plano -3 de Lee, com uma apresentação cefálica. Após a avaliação, foi realizado um registo cardiotocográfico, que evidenciou desacelerações tardias, movimentos fetais e contrações regulares a cada 5 minutos, cujo resultado, foi comunicado imediatamente à equipa médica. Os exames pré-natais permitem uma monitorização contínua da saúde materno-fetal, possibilitando a deteção precoce de complicações e garantindo intervenções rápidas e eficazes quando necessário (Orvalho, *et al.*, 2024).

Ao longo do ENP foram prestados cuidados a 184 gravidezes de risco avaliadas segundo a Tabela de *Goodwin* Modificada e referenciadas sempre que estavam para além da área de atuação. No contexto clínico de grávidas foram prestados cuidados a mulheres com internamentos prolongados devido a patologias e/ou complicações, como colestase gravídica, pré-eclâmpsia, rutura prematura das membranas, litíase renal,

restrição de crescimento intrauterino, pneumonia adquirida na comunidade e suspeita de abcesso hepático, pielonefrite aguda, oligoamnios, diabetes gestacional e ameaça de parto pré-termo. Para além das patologias apresentadas, ainda foi identificado uma malformação fetal, uma onfalocele. Assim como uma morte fetal (Apêndice K), onde se abordaram de forma crítica as diferentes fases do luto da mulher assim como dos conviventes significativos. Durante os cuidados prestados foram sempre avaliados os riscos associados a cada patologia e pedido a colaboração da equipa multidisciplinar quando os cuidados ultrapassaram a área de atuação do EEESMO.

A OMS recomenda que todas as grávidas recebam cuidados de qualidade no período pré-natal, durante o parto e no pós-parto. Os cuidados pré-natais são fundamentais para a promoção da saúde, para a prevenção das doenças e para identificar precocemente sinais de alarme, de forma, a promover uma gravidez positiva e segura (WHO, 2016; WHO 2022a). O acesso às consultas de planeamento familiar nos cuidados de saúde primários, centros de atendimento jovem e nos serviços hospitalares de ginecologia e obstetrícia devem ser garantidos, de acordo com a legislação nacional e no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), devem ser universais e gratuitos (Sociedade Portuguesa da Contraceção [SPDC], 2020).

No contexto clínico do CS L, durante as consultas foram realizados diversos exames, nomeadamente a avaliação física, psicológica e social da grávida/casal/pessoa significativa, a monitorização do peso, as manobras de Leopold, a auscultação fetal, avaliação do estado geral materno e dos sinais vitais.

O esclarecimento de dúvidas, o planeamento familiar e as atividades de EpS são de extrema importância, visto que, a partilha de conhecimento promove uma maior satisfação por parte das parturientes, escolhas mais conscientes e uma redução do medo e do stress (Santiago, *et al.*, 2023; Souza & Mioranza, 2023). Durante todos os contextos clínicos foram promovidas atividades de EpS e o esclarecimento de dúvidas, de acordo com as especificidades de cada um dos contextos.

Neste âmbito, foi disponibilizado tempo para discutir individualmente o plano de parto, destacando que o plano de parto deve ser dinâmico, ajustado a cada situação e discutido com a equipa que estará presente no momento do parto, tendo sempre como base o benefício materno-fetal. Os planos de partos não devem ser meramente uma lista de intervenções ou opções, devem ser discutidos e elaborados após a aprendizagem acerca da fisiologia do trabalho de parto e sobre as práticas baseadas na evidência que promovam, protejam e suportem o parto normal (Silva & Lopes, 2020).

O EEESMO apresenta um papel crucial na observação física, psicológica e social da grávida/casal/pessoa significativa, é deveras importante para identificar potenciais riscos durante e após a gravidez (Nené, Marques & Batista, 2016).

O suporte e o ambiente em que a grávida está inserida tem um impacto significativo na ansiedade e stress, resultando na libertação de hormonas de stress como as catecolaminas. Por outro lado, as grávidas mais apoiadas apresentam níveis mais altos de endorfinas o que é mais vantajoso para o desenvolvimento fetal (Nené, Marques & Batista, 2016; Cardoso, *et al.*, 2023). A situação da Sra. YYY de 22 anos, com 30 semanas + 2 dias, primigesta, durante consulta no CS, apresentou sinais de labilidade emocional quando foi questionada acerca do companheiro, refletindo a importância do suporte familiar. Relatou que o companheiro a havia incentivado a realizar uma fertilização in vitro [FIV], mas após engravidar, descobriu que ele mantinha uma segunda família em Londres, destino frequente das suas viagens. Diante dessa situação, foi prestado apoio emocional, permitindo que ela expressasse os seus sentimentos. A falta de apoio e suporte, contribuíram para o seu estado emocional fragilizado, destacando a importância de um suporte contínuo e sensível durante esse período. Em resposta a essa necessidade, foi agendada uma nova consulta e a grávida foi encaminhada para acompanhamento psicológico, a fim de garantir que receba o suporte adequado para lidar com suas preocupações e emoções.

A presença de uma rede de apoio é fundamental durante esse período de maior vulnerabilidade, proporcionando suporte emocional e contribuindo para o bem-estar da grávida. Esse acompanhamento também reforça a importância de um ambiente acolhedor e solidário, essencial para enfrentar os desafios da gravidez. Além disso, a participação ativa do acompanhante fortalece o vínculo familiar e facilita a comunicação entre a grávida e os profissionais de saúde, ajudando a esclarecer dúvidas, assim como a seguir corretamente as orientações médicas, contribuindo para a redução de medos e incertezas (Nené, Marques & Batista, 2016; Castro, *et al.*, 2022).

O papel do acompanhante foi abordado nas consultas e nas sessões do CPPP, sendo destacados tanto os seus direitos como os deveres no trabalho de parto. Os cuidados de saúde são frequentemente centrados na saúde física da mãe e do feto, relegando a saúde mental para um segundo plano. No entanto, todas as alterações físicas e sociais que a grávida enfrenta durante a gravidez podem ter efeitos significativos na sua saúde mental. Desta forma, é importante abordar nas consultas

pré-natais as preocupações e dúvidas da grávida (Graham, *et al.*, 2022; Polainas, *et al.*, 2024).

Durante o CPPP no CS L, foram realizadas diversas atividades, assim como incentivado a participação ativa do acompanhante. Foi disponibilizado uma caixa, onde as grávidas/casais/pessoa significativa, podiam expor de forma anónima as suas dúvidas para posterior discussão. Outra técnica incentivada foi o uso de métodos de relaxamento, como a massagem, o uso da bola suíça e exercícios de respiração. Estas atividades visavam não apenas responder às perguntas e aliviar ansiedades, mas também fortalecer a confiança e promover uma experiência de parto mais tranquila e positiva.

No decorrer das consultas no CS L, foi dado ênfase ao funcionamento da biomecânica da bacia, à importância da verticalização e da consciencialização do próprio corpo, à utilização da bola suíça durante o pré-natal, assim como estratégias de relaxamento e de alívio de stress. O benefício das bolas de nascimento foi introduzido durante todos os contextos clínicos, sendo que foi referido a importância da utilização destes instrumentos durante a gravidez, com o intuito de que os movimentos se tornem inconscientes durante o trabalho de parto. As atividades de EpS foram sempre validadas individualmente com cada grávida/casal/pessoa significativa.

A MCEESMO em novembro de 2023, refere que o uso de uma bola de nascimento durante a gravidez, permite que a grávida entenda a importância dos posicionamentos, assim como o efeito de cada posicionamento na sua estrutura pélvica. Desse modo, deve ser incentivado o uso das bolas de nascimento durante a gravidez, com a finalidade da grávida se consciencializar com os próprios movimentos e estrutura da bola (Cardoso, *et al.*, 2023).

Uma das dúvidas frequentes durante as consultas e no CPPP, refere-se ao aleitamento materno. O incentivo ao aleitamento materno deve ser uma preocupação constante ao longo de todo o processo de gravidez. É necessário ter em atenção o contexto sociocultural, uma vez que o meio em que as mulheres estão inseridas pode influenciar a adesão ao aleitamento materno. Assim sendo, o pré-natal é um período importante para realizar estratégias de atividades de EpS que promovam e apoiem o aleitamento materno com o objetivo de reduzir os números de desmame precoce. É essencial educar para a importância da amamentação não só a grávida, mas também toda a sua rede de apoio, visto serem fontes de influência sobre a adesão ao aleitamento materno (Costa, *et al.*, 2023).

No processo de promoção e educação sobre o aleitamento materno durante o contexto clínico CS L foram abordados os principais benefícios e contra-indicações, além disso, foram desmitificados alguns dos mitos que estão enraizados na sociedade.

No que diz respeito a este tema, foi possível observar durante as sessões que algumas das multíparas apresentavam ideias preconcebidas, especialmente quando tiveram uma experiência anterior negativa. A falta de conhecimento da grávida a respeito da qualidade do leite e da sua importância para o desenvolvimento do sistema imunológico e crescimento do bebé, assim como, experiências negativas anteriores, são alguns dos fatores que levam ao desmame precoce (Costa, *et al.*, 2023).

**Competência 3:** “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;”

**Atividades/Reflexão:** Ao longo dos contextos clínicos de sala de parto, foi possível acompanhar o trabalho de parto de 161 parturientes, tendo sido realizados 75 partos eutócicos. A importância dessa amostra significativa de parturientes, permitiu à mestranda adquirir autonomia e segurança durante a prestação de cuidados. Como exemplo, destaca-se o acompanhamento da Sra XY de 40 anos, com 39 semanas + 1 dia de gestação, primigesta. Na última avaliação da cervicometria apresentava 6 cm de dilatação cervical e 90% de apagamento do colo, uma apresentação do polo cefálico no -2 no plano Lee e uma bolsa íntegra. A parturiente encontrava-se acompanhada pelo marido e apresentava um plano de parto impresso. Observou-se que as suas preferências estavam alinhadas com as recomendações da OMS, que promovem o uso mínimo de intervenções sempre que possível, garantindo a segurança e o bem-estar da mãe e do bebé (WHO, 2018a). Assim, como prática comum a todas as parturientes, a mestranda apresentou-se juntamente com sua supervisora clínica, assegurando que a parturiente/casal se sentissem acolhidos e informados sobre cada etapa do processo. Foram oferecidos os métodos disponíveis para alívio da dor, tanto farmacológicos como não farmacológicos. Assim, a Sra XY optou por analgesia epidural como método farmacológico, complementada por métodos não farmacológicos, como aromaterapia, uso da bola suíça e aplicação de calor, que contribuíram para o alívio da dor e para a promoção de um ambiente de parto mais confortável.

O companheiro da Sra. XY foi igualmente encorajado a participar ativamente no processo, sendo-lhe realizadas atividades de EpS e disponibilizado um *kit* de massagens e um guião (Apêndice O). A equipa garantiu a privacidade do casal, criando

um ambiente propício ao trabalho de parto, como luminosidade reduzida e musicoterapia, promovendo uma experiência de parto tranquila e centrada nas necessidades da parturiente/casal (Curbani, *et al.*, 2020; Thies-Lagergren, *et al.*, 2020).

Na fase expulsiva, a Sra. XY adotou várias posições, optando por uma posição de quatro apoios. Assim, calmamente, foram incentivados os esforços expulsivos, com a luminosidade reduzida e um foco de luz direcionado para a região do períneo, com o objetivo de respeitar a intimidade da parturiente, além de contribuir para um ambiente mais relaxante. Foi utilizado um espelho para facilitar a monitorização e foram aplicadas as técnicas de *hands-off*, *hands-on* e a manobra de *Ritgen* modificada conforme a progressão do polo fetal, visando respeitar o ritmo natural do parto. Tais medidas permitiram um suporte adequado e uma gestão cuidadosa do processo. Como resultado, a Sra. XY teve um parto eutócico e apresentou uma laceração de grau I a nível do períneo.

Abordagens como as realizadas na situação atrás descrita, reduzem o risco de lacerações perineais, contribuindo para uma experiência de parto mais segura e respeitosa, alinhada com as melhores práticas baseadas em evidências (Nené, Marques & Batista, 2016; WHO, 2016; WHO, 2018a). As posições não supinas no trabalho de parto, apresentam diversos benefícios, nomeadamente, o aumento da eficiência das contrações uterinas, facilitam a circulação materno-fetal, favorecem o encaixe e a descida da apresentação fetal, aumentam os diâmetros da bacia, diminuem a compressão dos nervos pélvicos e sacro promovendo uma diminuição da dor e diminuem o risco de lacerações e episiotomias (Nené, Marques & Batista, 2016; Hickey & Savage, 2019; Delgado, *et al.*, 2022).

O parto via vaginal é mais benéfico para a mãe e para o bebé, contudo tem sido considerado a principal causa de distúrbios funcionais do pavimento pélvico feminino, quer estes envolvam a incontinência urinária ou anal, o prolapso de órgãos pélvicos ou distúrbios sexuais (Arnold, *et al.*, 2021).

As lacerações obstétricas são uma das complicações mais comuns do parto via vaginal. Estas complicações podem levar a dores crónicas e incontinência urinária e fecal (Chen, *et al.*, 2022). O autor, Arnold, *et al.*, (2021), acrescenta como complicações a dor aguda a nível perineal e a dificuldade nas relações sexuais. Concluindo ainda que as complicações afetam a saúde física, mental e social da mulher.

Para classificar as lacerações, vários estudos utilizam a escala do autor, Sultan, (2016) que apresenta quatro graus de lacerações do períneo. Esta classificação utiliza

o acrónimo OASIS [*Obstetrics Anal Sphincter Injuries*], para classificar as lacerações que envolvem o esfíncter anal (Aasheim, *et al.*, 2017). De acordo com, Sultan, (2016), as lacerações de grau I são referentes à mucosa vaginal/ pele. As lacerações de grau II, envolvem os músculos perineais sem atingir o esfíncter. As OASIS (lacerações de grau III e grau IV) são classificadas em: Grau III: (a)- menos de 50% do envolvimento do esfíncter anal externo [EAE]; (b)- mais de 50% do envolvimento do esfíncter anal externo; (c)- quando envolve o complexo esfíncteriano (esfíncter anal externo+ esfíncter anal interno). Grau IV, quando envolvem o complexo esfíncteriano mais a mucosa anal;

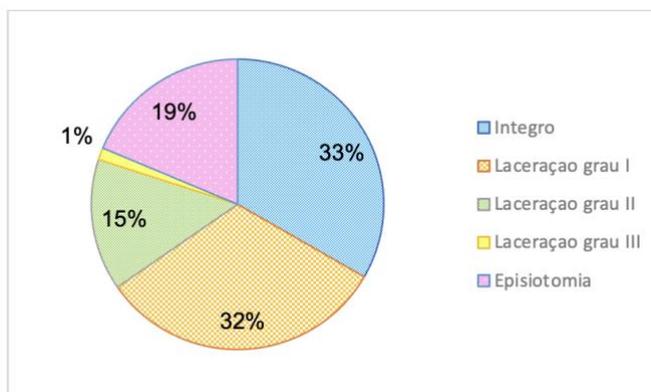
Ao longo dos contextos clínicos, foram realizadas episiorrafias em 19% (14 casos) dos partos realizados (Fig.38). Como métodos para prevenir o trauma perineal foram utilizados a alternância de posicionamentos, adotando posicionamentos mais verticalizados, a massagem perineal com recurso a lubrificante, a aplicação de soro quente, a restrição da manipulação do períneo.

A massagem perineal é uma técnica que estimula as terminações nervosas da pele, com o intuito de melhorar a circulação sanguínea do períneo, a elasticidade e a ductilidade do tecido perineal. Assim como, a facilitar a amplitude da abertura vaginal, de forma a reduzir a probabilidade de incisão perineal e o risco de ocorrer laceração perineal (Chen, *et al.*, 2022). A aplicação de calor pode ajudar a relaxar os músculos e a aumentar a elasticidade do tecido perineal. O uso de soro quente aplicado ao períneo tem sido associado à redução do risco de lacerações e à diminuição da necessidade de episiotomia, pois promove a dilatação gradual e reduz a rigidez do tecido (Nené, Marques & Batista, 2016; Cardoso, *et al.*, 2023).

Os fatores de risco associados ao trauma perineal são inúmeros, tais como: a precipitação do parto, o descontrolo da parturiente ou a não assistência, o edema e a fragilidade do períneo, as varicosidades do pudendo feminino que enfraquecem os tecidos e a laceração de uma episiotomia realizada num parto anterior (Tavares, *et al.*, 2022). Myrick & Sandri (2018), acrescentam a paridade, a apresentação fetal (Occipito-posterior), a etnia asiática, a má colaboração materna e o uso de analgesia epidural. Os fatores fetais também parecem ter um impacto significativo no que diz respeito ao risco de lacerações. Salienta-se os fetos macrossómicos, as posições anormais da cabeça (Occipito- posterior), as distocias de ombro e as anomalias congénitas como a hidrocefalia (Abedzadeh- Kalahroudi, *et al.*, 2018; Myrick & Sandri, 2018; Ducarme, *et al.*, 2019).

Na figura 38 pode-se observar que os traumas perineais mais frequentes ao longo do ENP foram a laceração de grau I, cerca de 32% (24 casos) e de grau II com um total de 15% (11 casos). Apenas numa percentagem de 1% (1 caso) foi observada uma laceração de grau III, tendo sido potenciada pelo descontrolo e má colaboração materna no auxílio no período expulsivo.

**Figura 38.** Experiências práticas em contexto clínico- integridade perineal



Fonte: Elaboração própria.

Ao longo do ENP, em caso de suspeita de incompatibilidade feto-pélvica, a equipa médica era informada para posterior avaliação e decisão. Durante o contexto clínico Bloco de Partos, ocorreram duas distocias de ombros, sendo a primeira resolvida com as manobras de *McRoberts* e *Rubin I*, enquanto a segunda, foi resolvida com as manobras de *McRoberts*, *Rubin I* e *Rubin II*, conforme descrito no caso seguinte.

A Sra. XYX, com 22 anos, primigesta, com 41 semanas de gestação e sem antecedentes pessoais, apresentava-se em quatro apoios durante o trabalho de parto. Durante os esforços expulsivos, no momento da saída da cabeça fetal foram identificadas as seguintes características de uma distocia de ombros: dificuldade na exteriorização da face e do queixo, retração da cabeça fetal imediatamente após a sua expulsão (sinal de tartaruga), dificuldade na restituição da cabeça fetal e obstrução aos desencravamentos dos ombros. Diante dessa emergência obstétrica, a mestranda iniciou as intervenções apropriadas. Primeiramente, chamou ajuda e orientou a parturiente a aumentar o agachamento, realizando a manobra de *McRoberts* modificada. Em seguida, pediu para aplicarem a pressão suprapúbica (manobra de *Rubin I*) e alterar a posição, na sequência, executou a manobra interna *Rubin II*. Durante

a realização das manobras, foi considerada a possibilidade de episiotomia para facilitar o desprendimento fetal, contudo sem necessidade. A parturiente apresentou uma laceração de grau I. O recém-nascido apresentava duas circulares cervicais apertadas, ao qual, se procedeu a sua laqueação imediata, tendo apresentado um APGAR de 9 ao 1ºmin, 10 ao 5ºmin, e 10 ao 10ºmin.

A distócia de ombros é uma emergência imprevisível e inevitável, contudo existem diversos fatores que aumentam a probabilidade de ocorrerem, tais como, a diabetes gestacional, a macrossomia fetal, a obesidade materna, trabalhos de partos prolongados e cirurgias vaginais. As complicações para a mãe são de hemorragia pós-parto, lacerações e lesão do musculo da perna. Enquanto para o feto, engloba lesão do plexo braquial, encefalopatia neonatal, paralisia de *Erb* e fraturas da clavícula e úmero (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2017b). Segundo os autores Souza Cruz & Alves, (2023), existe duas mnemónicas de atuação, “ALEERTA” e “A SAIDA”. A mnemónica “A ALEERTA” corresponde as seguintes ações: A- chamar ajuda; avisar a parturiente; L- levantar membros inferiores e hiperflexão (manobra de *McRoberts*); E- Pressão suprapúbica externa (manobra *Rubin I*); E- Considerar Episiotomia; R- Remover o braço posterior; T- toque para manobras internas: Manobra de *Rubin II*; Manobra de *Wood*; Manobra do parafuso invertido; A- alterar a posição para quatro apoios (Manobra de *Gaskin*); A mnemónica “A SAIDA”, é adaptada para partos em posição não supina. E inclui as seguintes intervenções: A- Avisar a parturiente; chamar ajuda; aumentar o agachamento (*MC Roberts* modificada); S- pressão supra púbica (manobra *Rubin I*); A- Alterar posição (Manobra de *Gaskin*); I- Manobras internas: *Rubin II*, *Wood*; parafuso invertido; D- Desprender o ombro posterior; A- Avaliar manobras de resgate.

A resolução de uma distocia de ombros deve ser rápida e organizada, apresentando um tempo limite que antecede o aumento do risco de lesão por asfixia de cinco minutos. As manobras utilizadas durante a distocia apresentam como objetivo o desprendimento fetal com segurança, antes da asfixia e lesão cortical decorrentes da compressão do cordão umbilical (Souza Cruz & Alves, 2023). Após a resolução de uma distocia ou outras complicações no parto, os cuidados imediatos ao recém-nascido são essenciais.

Ao longo dos contextos clínicos, foi possível aplicar os conhecimentos de reanimação sempre que necessário, além de colaborar com outros profissionais. Assim como, quando existiu a necessidade e os cuidados ultrapassaram a área de atuação, foi assegurado o transporte para a UCIN.

Uma das situações que exigiu a transferência para a UCIN envolveu a Sra. YXY, com 28 anos, primigesta, 25 semanas de gestação, gravidez gemelar bi-amniótica/bi-corionica. A grávida entrou na sala de partos vinda do SUOG por rutura prematura das membranas. O primeiro gêmeo nasceu com um índice de APGAR de 4 ao primeiro minuto, 8 ao quinto minuto e 8 ao 10 minuto. Em situações de partos gemelares, especialmente em casos de prematuridade, é sempre contactado a equipa de UCIN, garantindo que estejam disponíveis e preparados para intervir imediatamente.

Durante a transferência, que pode ser realizada através da porta de acesso imediato aos berçários ou através de uma janela de acesso rápido às incubadoras, foi garantido o aquecimento contínuo do recém-nascido, uma das medidas cruciais para estabilizar a temperatura corporal e prevenir complicações associadas à prematuridade.

O cuidado com o transporte e a preparação precoce da equipa está fundamentada em protocolos de segurança neonatal que visam minimizar os riscos associados ao estado crítico dos recém-nascidos prematuros, assegurando a continuidade do suporte vital nas primeiras horas de vida (OMS, 2018; Nunes, 2022). Para consolidar os conhecimentos adquiridos e obter novas perspetivas sobre o tema de reanimação, foi possível participar nas jornadas de neonatologia, contribuindo para a melhoria contínua na prestação de cuidados ao recém-nascido (Anexo L).

Nesse processo de aprimoramento dos cuidados neonatais, uma das práticas essenciais para o bem-estar do recém-nascido foi o incentivo ao contato pele a pele entre a mãe e o bebé. Essas ações foram fundamentais para fortalecer o vínculo da díade-tríade, assim como para promover a amamentação e ajudar na estabilização do recém-nascido. No contexto clínico de neonatologia, foi possível observar a colocação de recém-nascidos pré-termo e prematuros no método canguru, assim como incentivado essa prática. O método de canguru consiste num modelo de desenvolvimento neuro psicomotor do bebe, desde o nascimento até a alta, que envolve cuidados humanizados e de contacto pele a pele entre o bebé e os pais (Nunes, 2022).

**Competência 4:** “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;”

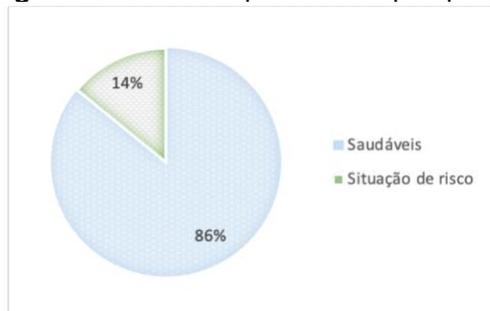
**Atividades/Reflexão:** O período entre o parto e as primeiras seis semanas corresponde ao puerpério, caracterizado por alterações a nível físico, social e psicológico na mulher (Sousa, *et al.*, 2021). Ao longo dos contextos clínicos, foram prestados cuidados a 143 puérperas saudáveis e 36 puérperas em situação patológica (Fig.39).

Foram prestados cuidados a 147 recém-nascidos saudáveis e 34 recém-nascidos de risco (Fig. 40).

As puérperas em situação patológica acompanhadas, apresentaram as seguintes patologias: a hipertensão, obesidade, Síndrome de HELLP [*Hemolysis, Elevated Liver enzymes, and Low Platelet count*], mastite, tromboembolismo venoso, pré-eclampsia, ansiedade, atonia uterina e hemorragia pós-parto.

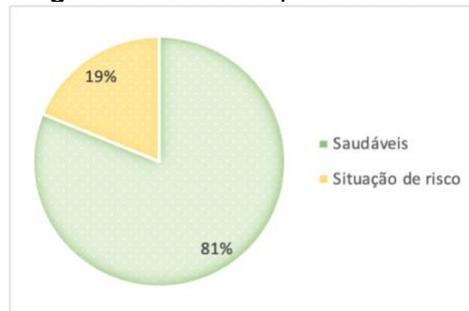
Nos recém-nascidos em situação crítica de risco: prematuridade, má adaptação extrauterina, onfalocele, sinais de dificuldade respiratória com aspiração de mecónio e a *Tetralogia de Fallot* (Apêndice M) diagnosticada no pós-parto.

**Figura 39.** Cuidados prestados a puérperas



Fonte: Elaboração própria

**Figura 40.** Cuidados prestados a RN



Fonte: Elaboração própria

A transição para a parentalidade inicia-se no período pré-natal e continua até um ano após o parto. Este período é marcado por reajustes maternos, paternos, conjugais e familiares, obrigando uma reorganização de papéis que podem causar dificuldades no ajuste psicológico, na satisfação, no relacionamento conjugal e aumentar os níveis de stress e ansiedade (Nené, Marques & Batista, 2016; Sampaio, *et al.*, 2020).

Destaca-se a situação com uma puérpera no contexto clínico do puerpério, a senhora WW de 29 anos, tem antecedentes obstétricos, quatro partos eutócicos e um aborto espontâneo, com um internamento por colestase gravídica. Durante o internamento, apresentava labilidade emocional, ansiedade, fadiga e uma preocupação excessiva, além de verbalizar sentimentos de incapacidade para cuidar do novo recém-nascido. Ao questionar o companheiro, o qual, mencionou que a sra. WW nunca tinha apresentado esse comportamento com as filhas anteriores, assim como não tinha ocorrido nenhum episódio que pudesse justificar essa preocupação excessiva. Contudo, ele observou que, durante a gravidez, a companheira apresentou um comportamento

mais ansioso e com uma maior fragilidade emocional. O companheiro acredita que essa condição esteja relacionada ao aborto espontâneo que apresentou entre gravidezes e ao internamento por colestase gravídica nesta gravidez.

A mestranda, reconhecendo a importância do apoio emocional e da escuta ativa para a saúde mental da puérpera, dedicou tempo para esclarecer todas as dúvidas da Sra. WW., com o objetivo de a tranquilizar. Além disso, foi dado um espaço para que a mesma expressasse os seus sentimentos e preocupações. Este suporte emocional é essencial no período pós-parto, pois contribui para a redução da ansiedade e do stress materno, promovendo um ambiente mais favorável para o vínculo mãe-bebé e na adaptação à parentalidade (Nené, Marques & Batista, 2016). No caso específico da senhora WW foi pedido a colaboração da psicóloga, assim como comunicado a equipa médica, garantido que a puérpera recebesse cuidados especializados.

O puerpério é um dos períodos do ciclo da vida da mulher em que está mais vulnerável e com a hipótese de desenvolver ou agravar uma perturbação psiquiátrica. Fatores como a exaustão materna, o stress, a adaptação ao novo papel de mãe, além de uma combinação de fatores genéticos e hormonais, como o decréscimo súbito e abrupto dos níveis de estrogénio podem desencadear perturbações depressivas, incluindo o “*blues*” pós-parto, depressão pós-parto e psicose puerperal. Os estrogénios apresentam um efeito modulatório sobre os neurotransmissores como a serotonina, conseqüentemente, a sua diminuição contribui para o desenvolvimento de transtornos de humor, como depressão pós-parto e ansiedade (Nené, Marques & Batista, 2016; Borges, *et al.*, 2021)

O EEESMO tem conhecimentos técnicos e científicos que permitem identificar precocemente sinais/caraterísticas de alerta para perturbações psicológicas, diferenciando-as das alterações físicas e psicológicas comuns do puerpério. Quando são identificados, os casos devem ser encaminhados, adequadamente para membros da equipa multidisciplinares, equipados para fornecer o suporte necessário (Viana, *et al.*, 2020).

A abordagem acerca das alterações psicológicas deve ser iniciada no pré-natal, possibilitando uma deteção precoce dos fatores de risco. As alterações psicológicas no período puerperal foram abordadas no contexto clínico de CS L, durante o período pré-natal. A falta de ações e intervenções pode atrasar a deteção de puérperas com depressão, agravando a condição clínica e ocasionando prejuízos para a mulher/casal e para o bebé (Viana, *et al.*, 2020). É importante alertar as grávidas e a rede de apoio

para sinais de alerta, sensibilizando-os para o fato de que, embora a puérpera seja a mais propensa a desenvolver alterações psicológicas, o companheiro também poderá ser afetado.

Nené, Marques & Batista (2016) salientam que na adaptação à parentalidade, o companheiro(a) pode sofrer alterações psicológicas que afetam tanto o seu próprio humor quanto o da grávida ou puérpera. Essas mudanças podem influenciar indiretamente o desenvolvimento fetal, o nascimento do bebé e o seu desenvolvimento subsequente. O parto e a maternidade marcam profundamente a vida das mulheres, interferindo nas esferas física e mentais, e conseqüentemente na vida sexual. As alterações na sexualidade após a gravidez resultam de um conjunto de fatores, entre eles, destacam-se a dor ou desconforto associados à penetração, por vezes relacionados com o trauma perineal, a insatisfação e a alteração da imagem corporal. Assim como, aspetos psicossociais como o desinteresse pelo sexo ou a acumulação de stress decorrente das mudanças nos papéis e responsabilidades sociais (Zgliczynska, *et al.*, 2020; Sousa, *et al.*, 2021; Cercas, *et al.*, 2023). As mulheres que retomam a atividade sexual 28 dias após o parto podem ovular, correndo, assim, o risco de uma nova gravidez. Um curto espaço de tempo entre o parto e uma nova gravidez pode ser prejudicial tanto para a mãe como para o bebé. Por essa razão, recomenda-se evitar uma nova gravidez nos 18 meses seguintes ao nascimento do bebé (Walker, *et al.*, 2021).

Durante o contexto clínico do puerpério foi possível realizar atividades de EpS acerca da sexualidade, assim como esclarecer eventuais dúvidas e preocupações das puérperas relativamente à retoma da sua vida sexual. Este tema foi também abordado durante o CPPP com o objetivo de alertar para as alterações físicas e psicológicas no pós-parto e que devem ser motivo de alerta quando se torna um problema para a mulher/casal. Também se abordou a temática da contraceção compatível com a amamentação, assim como, no decorrer do contexto clínico do bloco de partos foi possível observar a colocação de um dispositivo Intra uterino [DIU] durante uma cirurgia de cesariana.

As recomendações dos métodos contraceptivos durante a gravidez e no pós-parto demonstram uma maior adesão das mulheres. Apesar de ser abordada esta informação nos CPPP e nas consultas, as mulheres apresentam um baixo nível de assimilação de conhecimentos sobre o tema. É importante aumentar as atividades de EpS nesse domínio de modo a facilitar o consentimento informado das mulheres na adoção do

melhor método contraceptivo para cada caso (Rasteiro, *et al.*, 2021; Walker, *et al.*, 2021). As atividades de EpS realizadas no momento da alta do contexto clínico do puerpério, foram centradas no casal, abordando as diversas alterações decorrentes do puerpério e destacando a importância da compreensão mútua. Foram explicadas as mudanças físicas e emocionais que podem afetar a sexualidade, o humor e a dinâmica do relacionamento. As atividades de EpS acerca das alterações físicas, incluíram explicações acerca da cicatrização das lacerações, da episiotomia ou da ferida cirúrgica.

Uma das temáticas fundamentais no pós-parto é a amamentação, prática que está preconizada pela OMS e UNICEF que ocorra na primeira hora de vida, sendo necessário que a equipa multidisciplinar incentive a prática da amamentação ainda na sala de parto, respeitando a individualidade e a cultura de cada mulher (WHO, 2018a). Em Portugal, não há dados completos sobre a prevalência e a duração do aleitamento materno. As informações disponíveis estimam que 21,8% das mães praticam o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, período recomendado pela OMS (S-GSEPS, 2023).

A amamentação precoce apresenta diversos benefícios, incluindo a estimulação da produção de leite, promoção do vínculo entre mãe e o bebé, a regulação da temperatura e glicemia do bebé, a redução de infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias. Além disso, previne hemorragias e atonias pós-parto, favorecendo a involução uterina e diminuindo a probabilidade de cancro da mama (Nené, Marques & Batista, 2016; WHO, 2017b; Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar [APMGF], 2019; Alves & Almeida, 2020). Relativamente à produção de leite, os níveis de estrogénio e progesterona diminuem no terceiro estadio de trabalho de parto, período entre a expulsão do feto até à saída da placenta (dequitação), ocorrendo também um aumento da prolactina que estimula a produção de leite pelas glândulas mamárias.,

A orientação contínua e o apoio prestado pelos EEESMO são fundamentais para superar os desafios iniciais da amamentação, como a pega inadequada ou a dor nos mamilos, garantindo que a prática seja estabelecida de forma eficaz e segura para a mãe e para o bebé. Durante os diversos contextos clínicos, foi possível realizar atividades de EpS, assim como aprimorar técnicas relacionadas com o aleitamento materno.

Nestas atividades de EpS é importante abordar vários aspetos adequados a cada situação, nomeadamente, nos casos em que a amamentação não seja possível, como nas situações de instabilidade do recém-nascido que requerem cuidados intensivos, é crucial oferecer alternativas que garantam a manutenção do vínculo e a continuidade da

lactação. Isso pode incluir a extração manual do leite materno e o fornecimento do leite por meio de copo, evitando o uso de tetinas, que podem interferir na amamentação (APMGF, 2019). Além disso, é importante que as mães sejam informadas sobre os sinais de uma boa pega, posições adequadas para amamentar, e como prevenir complicações comuns, como fissuras nos mamilos ou mastite. O apoio contínuo e as informações oferecidas pelos profissionais de saúde durante o período de hospitalização são fundamentais para que as mães possam desenvolver confiança na sua capacidade de amamentar e para que essa prática seja mantida após a alta hospitalar, contribuindo para o bem-estar geral da mãe e do bebê. Essas práticas estão alinhadas com as recomendações do Despacho nº13056/2023 (WHO, 2017b; WHO, 2022a; S-GSEPS, 2023).

Na prestação de cuidados ao recém-nascido X na UCIN, foi identificado um caso que destacou a importância da comunicação eficaz entre as equipas de saúde. A puérpera, Sra. WX, de 28 anos, no terceiro dia de puerpério após um parto distócico por cesariana, apresentava-se calma, com fácies de dor e preocupação, além de mamas túrgidas e dolorosas. Foi incentivada pela equipa de enfermagem da neonatologia a realizar banhos quentes e a extrair leite com a bomba de leite, enquanto a equipa de obstetrícia recomendava a extração manual (Apêndice L). A inclusão de um EEESMO nas equipas de UCIN, poderia facilitar a coordenação e o alinhamento das condutas, garantindo que as puérperas recebam orientações consistentes e adequadas às suas necessidades, promovendo assim um cuidado mais eficaz e centrado na utente. Essa situação ressaltou a importância de um trabalho multidisciplinar bem coordenado para assegurar a qualidade do cuidado materno-infantil e evitar quebras de confiança nos profissionais de saúde.

**Competência 5:** “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;”

**Atividades/Reflexão:** O climatério corresponde ao período da vida da mulher entre o final da fase reprodutiva até à senilidade (40 aos 65 anos) (Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG], 2021). É caracterizado por um declínio progressivo da função ovárica, e associado frequentemente a sinais e sintomas como irregularidades menstruais, afrontamentos, suores noturnos, alterações do humor e do sono. Este período inclui três fases: pré menopausa (período entre o início do declínio da função ovárica e a menopausa), menopausa (interrupção permanente da menstruação reconhecida após

12 meses consecutivos de amenorreia) e pós-menopausa (período que se inicia com a última menstruação) (SPG, 2021).

No climatério, o pH e a flora vaginal como a atrofia e o achatamento das camadas celulares da mucosa da vagina, tornam-se semelhantes aos da infância devido ao declínio da produção hormonal. Cerca de 95% da flora vaginal normal é composta por *Bacilos de Doderlein* (*Lactobacilos Acidophilus*), que dependem da riqueza do epitélio vaginal em glicogénio para sobreviver. Os bacilos convertem o glicogénio em ácido láctico que ajudam na manutenção do pH vaginal (3.8-4.2), contudo a presença do glicogénio está diretamente relacionada com a concentração de estrogénio (Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG], 2012). A redução dos níveis de estrogénio afeta significativamente a saúde física, psicológica e social da mulher, sendo que a queda na produção dos níveis de estrogénio leva a atrofia vaginal, caracterizada por afinamento, ressecamento e perda de elasticidade dos tecidos vaginais. Estes efeitos podem causar prurido, irritação, disúria, dispareunia, urgência urinária, secura vaginal e infeções urinárias de repetição, tendo um grande impacto na vida pessoal, física e sexual da mulher (Nené, Marques & Batista, 2016; SPG, 2021).

A alteração da imagem corporal, fatores psicológicos e sociais influenciam a sexualidade da mulher durante a menopausa, resultando em sintomas de disfunção sexual como desejo sexual hipoativo, perturbações no orgasmo e dispareunia (SPG, 2021). As alterações na autoestima, humor, peso e do sistema cardiovascular podem influenciar significativamente a vida pessoal e social das mulheres no climatério. O climatério está intimamente ligado ao envelhecimento e à perda de capacidades, os baixos níveis de escolaridade e conhecimentos podem dificultar a adaptação à menopausa. Deste modo, é necessário promover o empoderamento e a educação sobre essas transformações para melhorar a qualidade de vida durante o processo de transição e adaptação à menopausa (Cavalcanti, *et al.*, 2024).

No decorrer do contexto clínico do SUOG, foram várias as situações em que foi necessária a realização de atividades de EpS, nomeadamente, no caso da Sra. YW, de 55 anos, que recorreu ao serviço de urgência por dor vaginal com hemorragia após relações sexuais. Observou-se um *deficit* de conhecimento sobre o climatério, frequentemente acompanhado de estigmas sociais. Durante a observação, foram realizadas atividades de EpS acerca da pré menopausa e as alterações físicas e psicológicas que estão associadas durante este período. Incentivou-se o uso de

hidratantes e lubrificantes vaginais. Além disso, foi instruída sobre a terapia hormonal disponível, assim como sobre a importância da adoção de hábitos de vida saudáveis.

Outro caso é o da sra. YK de 73 anos que recorreu ao SUOG devido a um desconforto vaginal e sensação de peso, como antecedentes obstétricos apresentava quatro partos eutócicos e um aborto espontâneo, após avaliação, foi identificado um prolapso uterino. Como parte do tratamento, foi proposto o uso de um pessário, um dispositivo intravaginal que ajuda a sustentar os órgãos pélvicos, proporcionando alívio dos sintomas e melhorando a qualidade de vida, além disso, foram fornecidas orientações sobre o cuidado e a manutenção do pessário.

O enfraquecimento do pavimento pélvico é frequente e além de ser um processo normal de envelhecimento, existem outras circunstâncias que influenciam, nomeadamente: a sobrecarga de peso durante a gravidez, a multiparidade, as alterações hormonais associadas a menopausa, a distensão abdominal e a obesidade (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2019). A diminuição dos estrogénios afeta os tecidos urogenitais, incluindo a vagina, a uretra e a musculatura pélvica, que possuem recetores de estrogénio. Essa redução hormonal pode levar a sintomas como secura vaginal, incontinência urinária e fraqueza muscular pélvica, afetando a qualidade de vida das mulheres na menopausa (SPG, 2021). O enfraquecimento do pavimento pélvico pode estar na origem ou agravar problemas como a incontinência urinária, a incontinência anal, o prolapso dos órgãos pélvicos e a disfunção sexual (ACOG, 2019).

Nos contextos clínicos do puerpério e no SUOG, foram fornecidas orientações sobre exercícios destinados à recuperação ativa do pavimento pélvico, tais como exercícios de *Keegel* e a utilização da bola suíça. Esses exercícios, têm como objetivo fortalecer a musculatura pélvica e evitar o seu enfraquecimento, prevenindo problemas como incontinência urinária e prolapsos (Oliveira, *et al.*, 2019).

A utilização da bola suíça desempenha um papel crucial nesse processo, contribuindo para a força, resistência, durabilidade e relaxamento da musculatura pélvica. A prática regular e adequada de exercícios na bola ajuda a manter a integridade do pavimento pélvico, promovendo a recuperação pós-parto e a prevenção de complicações a longo prazo (Tavares & Teixeira, 2023). A adesão contínua aos exercícios é fundamental para alcançar os melhores resultados e garantir a saúde pélvica a longo prazo, portanto, é essencial que as orientações sobre a execução correta

dos exercícios e a importância de sua continuidade sejam claramente comunicadas e monitorizadas pelos EEESMO (Oliveira, *et al.*, 2019; SPG, 2021).

**Competência 6:** “Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;”

**Atividades/Reflexão:** No ambiente clínico do contexto de SUOG, foi possível observar uma grande diversidade de condições que afetam a saúde ginecológica das mulheres. As urgências ginecológicas frequentemente envolvem sintomas que podem variar em gravidade e impacto na qualidade de vida das mulheres, sendo o prurido vaginal um dos sintomas mais comuns e que gera uma significativa procura por atendimento médico imediato. Entre os casos observados, quatro foram diagnosticados pela equipa médica como candidíase vaginal. No que respeita a outras patologias, foi possível prestar cuidados a casos de mastectomia infetada, infeções da glândula de *Bartholin*, pseudofoliculite, miomas, neoplasia do colo do útero, doença inflamatória pélvica [DIP] e prolapso uterino.

A Sra. WX de 22 anos, sem antecedentes pessoais nem obstétricos, recorre ao SUOG por prurido vaginal intenso com cheiro fétido. Durante o atendimento, foram fornecidas orientações detalhadas sobre a importância de manter hábitos de higiene íntimos adequados e saudáveis. Além disso, destacou-se a necessidade de adotar um estilo de vida equilibrado, com uma dieta saudável, redução do stress, e prática regular de atividade física. Essas medidas são essenciais para promover a saúde geral e prevenir infeções recorrentes.

As vulvovaginites são inflamações dos tecidos da vulva e da vagina, podendo ser secundárias a uma ampla variedade de causas, são caracterizadas por um desequilíbrio na flora vaginal e uma alteração da secreção fisiológica. Podem ter diferentes causas como por exemplo a vaginose bacteriana, a candidíase, a tricomoníase e outras causas como a atrofia vaginal, gravidez ou produtos químicos/irritativos (SPG, 2012; Briana Blanco Araujo & Teixeira, 2023).

A candidíase vaginal consiste numa inflamação vulvovaginal, que afeta cerca de 70-75% das mulheres, e é causada por fungos do género *Candida*, mais frequentemente *Candida Albicans*. Estes microrganismos fazem parte da flora vaginal, contudo quando existe uma desregulação do meio podem causar infeção. Para prevenir o seu aparecimento deve-se adotar boa higiene íntima, trocar frequentemente pensos e

tampões, evitar pensos diários e roupas apertadas, melhorar o controlo glicémico e usar contraceptivos orais com doses menores de estrogénio (Mendes, 2020).

No caso da senhora WYY de 33 anos, que recorreu ao serviço de urgência por hemorragia vaginal e febre 40°C, referiu durante a anamnese que apresentava relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros, após observação médica, foi diagnosticada com doença inflamatória pélvica. Foram realizadas atividades de EpS e alertado para complicações que podem advir dessa condição, enfatizando a importância de práticas sexuais seguras e o tratamento adequado. Além disso, houve a colaboração com a equipa médica durante os cuidados para garantir um atendimento integral e multidisciplinar. A doença inflamatória pélvica, é uma infeção polimicrobiana que afeta as estruturas dos órgãos genitais superiores nas mulheres. Os principais agentes causadores dessa infeção são a *Chlamydia trachomatis* e a *Neisseria gonorrhoeae*. As complicações incluem infertilidade, dor pélvica crónica e aumento do risco de gravidez ectópica. O tratamento envolve o uso de antibióticos e, em casos mais graves, a hospitalização. A doença inflamatória pélvica constitui uma das maiores complicações das IST's, sendo um problema significativo de saúde pública (Andrade & Rocha, 2023).

Outro exemplo das situações que a mestranda contactou no decorrer do estágio foi o caso da sra. XXY, que recorreu ao SUOG por dor e tumefação no local onde tinha sido submetida a uma mastectomia radical modificada, há cerca de 22 dias. Foram realizadas atividades de EpS sobre os cuidados a ter no pós-operatório. Entre as recomendações, foi reforçada a importância de evitar avaliações de tensão arterial no braço do lado da mastectomia, melhorar hábitos de vida, realizar exercícios de mobilidade e amplitude, e praticar medidas de prevenção de linfedema. Além disso, foi incentivada a participação em grupos de apoio para a partilha de experiências e suporte. A recuperação da Sra. XXY. exige uma abordagem multidisciplinar que inclui não apenas cuidados físicos, mas também apoio psicológico e social.

As recomendações pós-operatórias são fundamentais para prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida. A participação em grupos de apoio oferece uma rede de suporte emocional e ajuda na adaptação às mudanças decorrentes da cirurgia. A prevenção de infeções e a vigilância contínua do estado da ferida, são cuidados essenciais para uma recuperação bem-sucedida. A mastectomia provoca alterações físicas, emocionais e sociais significativas, sendo que as mudanças na autoimagem podem impactar a vida familiar, social e sexual diminuindo a qualidade de vida. A mastectomia radical modificada é caracterizada pela remoção de toda a mama e a

maioria dos gânglios linfáticos axilares, preservando os músculos peitorais. Este procedimento é geralmente realizado em estadios avançados do cancro de mama (Albuquerque & Hott, 2021; Cardoso, Alcântara & Fonseca, 2023).

**Competência 7:** “Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.”

**Atividades/Reflexão:** A procura pela excelência dos cuidados de saúde tem sido um foco cada vez mais crescente nas maternidades. Desta forma, têm sido adotadas diversas estratégias de segurança do doente, com o intuito de tornar o nascimento uma experiência positiva, segura e que vá ao encontro das expectativas das grávidas e das famílias (Barroso, Sales, & Ramos, 2021). De acordo com a OMS, as complicações durante e após o parto são responsáveis por cerca de 75% das mortes maternas, muitas das quais poderiam ser tratadas ou evitadas. As principais causas de mortalidade materna incluem hemorragia pós-parto, hipertensão grave e abortos realizados em condições inseguras (Diana, *et al.*, 2020; World Health Organization [WHO], 2021; Dol, *et al.*, 2022). Em Portugal, os últimos dados estatísticos do INE, sobre a taxa de mortalidade materna traduzem-se em 20,1 óbitos por 100 000 nados vivos, em 2020, sofrendo um ligeiro aumento comparativamente com os dados relativos ao ano de 2019 de 10,4 óbitos por 100 000 nados-vivos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021).

A OMS desenvolveu o Plano Global de Ações para a Segurança do Doente 2021-2030, que estabelece a segurança do doente como uma prioridade global de saúde pública, nomeadamente, a diminuição da mortalidade materna. O plano inclui 10 objetivos estratégicos, como a prevenção de erros de medicação, a melhoria da segurança cirúrgica e a promoção de uma cultura de segurança em todos os sistemas de saúde. Essas ações visam reduzir de maneira consistente e sustentável os riscos e a ocorrência de danos evitáveis, tornando os erros menos prováveis e diminuindo o impacto caso ocorram (WHO, 2021). Além disso, a OMS desenvolveu a "*Safe Childbirth Checklist*", destinada a melhorar a qualidade da assistência às parturientes e garantir uma assistência padronizada em relação aos principais riscos associados ao parto (WHO, 2015).

A implementação de programas de saúde que visem a redução das taxas de mortalidade materna são essenciais. Durante os contextos clínicos foram desenvolvidas competências para a assistência integral e segura às grávidas, tais como, a realização de exames clínicos adequados, a interpretação de dados clínicos e laboratoriais, a

implementação de planos de cuidados personalizados, e a educação das grávidas e/ou puérperas sobre sinais de alerta e cuidados a ter.

Uma das dificuldades encontradas é o número de mulheres imigrantes, o que se transforma numa barreira linguística. Um exemplo, ocorreu no contexto clínico do puerpério, a Sra. KK de 24 anos, primípara, com uma gravidez mal vigiada, quinto dia pós-parto de cesariana. No momento da alta, a Sra. KK e o seu companheiro apenas conseguiam comunicar em bengali, língua materna do Bangladesh. Para contornar essa barreira linguística, recorreu-se a tradutores *online* para transmitir as orientações necessárias, no entanto, ao validar os conhecimentos transmitidos nas sessões de EpS, o casal não conseguiu demonstrar o que foi solicitado. De forma a eliminar estas situações e proporcionar os melhores cuidados a estas mulheres, o hospital dispõe de tradutores específicos, tanto presencialmente quanto por telefone, embora as traduções não sejam em todas as línguas. Essa limitação evidencia a necessidade de ampliar o acesso a serviços de tradução para garantir uma comunicação eficaz e segura, especialmente em situações clínicas delicadas como o puerpério, onde a compreensão correta das orientações é crucial para a saúde e o bem-estar da mãe e do bebé.

As gravidezes mal vigiadas representam outra barreira significativa, sublinhando a importância de um acompanhamento pré-natal adequado para prevenir complicações e garantir a saúde materna e infantil. Os migrantes frequentemente enfrentam maiores dificuldades no acesso aos serviços de saúde, menor conhecimento, baixa utilização de métodos contraceptivos e de planeamento familiar. Fatores sociais e culturais, como barreiras linguísticas, alfabetização em saúde e *status* legal, podem prejudicar a saúde sexual e reprodutiva. Portanto, é crucial implementar programas de saúde culturalmente sensíveis que abordem essas barreiras, incluindo serviços de tradução e educação em saúde (World Health Organization [WHO], 2022b).

A ausência de vigilância na gravidez é comprovada pela baixa adesão à vacinação, constatada ao longo dos contextos clínicos, frequentemente atribuída à falta de acesso aos cuidados de saúde. No período fértil, recomenda-se a prevenção do tétano neonatal e do puerpério com três doses da vacina contra o tétano, incluindo um reforço a cada gravidez junto com a vacina da tosse convulsa (Tdpa) (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2020).

Essas recomendações são fundamentais e foram reforçadas sempre que houve oportunidade de efetuar atividades de EpS em mulheres em idade fértil ou grávidas. Para além da vacinação, a isomunização também é crucial para o bem-estar materno-

fetal. Desta forma, durante os contextos clínicos de SUOG e CS, foi possível alertar para a importância da isomunização anti-D, no caso de a mãe ser Rh-negativa.

A isomunização é caracterizada pelo desenvolvimento de anticorpos maternos em resposta a antígenos de proteínas eritrocitárias paternas herdadas pelo feto. A isomunização Rhesus D [RhD], pode prevenir complicações como a anemia fetal grave que pode levar a hidrôpsia fetal e provocar a morte do feto. As principais causas atuais de isomunização incluem falhas na administração da Ig anti-D após eventos de risco e hemorragias feto-placentárias silenciosas, assim como, abortos espontâneos não reconhecidos, transfusões incompatíveis ou exposição a eritrócitos D positivos *in útero* (Cunningham, *et al.*, 2022).

Ao longo dos contextos clínicos, foi possível administrar a imunoglobulina anti-D. Para evitar erros, a vacina é acessível apenas ao enfermeiro responsável, que deve efetuar o levantamento na farmácia e ser o mesmo a administrá-la. A administração de qualquer tipo de terapêutica deve garantir cinco pontos fundamentais: o utente certo, o medicamento certo, a via correta, a dose certa, a hora certa e o registo correto. Essa prática assegura a correta administração e eficácia da profilaxia (Gaio, *et al.*, 2020).

No decurso do ENP e na aquisição das competências enunciadas neste capítulo, necessárias para a prática de EEESMO, salientamos que todas as atividades de cuidados foram alinhadas com a "Teoria do Cuidado Transpessoal" de *Jean Watson*, que enfatiza o cuidado humano, integrando aspetos como a confiança, o amor e a espiritualidade. Ao aplicar essa teoria, o cuidado foi centrado na individualidade e dignidade das utentes/casais/família, promovendo um atendimento holístico e humanizado, essencial para o empoderamento materno (Smith & Parker, 2015).

## CONCLUSÃO

Este Relatório reflete criticamente todo o processo de aquisição de competências essenciais para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica ao longo de dois anos letivos. Este percurso, que integrou teoria e prática, foi fundamental para a consolidação das competências necessárias à prática clínica especializada, sempre orientada pela evidência científica e focada na qualidade do atendimento à saúde da mulher e da sua família. Durante os contextos clínicos, foi possível explorar de forma abrangente o tema “Utilização das bolas de nascimento durante o trabalho de parto”, evidenciando-se a importância destas bolas no alívio da dor, na progressão do trabalho de parto e na redução de partos instrumentados, confirmando assim a eficácia dessas ferramentas no contexto clínico.

No contexto deste estudo, a aplicação da Teoria do Cuidado Humano de *Jean Watson*, permitiu que o uso das bolas de nascimento não fosse visto apenas como uma intervenção técnica, mas como uma parte integrante de um cuidado que visa empoderar a mulher, respeitar as suas escolhas e proporcionar uma experiência de parto positiva e significativa.

Os resultados sugerem que, além dos benefícios físicos, como o alívio da dor e a facilitação do trabalho de parto, o uso das bolas de nascimento pode também aumentar a confiança e a satisfação materna, apontando para o seu potencial impacto no empoderamento das mulheres durante o trabalho de parto. Embora o empoderamento materno não tenha sido o foco central deste estudo, os indícios encontrados justificam a necessidade de futuras investigações que explorem esta dimensão de forma mais aprofundada.

O desenvolvimento desta temática não esteve isento de desafios, sendo que a falta de recursos materiais, como a bola de amendoim, limitou a recolha de dados de forma mais extensiva e detalhada, o que poderia ter enriquecido os resultados e permitido uma análise mais profunda.

Conclui-se, portanto, que os objetivos traçados inicialmente foram atingidos com sucesso, contribuindo significativamente para a formação da identidade profissional da mestranda como futura EEESMO. Este percurso formativo não só fortaleceu as competências técnicas e científicas, mas também consolidou um compromisso profundo com uma prática clínica centrada no cuidado humanizado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD006672. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>
- Abalos, E., Chamillard, M., Díaz, V., Pasquale, J., & Souza, J. P. (2020). Progression of the first stage of spontaneous labour. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 67. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.001>
- Abedzadeh-Kalahroudi, M., Talebian, A., Sadat, Z., & Mesdaghinia, E. (2018). Perineal trauma: Incidence and its risk factors [Research-article]. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 38(5), 647-651. <https://doi.org/10.1080/01443615.2018.1476473>
- Alan Dikmen, H., Gönenç, I. M., & Ataş, A. N. (2024). Efeitos do uso de bolas de amendoim na dor percebida no parto, fadiga e percepção da mãe sobre o parto: um ensaio clínico randomizado. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07656-2>
- Albuquerque, R. N. de, & Hott, G. C. C. (2021). Questões socioemocionais envolvidas no cuidado de mulheres mastectomizadas. *Revista da Saúde da Ajes*, 7(14). <https://revista.ajes.edu.br/index.php/sajes/article/view/424>
- Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem) (5ª ed., A. R. Albuquerque, Trad.). Lusociência
- Alves, E. P., & Almeida, G. O. (2020). A importância do aleitamento na primeira hora de vida. *Faculdade Sant'Ana Em Revista*, 4(1), 101–108. <https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/fsr/article/view/1637>
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2017a). Guidelines for perinatal care (8th ed.). American Academy of Pediatrics; *American College of Obstetricians and Gynecologists*. Disponível em <https://hscsnhealthplan.org/sites/default/files/OB%20%20ACOG%20Guidelines%20for%20Perinatal%20Care%20-%208th%20Edition.pdf>.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2017b). Practice Bulletin No. 178: Shoulder Dystocia. *Obstetrics & Gynecology*, 129(5), e123-e137. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28426618/>
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2019). Practice Bulletin No. 214: Prolapso de órgãos pélvicos. *Obstetrics & Gynecology*, 134(5): e126-e142. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31651832/>
- American Psychological Association [APA]. (2020). Publication Manual of the American Psychological Association: The official guide to APA style (7th ed.). American Psychological Association.
- Angolile, C. M., Max, B. L., Mushemba, J., & Mashauri, H. L. (2023). Global increased cesarean section rates and public health implications: A call to action. *Global Increased Cesarean Section Rates and Public Health Implications: A Call to Action*, 6(5). <https://doi.org/10.1002/hsr2.1274>
- Arnold, M. J., Sadler, K., & Leli, K. (2021). Obstetric lacerations: Prevention and repair. *American Family Physician*, 103(12), 745-752.
- Aslantaş, B. N., & Çankaya, S. (2024). O efeito do exercício com bola de parto na dor do parto, duração do parto, conforto do parto e satisfação no parto: Um estudo controlado randomizado. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 309, 2459–2474. <https://doi.org/10.1007/s00404-023-07115-4>
- Assembleia da República [AR]. (2009). *Lei n.º 9/2009: Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de*

- Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, e a Directiva n.º 2006/100/CE, do Conselho, de 20 de Novembro, que adapta determinadas directivas no domínio da livre circulação de pessoas, em virtude da adesão da Bulgária e da Roménia. *Diário da República*, Série I, n.º 44, 1466-1530. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/9-2009-604779>
- Assembleia da república [AR]. (2015). Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro: Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 181, 8059-8105. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Assembleia da república [AR]. Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro: Estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconcepção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março. *Diário da República* n.º 172/2019, Série I, de 2019-09-09, pp. 94-101. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/110-2019-124539905>
- Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar [APMGF]. (2019). Boas práticas em aleitamento materno: Guia de apoio a profissionais de saúde. <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2020/07/Guia-Aleitamento-Materno.pdf>
- Barbosa, M. C. de A. D., & Sequeira B. J. (2024). Desconforto respiratório ao nascimento e a necessidade de CPAP nas primeiras horas do recém-nascido. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(1), e14690. <https://doi.org/10.25248/reas.e14690.2024>
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia Prático para a Segurança do Doente*. LIDEL.
- Bedaso, A., Adams, J., Peng, W., Xu, F., & Sibbritt, D. (2022). An examination of the association between marital status and prenatal mental disorders using linked health administrative data. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05045-8>
- Bengough, T., Dawson, S., Cheng, H., McFadden, A., Gavine, A., Rees, R., Sacks, E., & Hannes, K. (2022). Factors that influence women's engagement with breastfeeding support: A qualitative evidence synthesis. *Maternal & Child Nutrition*, 18(4). <https://doi.org/10.1111/mcn.13405>
- Beristain-García, I., Álvarez-Aguirre, A., Huerta-Baltazar, M. I., & Casique-Casique, L. (2022). Teoría de los cuidados de Kristen Swanson: Revisión de literatura. *Sanus*, 7. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.212>
- Betran, A. P., Ye, J., Moller, A.-B., Souza, J. P., & Zhang, J. (2021). Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health*, 6(6), e005671. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671>
- Borges, A. R. F., Rocha, A. H. G., Simões, Á. de O., Vitorino, F. de O., Fernandes, K. B., Tavares, R. F., & Peixoto, L. G. (2021). Alterações dos hormônios cortisol, progesterona, estrogênio, glicocorticóides e hormônio liberador de corticotrofina na depressão pós-parto. *Revista Ciência E Estudos Acadêmicos de Medicina*, 14. <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/5034>
- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., Grilo, A., Cerejeira, I., & Portugal, J. (2023). Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp\\_promopreparacaoparto\\_v4\\_fl.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf)

- Cardoso, W. T. O., Alcântara, I. L. D., & Fonseca, G. S. (2023). Mastectomia radical parcial e suas consequências na saúde feminina: Revisão bibliográfica. *Anais Da Semana Universitária E Encontro de Iniciação Científica*, 1(1). <https://publicacoes.unifimes.edu.br/index.php/anais-semana-universitaria/article/view/3346/2020>
- Carvalho, N., Lóss, M. C., Nava, M., Hevelyn, S., Cavalcanti, H., Leitão, G. S., Ferreira, L., Dantas, E., Gusmão, W., Rocha, J., Freire, F. J., Lopes, G. J., Silva, K. M., & Guimaraes, L. S. (2024). Sangramento gestacional: Causas, diagnóstico e manejo. *Revista CPAQV*, 16(1), 1–1. <https://doi.org/10.36692/v16n1-70r>
- Castro, V. D. P. de, Fonseca, J. S. R., Durans, K. C. N., Silva, D. S., Silva, J. V. da, & Pasklan, A. N. P. (2022). Percepção das parturientes sobre a importância do acompanhante no parto e pós-parto. *Research, Society and Development*, 11(6), e10911628843. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28843>
- Cavalcanti, V. N. S., Cardoso, F. V., Pereira, J., Tejo, A. C. D. Ó., Silva, S. R. M. da, Silva, R. G. dos S., Nunes, M., Gualberto, L. R., Fernandes, L., Silva, J. S. da, Silva, N. B. de A., Matos, G. E. A. de, & Lima, A. B. A. (2024). Climatério e saúde da mulher: Uma análise clínica. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(3), 731–746. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p731-746>
- Centro Nacional de Observação em Dor [CNOD]. (2010). *Implementação da dor como 5º sinal vital nos hospitais portugueses: Relatório final*. OBSERVADOR. Disponível em <https://pns.dgs.pt/files/2015/08/Implementacao-da-Dor-como-5%C2%BA-Sinal-Vital-nos-Hospitais-Portugueses.pdf>
- Centro Regional de Informação das Nações Unidas [UNRIC]. (2018). *Objetivos Desenvolvimento Sustentável. Nações Unidas Portugal*. <https://unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/>
- Chen, Q., Qiu, X., Fu, A., & Han, Y. (2022). Effect of prenatal perineal massage on postpartum perineal injury and postpartum complications: A meta-analysis. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2022, 3315638. <https://doi.org/10.1155/2022/3315638>
- Cho, S., Lee, J., You, S. J., Song, K. J., & Hong, K. J. (2020). Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 26(1). <https://doi.org/10.1111/ijn.12803>
- Clare, C., Squire, M.-B., Alvarez, K., Meisler, J., & Fraser, C. (2016). Barriers to adolescent contraception use and adherence. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 30(4). <https://doi.org/10.1515/ijamh-2016-0098>
- Cohen, C., Pignata, S., Bezak, E., Tie, M., & Childs, J. (2023). Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: a systematic review. *BMJ Open*, 13(6), e071203. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071203>
- Costa, M. M., Martins, E. L., Silva, T. F. da, Wilhelm, L. A., Prata, J. A., & Mouta, R. J. O. (2023). Atuação das enfermeiras na promoção e apoio ao aleitamento materno no pré-natal: Revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual in Derme*, 97(3), e023174–e023174. <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.3-art.1774>
- Coutinho, E., Dias, H., Santos, M. J., Leitão, A. L., Pires, A. S., Feliciano, A., Pereira, C. N., Loureiro, M. P., Rasteiro, R., Martins, S., & Machado, V. (2021). Promoção de saúde da mulher: desafios e tendências. In repositório.ipv.pt. Escola Superior de Saúde de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/7076>

- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Spong, C. Y., & Casey, B. M. (2022). *Williams Obstetrics* (26<sup>a</sup> ed.). McGraw Hill.
- Curbani, C., Bernardino, E., Correia, K., Perasol Bedin, L., Ribeiro, M., & Silva Machado, P. (2020). Conhecer na perspectiva da puérpera a relevância do projeto de assistência ao parto baseada na teoria de Virginia Henderson. *Nursing Edição Brasileira*. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i265p4181-4192>
- D'Souza, P., Bailey, J. V., Stephenson, J., & Oliver, S. (2022). Factors Influencing Contraception Choice and Use Globally: a Synthesis of Systematic Reviews. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 27(5), 1–9. <https://doi.org/10.1080/13625187.2022.2096215>
- Daniël van Wijk, & Billari, F. C. (2024). Fertility Postponement, Economic Uncertainty, and the Increasing Income Prerequisites of Parenthood. *Population and Development Review*. <https://doi.org/10.1111/padr.12624>
- Delgado, A., Katz, L., Melo, R. S., Amorim, M., & Lemos, A. (2022). Effectiveness of the peanut ball use for women with epidural analgesia in labour: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42(5), 1–8. <https://doi.org/10.1080/01443615.2021.1997959>
- Delgado, A., Maia, T., Melo, R. S., & Lemos, A. (2019). Birth ball use for women in labor: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 35, 92–101. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.01.015>
- Diana, S., Wahyuni, C. U., & Prasetyo, B. (2020). Maternal complications and risk factors for mortality. *Journal of Public Health Research*, 9(2). <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1842>
- Dikmen, H. A., Gönenç, İ. M., & Ataş, A. N. (2024). Effects of peanut ball use on perceived labor pain, fatigue, and mother's perception of childbirth: a randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07656-2>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2003). A dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor (Circular Normativa nº 09/DGCG). Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/circular-normativa-n-09-dgqg-14062003.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015a). Norma n.º 002/2015, de 06 de março: Triagem de Manchester e Referenciação Interna Imediata. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015b). Orientação n.º 002/2015: Indução do trabalho de parto <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/PRT-MN-32-03-GUIDELINE-2015-prt-2915-DGS-IPT.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015c). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/plan-strategy/prt-mn-74-07-plan-strategy-2015-prt-2015-programa-nacional-vigiancia-qbr.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017). *Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2020). Programa Nacional de Vacinação 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>

- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022). Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde sustentável: de todas para todos. Direção-Geral da Saúde. [https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf)
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2023). Norma 001/2023: Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma\\_001\\_2023\\_org\\_cuidados\\_preconcecao\\_gravid\\_ez\\_puerperio.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_001_2023_org_cuidados_preconcecao_gravid_ez_puerperio.pdf)
- Dol, J., Hughes, B., Bonet, M., Dorey, R., Dorling, J., Grant, A., Langlois, E. V., Monaghan, J., Ollivier, R., Parker, R., Roos, N., Scott, H., Shin, H. D., & Curran, J. (2022). Timing of maternal mortality and severe morbidity during the postpartum period: A systematic review. *JB I Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.11124/jbies-20-0057>
- Ducarme, G., Pizzoferrato, A. C., de Tayrac, R., Schantz, C., Thubert, T., Le Ray, C., ... Fritel, X. (2019). Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 48(7), 455-460. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2018.12.002>
- Dunmez, F., & Yilmaz, T. (2024). The effect of using a birthing ball and squatting position during labor on pain, labor duration, and satisfaction: A randomized clinical trial. *Japan Journal of Nursing Science*, 21(2), e12580. <https://doi.org/10.1111/jjns.12580>
- Endalamaw, A., Khatri, R. B., Mengistu, T. S., Erku, D., Wolka, E., Zewdie, A., & Assefa, Y. (2024). A scoping review of continuous quality improvement in healthcare system: conceptualization, models and tools, barriers and facilitators, and impact. *BMC Health Services Research*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10828-0>
- Entidade Reguladora da Saúde [ERS]. (2023). Informação de monitorização: Acesso e atividade dos prestadores de cuidados de saúde de obstetrícia – partos. [https://www.ers.pt/media/micix0ed/im\\_obstetr%C3%ADcia\\_02-2023.pdf](https://www.ers.pt/media/micix0ed/im_obstetr%C3%ADcia_02-2023.pdf)
- Escola Superior de Enfermagem São João de Deus [ESESJD]. (2023). *Ordem de Serviço n.º 01/2023: Normas para realização de Trabalhos Académicos e Científicos Escritos na ÚESESJD*
- Espigares, C., Afonso, S., & Frias, A. (2024). Factores de risco na gravidez e critérios de referenciação. *Manual da Gravidez: Diagnóstico, Desenvolvimento e Cuidados Essenciais*, 160–171. <https://doi.org/10.37885/240316104>
- Fernández-Arranz, J., Pedraz-Marcos, A., Palmar-Santos, A. M., & Moro-Tejedor, M. N. (2019). Birthing ball versus pethidine and haloperidol in satisfaction with childbirth. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 29(4), 234–238. <https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2019.02.005>
- Gaio, S., Caldeira, S., Charepe, Z., Lourenço, M., & Nunes, E. (2020). Estratégias para prevenir o erro na administração da terapêutica em unidade de cuidados intensivos neonatais: Uma scoping review. *Cadernos de Saúde*, 12(2), 71-80. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10271>
- Galvão, Freire, T., & Pereira, M. G. (2014). Systematic reviews of the literature: steps for preparation. *Epidemiologia e Serviços de Saude*.
- Giménez-Espert, M. del C., Castellano-Rioja, E., & Prado-Gascó, V. J. (2020). Empathy, emotional intelligence, and communication in Nursing: The moderating effect of the organizational factors. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3286.3333>

- Gonçalves, S. A. V., Matias, G. F., Gonçalves, A. L. R., Silva, B. B. E. d., & Santos, F. d. (2021). Nursing care for children with congenital heart disease: a focus on Tetralogy of Fallot. *Global Academic Nursing Journal*, 2. <https://doi.org/https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200167>
- Graham, A. M., Doyle, O., Tilden, E. L., Sullivan, E. L., Gustafsson, H. C., Marr, M., & Seghete, K. L. M. (2022). Effects of maternal psychological stress during pregnancy on offspring brain development: Considering the role of inflammation and potential for preventive intervention. *Biological Psychiatry*, 7(4), 461–470. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2021.10.012>
- Grant, C. (2022). *The Peanut Ball: Basic and Advanced Techniques for Use During Labor and Delivery* (S. Troy, Ed.). Premier Birth Tools
- Grenvik, J. M., Rosenthal, E., Saccone, G., Della Corte, L., Quist-Nelson, J., Gerkin, R. D., Gimovsky, A. C., Kwan, M., Mercier, R., & Berghella, V. (2019). Peanut ball for decreasing length of labor: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 242, 159–165. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.09.018>
- Grenvik, J. M., Rosenthal, E., Saccone, G., Della Corte, L., Quist-Nelson, J., Gerkin, R. D., Gimovsky, A. C., Kwan, M., Mercier, R., & Berghella, V. (2019). Peanut ball for decreasing length of labor: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 242, 159–165. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.09.018>
- Hansen, B. S., & Dysvik, E. (2022). Expanding the theoretical understanding in Advanced Practice Nursing: Framing the future. *Nursing Forum*, 57(6). <https://doi.org/10.1111/nuf.12827>
- Hickey, L., & Savage, J. (2019). Effect of Peanut Ball and Position Changes in Women Laboring with an Epidural. *Nursing for Women's Health*, 23(3), 245–252. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2019.04.004>
- Honaker, M. E., Brewer, T. L., & Hessock, M. N. (2021). The use of a peanut ball during labor in nulliparous term singleton vertex pregnancies to decrease the primary cesarean rate: An evidence-based practice improvement project. Graduate Publications and Other Selected Works - Doctor of Nursing Practice (DNP). University of Tennessee. <https://trace.tennessee.edu/dnp/3>
- Ingram, M., Brady, S., & Peacock, A. (2022). The barriers to offering non-pharmacological pain management as an initial option for laboring women: A review of the literature. *European Journal of Midwifery*, 6(June), 1–12. <https://doi.org/10.18332/ejm/149244>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2021). *Instituto Nacional de Estatística*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0009334&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009334&contexto=bd&selTab=tab2)
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2023). Estatísticas Demográficas 2022: População residente em Portugal aumenta em resultado de um crescimento migratório positivo. Instituto Nacional de Estatística. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaqued&DSTAQUEdest\\_boui=594934741&DSTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaqued&DSTAQUEdest_boui=594934741&DSTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2024a). *Estatísticas da Saúde: 2022*. Instituto Nacional de Estatística. <https://www.ine.pt/xurl/pub/439489924>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2024b). Partos (N.º) por Local de residência da mãe (NUTS - 2013), Natureza do parto e Duração da gravidez da mãe; Anual.

- INE. Recuperado em 29 de agosto de 2024, de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorCod=0006808&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorCod=0006808&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt)
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2024c). Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe (NUTS - 2013) e Sexo; Anual - INE, Nados-vivos. Recuperado em 30 de Abril de 2024, de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008234&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008234&contexto=bd&selTab=tab2)
- Jha, S., Vyas, H., Nebhinani, M., Singh, P., & T, D. (2023). The Effect of Birthing Ball Exercises on Labor Pain and Labor Outcome Among Primigravidae Parturient Mothers at a Tertiary Care Hospital. *Cureus*, 15(3). <https://doi.org/10.7759/cureus.36088>
- Kazemi, A., Beigi, M., & Najafabadi, H. E. (2023). Environmental Factors Influencing Women's Childbirth Experiences in Labor–delivery–recovery–postpartum unit: a Qualitative cross-sectional Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05488-7>
- Lais Silva Salles, & Robson. (2024). Ações do Enfermeiro na promoção á saúde do trabalhador no contexto hospitalar. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências E Educação*, 10(5), 3567–3582. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i5.14067>
- Lisa, H., & Jane, S. (2019). Effect of Peanut Ball and Position Changes in Women Laboring With an Epidural. *Nursing for women's health*, 23(3). <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2019.04.004>
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, 30, 557–578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Marciano, M. M., Moreira, B. A. de M. B., & Costa, V. H. C. (2022). Cardiocografia intraparto: Sua importância e repercussões. *Research, Society and Development*, 11(16), e78111637627. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.37627>
- Mattos, L. da S., Silva, L. B. da, Melo, A. G., Mussarelli, Y. F., & Jorgetto, G. V. (2023). Avaliação do grau de ansiedade de parturientes e fatores relacionados. *Revista Faculdades Do Saber*, 8(17), 1752–1765. <https://rfs.emnuvens.com.br/rfs/article/view/213>
- Mbakaya, B. C., Kalembo, F. W., Zgambo, M., Konyani, A., Lungu, F., Tveit, B., Kaasen, A., Simango, M., & Bvumbwe, T. (2020). Nursing and midwifery students' experiences and perception of their clinical learning environment in Malawi: a mixed-method study. *BMC Nursing*. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00480-4>
- Mendes, A. P. (2020). Candidíase vulvovaginal: Manifestações e tratamento. *Centro de Informação do Medicamento*. <https://www.cim.com.pt/publicacoes/candidiase-vulvovaginal>
- Mendes, C., Silva, F., Teixeira, D., & Costa, K., (2022). ¿Usar el balón de nacimiento con recurso fisioterapéutico disminuye el dolor y la duración del parto? *Health Sciences*. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i16.37875>
- Meneses-La-Riva, M. E., Suyo-Vega, J. A., & Fernández-Bedoya, V. H. (2021). Humanized Care from the Nurse–Patient Perspective in a Hospital Setting: A Systematic Review of Experiences Disclosed in Spanish and Portuguese Scientific Articles. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.737506>

- Ministério da Saúde - Gabinete da Ministra. (2008). Despacho n.º 20730/2008, de 7 de agosto. Diário da República, 2ª série, n.º 149. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/20730-2008-1492325>
- Ministérios da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, do Ambiente e do Ordenamento do Território e da Saúde. (2011). Portaria n.º 43/2011, de 20 de janeiro, aprova o Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares para o período de 2011-2016. Diário da República, Série I, n.º 14, 377-466. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/43-2011-280901>
- Moraes, M., Moura, V., & Freitas, M. (2023). A importância do cuidado de enfermagem ao recém-nascido prematuro acolhido no método canguru | Revista JRG de Estudos Acadêmicos. <https://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/657>
- Myrick, T.G. & Sandri, K.J. (2018). Epidural analgesia and any vaginal laceration. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 31(5). <https://doi.org/10.3122/jabfm.2018.05.170400>
- Nené, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel.
- Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program [NIDCAP]. (2024). NIDCAP Federation International. Retrieved 20 Junho from <https://nidcap.org/about-us/our-work/model-and-impact/>
- Nunes, A. M. L. (2022). A importância do método canguru para recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso ao nascer. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(2), 400–407. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i2.4186>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2008). Dor: Guia orientador de boa prática (1ª ed.). Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26, 4744 - 4750. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019b). Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2ª série, n.º 85, 13560 - 13565. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019c). Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2ª série, N.º 184, páginas.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2021). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Lisboa.
- Organization for Economic Cooperation and Development [OECD]. (2021a). Health at a Glance 2021: OCDE Indicators. *OECD Publishing*. [https://www.oecd.org/about/publishing/Corrigendum\\_OECD-Health-at-a-Glance2021](https://www.oecd.org/about/publishing/Corrigendum_OECD-Health-at-a-Glance2021)
- Organization for Economic Cooperation and Development [OECD]. (2021b). State of Health in the EU. Finland. Country Health Profile 2017. *European Journal of Public Health*, 28(suppl\_4). <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky212.594>

- Orvalho, A., Figueiredo, C., & Frias, A. (2024). Sinais, sintomas e diagnóstico de gravidez: Avaliação física e obstétrica. *Manual da Gravidez: Diagnóstico, Desenvolvimento e Cuidados Essenciais*, 8–23. <https://doi.org/10.37885/240316092>
- Outland, L., & Alvarado, Y. (2024). Preventing cesareans with peanut ball use: A clinical findings. In A. K. Dyab (Ed.), *Recent updates in disease and health research* (Vol. 6, pp. 47-58). *B P International*. <https://doi.org/10.5430/inep.v10n1p107>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., & McGuinness, L. A. (2021). The PRISMA 2020 statement: an Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews. *British Medical Journal*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., & McGuinness, L. A. (2021). The PRISMA 2020 statement: an Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews. *British Medical Journal*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Passos, M. A. C. dos, Manfrini, G. C., Backes, M. T. S., Brehmer, L. C. de F., & Gutmann, V. L. R. (2023). Intervenções do enfermeiro na indicação do planejamento familiar natural: Revisão de escopo. *Journal of Management & Primary Health Care*, 15, e001–e001. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v15.1290>
- Pereira, A. A., Rodrigues, I. L. A., Nogueira, L. M. V., Palmeira, I. P., Nunes, H. H. de M., Andrade, E. G. R. de, & Silva, F. O. da. (2023). Social representations of pregnant women about high-risk pregnancy: Repercussions for prenatal care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 57, e20220463. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0463en>
- Pimentel, N. de J. S., Silva, R. R. C. da, Oliveira, Y. H. A. de, & Silva, A. G. I. da. (2020). A satisfação dos trabalhadores de enfermagem como indicador de gestão. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 55, e3258. <https://doi.org/10.25248/reas.e3258.2020>
- Polainas, V. (2024). Saúde mental na gravidez: Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Tese de Mestrado, Universidade de Évora*. [https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/36314/1/Mestrado-Enfermagem de Saude Materna e Obstetrica-Vera Lucia Gordo Polainas.pdf](https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/36314/1/Mestrado-Enfermagem%20de%20Saude%20Materna%20e%20Obstetrica-Vera%20Lucia%20Gordo%20Polainas.pdf)
- PORDATA. (2023). Retrato da população estrangeira e dos fluxos migratórios em Portugal. Fundação Francisco Manuel dos Santos. [https://www.pordata.pt/sites/default/files/2024-07/f\\_2023\\_12\\_12\\_pr\\_dia\\_internacional\\_dos\\_migrantes\\_vf.pdf](https://www.pordata.pt/sites/default/files/2024-07/f_2023_12_12_pr_dia_internacional_dos_migrantes_vf.pdf)
- PORDATA. (2024). Indicadores Demográficos, *Algarve*. Recuperado de <https://www.pordata.pt>
- Presidência do Conselho de Ministros (2023). Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro. Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades Locais de saúde. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 215, 04-20. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/11/21500/0000400020.pdf>
- Ribeiro, C., Souza, G. O. de, Matos, J. P., Silva, L. A. da, Vasconcelos, C. R. de, Ferreira, W. F. da S., & Oliveira, E. M. de. (2019). Tetralogia de Fallot intitulada de

- síndrome do bebê azul: uma revisão de literatura. *Disciplinarum Scientia | Saúde*, 20(1), 37–52.  
<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2581>
- Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D. G., Sox, H., Werthmann, P. G., Moher, D., Rison, R. A., Shamseer, L., Koch, C. A., Sun, G. H., Hanaway, P., Sudak, N. L., Kaszkin-Bettag, M., & Carpenter, J. E. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89, 218–235. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>
- Roth, C., Dent, S. A., Parfitt, S. E., Hering, S. L., & Bay, R. C. (2016). Randomized Controlled Trial of Use of the Peanut Ball During Labor. *MCN, the American Journal of Maternal/Child Nursing*, 41(3), 140–146.  
<https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000232>
- Sahara, R., Dahlan, F. M., & Suralaga, C. (2022). The effect of the use of birth ball on intensity of labor pain in active phase in primigravida mothers in PMB Bekasi City in 2022. *Science Midwifery*, 10(3).  
<http://midwifery.iocspublisher.org/index.php/midwifery/article/view/615/558>
- Sampaio, F., Pereira, P., Castro, S., Morgado, T., & Lourenço, T. (2020). Guia orientador de boas práticas de promoção da literacia em saúde mental. *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. [https://i-d.esenf.pt/wp-content/uploads/2023/10/gobp\\_literaciasaudemental\\_v3ok.pdf](https://i-d.esenf.pt/wp-content/uploads/2023/10/gobp_literaciasaudemental_v3ok.pdf)
- Saúde- Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde [S-GSEPS]. (2023). Despacho n.º 13056/2023: Constitui a Comissão para a Promoção do Aleitamento Materno. *Diário da República, Série II, n.º 244*, 272-273.  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13056-2023-808130290>
- Segundo, W. G., Barros, R. M. O., Camelo, N. M. M., Martins, A. E. B. V., Ramos, H. D. N., & Almeida, C. V. B. (2018). A importância das unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) e de cuidados intermediários neonatal (UCIN) para recém-nascidos prematuros. *Revista de Ciências Da Saúde Nova Esperança*, 16(2), 85–90. <https://doi.org/10.17695/issn.2317-7160.v16n2a2018p85-90>
- Silva, A. K. P. da, Santos, P. V. M., Ferreira, R. N., Silva, R. R. T., & Rufino, V. S. P. (2021). Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto. *Research, Society and Development*, 10(15), e109101522572-e109101522572. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22572>
- Silva, L. M., Santana, T., Silva, L., Rocha, L., Canhoto, C., Dantas, K., Silva, A., Silva, E., Melo, M., Silva, R., Figueira, M., Siqueira, R., Martins, M., Silva, S., & Oliveira, C. (2019). Estágio curricular supervisionado: dificuldades e perspetivas vivenciadas por académicos de enfermagem | *Revista Eletrônica Acervo Saúde. Acervomais.com.br*. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/662>
- Sistema Nacional de Saúde [SNS]. (2024). Plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários do Sistema Nacional de Saúde. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/5/50001/5080851/Pages/default.aspx>
- Smith, M. C., & Parker, M. E. (2015). *Nursing theories and nursing practice* (4ª ed.). F. A. Davis Company.
- Sociedade Portuguesa da Contraceção [SPDC]. (2020). Consenso sobre Contraceção 2020. <https://www.spdc.pt/noticias/11-noticias/210-consenso-sobre-contracecao-2020>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG]. (2012). Revisão dos Consensos em Infecções Vulvovaginais. <https://spginecologia.pt/wp->

- [content/uploads/2021/07/spg-revisao-dos-consensos-em-infeccoes-vulvovaginais-2012.pdf](https://www.spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/07/spg-revisao-dos-consensos-em-infeccoes-vulvovaginais-2012.pdf)
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG]. (2021). Consenso Nacional sobre Menopausa. <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/10/Consenso-Nacional-Menopausa-2021.pdf>
- Sousa, A., Silva, M., & Barros, J. (2021). Fatores de risco para parto pré-termo. (Trabalho final do Mestrado Integrado em Medicina). Universidade de Coimbra <https://estudogeral.uc.pt/retrieve/223425/Trabalho%20final%20%20Ant%C3%B3nio%20Pedro%20Pinto%20Sousa.pdf>
- Sousa, M. R. S., Coêlho, L. P. I., Silva, K. G. S. da, Silva, E. B. da, Azevedo, S. M. D., Santos, T. C. O., Kretzer, O. C., Coimbra, L. M., Borba, F. de L., Leão, G. do C., Sousa, D. de D. C., França, R. O., Sousa, F. da S., Santos, M. E. L. de C., Coelho, L. B. de S., Souza Cruz, K., & Alves, L. (2023). Health of Humans Mar a Ago 2023 -v.5 -n.2 *Health of Humans*, 2, 22–28. <https://doi.org/10.6008/CBPC2674-6506.2023.002.0003>
- Stevenson, J., Williams, R., & Lewis, M. (2021). Continuing education and its impact on healthcare quality. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 52(3), 141-149.
- Sultan, A. H. (2016). Editorial: Obstetrical perineal injury and anal incontinence [Other]. *Journal of Clinical Nursing*, 5(6), 123-127. <https://doi.org/10.1177/135626229900500601>
- Taborda Amaro, C. I., Dias, H., De Oliveira Santos, M. J., Batista Nelas, P. A. de A., & De Carvalho Coutinho, E. (2021). Benefícios da verticalização do parto. Revista INFAD de Psicologia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v1.2130>
- Tamminen, A. (2023). Safety of mastectomy in breast cancer. *University of Turku*. <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/174316/Annales%20D%201690%20Tamminen%20DISS.pdf?sequence=1>
- Tavares, N. V. da S., Dantas, N. P. M., Cardoso, A. C. G., Sanches, M. E. T. de L., Araújo, S. T. de, Moura, R. dos S., Mendonça, T. R. M. de, & Souza, M. L. de C. (2022). Fatores que influenciam a ocorrência de laceração perineal no parto. *Research, Society and Development*, 11(4), e33111425245–e33111425245. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.25245>
- Tavares, S. C., & Teixeira, C. M. P. P. (2023). Atuação da fisioterapia durante o trabalho de parto humanizado. *Revista Faculdades Do Saber*, 8(16), 1666–1676. <https://rfs.emnuvens.com.br/rfs/article/view/205>
- Tereso, A., Lopes, F., Guterres, R., Bértolo, H., Carvalhal, L., & Curado, A. (2023). *Efetividade do duche terapêutico no alívio da dor no primeiro estágio do trabalho de parto*. *Pensar Enfermagem*, 27(1), 146-154. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.280>
- Thies-Lagergren, L., Ólafsdóttir, Ó. Á., & Sjöblom, I. (2020). Being in charge in an encounter with extremes: A survey study on how women experience and work with labour pain in a Nordic home birth setting. *Women and Birth*, 33(4), 345-352. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.015>
- Todd, N., & Black, A. (2020). Contraception for Adolescents. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 12(1), 28–40. <https://doi.org/10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.s0003>
- Tussey, C. M., Botsios, E., Gerkin, R. D., Kelly, L. A., Gamez, J., & Mensik, J. (2015). Reducing Length of Labor and Cesarean Surgery Rate Using a Peanut Ball for Women Laboring With an Epidural. *The Journal of Perinatal Education*, 24(1), 16–24. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.1.16>

- United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF]. (2018) Entidades Amigas dos Bebés. <https://www.unicef.pt/media/2323/lista-entidades-amigas-dos-bebes-2019-01-23.pdf>
- Universidade de Évora – Reitoria [UÉR]. (2019). *Despacho n.º 3144/2019, de 21 de março: Regulamento Académico da Universidade de Évora*. Diário da República, Série II, 57, 8693-8719. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/3144-2019-121002740>
- Universidade de Évora [UÉ]. (2019). *Aviso n.º 15812/2019: Alteração do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora*. Diário da República, Série II, n.º 192, 139-140. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/aviso/15812-2019-125074206>
- Viana, M., Fettermann, F., & Cesar, M. (2020). Estratégias de enfermagem na prevenção da depressão pós-parto. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 12, 953-957. <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.6981>
- Vicente, L., Mourão, C., Alcaria, N., & Candeias, C. (2021). Análise comparativa das orientações da American Heart Association de 2020 e do European Resuscitation Council de 2021 para ressuscitação cardiopulmonar no adulto. *Life Saving Scientific: Previously Separata Scientific*, 1(1), 8–13. <https://sapiencia.ualg.pt/handle/10400.1/16878>
- Vittner, D., Butler, S., Lawhon, gretchen, & Buehler, D. (2024). The newborn individualised developmental care and assessment program: A model of care for infants and families in hospital settings. *Acta Pædiatrica Pediatric*. <https://doi.org/10.1111/apa.17300>
- Walker, S. H., Hooks, C., & Blake, D. (2021). The views of postnatal women and midwives on midwives providing contraceptive advice and methods: A mixed method concurrent study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03895-2>
- Wamarisi, Amru, D. E., & Hayat, N. (2024). The effect of the birth ball method on reducing the intensity of labor pain in the work area of the Community Health Center Integrated Care Unit Sei Langkai Batam City. *Medica (International Medical Scientific Journal)*, 6(1), 38–45. <https://journal.ahmareduc.or.id/index.php/medica>
- Watson, J. (2016). *Theory of Human Caring*. Watson Caring Science Institute. Acedido a 26-03-2017. Disponível em: <https://www.watsoncaringscience.org/>
- Weiner, G. M., & Zaichkin, J. (2022). Updates for the Neonatal Resuscitation Program and Resuscitation Guidelines. *NeoReviews*, 23(4), e238–e249. <https://doi.org/10.1542/neo.23-4-e238>
- Wondimagegne, Y. A., Debelew, G. T., & Koricha, Z. B. (2023). Barriers to contraceptive use among secondary school adolescents in Gedeo zone, South Ethiopia: a formative qualitative study. *BMJ Open*, 13(3), e060582. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060582>
- World Health Organization [WHO]. (2009). *Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care*. World Health Organization. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK153471/>
- World Health Organization [WHO]. (2015). WHO checklist targets major causes of maternal and newborn deaths in health facilities. <https://www.who.int/news/item/04-12-2015-who-checklist-targets-major-causes-of-maternal-and-newborn-deaths-in-health-facilities>

- World Health Organization [WHO]. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- World Health Organization [WHO]. (2017a). Estratégia global para o sector da saúde relativa a infeções sexualmente transmissíveis 2016-2021: Quadro de execução para a Região africana: Relatório do Secretariado. <https://iris.who.int/handle/10665/334310>
- World Health Organization [WHO]. (2017b). Guideline protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization [WHO]. (2018a). WHO recommendations: Intrapartum care for positive childbirth experience. 2018. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- World Health Organization [WHO]. (2018b). WHO Recommendations Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization [WHO]. (2021). Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- World Health Organization [WHO]. (2022a). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
- World Health Organization [WHO]. (2022b). World report on the health of refugees and migrants. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360405/9789240054486-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization [WHO]. (2023). Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>
- Wuneh, A. D., Bezabih, A. M., Okwaraji, Y. B., Persson, L. Å., & Medhanyie, A. A. (2022). Wealth and Education Inequities in Maternal and Child Health Services Utilization in Rural Ethiopia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5421. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095421>
- Zgliczynska, M., Zasztowt-Sternicka, M., Kosinska-Kaczynska, K., Szymusik, I., Pazdzior, D., Durmaj, A., Szlachta, M., Bartnik, P., & Wielgos, M. (2020). Impact of childbirth on women's sexuality in the first year after the delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 47(3), 882–892. <https://doi.org/10.1111/jog.14583>

## **ANEXOS**

## Anexo A - Informações úteis do curso

INFORMAÇÕES ÚTEIS

NASCER E CRESCER COM+ SAÚDE

ARS  
Ministério da Saúde

SNS  
Sistema Nacional de Saúde

MISSÃO CONTINENTE

REPÚBLICA PORTUGUESA

www.arsalgarve.min-saude.pt

### O CURSO

O nascimento de um filho, envolve mudanças fisiológicas, psíquicas e sociais. Este acontecimento exige uma adaptação de toda a família, que se inicia no ventre materno e continua fora dele, implicando alterações não só na mulher grávida, como também no casal e restante família.

O curso de preparação proporciona a aquisição e validação de conhecimentos do casal acerca das alterações e desenvolve competências na área do cuidar, promovidas pelos diferentes técnicos de saúde envolvidos.

### Objetivo

- .Proporcionar ao casal conhecimentos/competências, necessárias nas diferentes fases do processo da parentalidade;
- .Facilitar a vivência da gravidez como uma experiência gratificante para o casal;
- .Promover a tranquilidade e responsabilização do casal;
- .Contribuir para o aumento da satisfação dos cuidados de saúde.

### Regras de Funcionamento

#### Critérios de Prioridade na admissão:

- 1º Inscrição no curso entre as 16 e 28 semanas de gestação.
- 2º Grávida Adolescente (<18anos)
- 3º Nulipara (1º filho)
- 4º Inscrita numa Unidade de Saúde do Concelho
- 5º Múltipara (mais do que um filho) sem frequência anterior de PPN
- 6º Admissão condicionada a capacidade de dotação dos recursos e da sala.

**Nota:** 2 faltas injustificadas são motivo de exclusão.

#### As sessões do curso:

- .Horário e dias variáveis em cada centro de saúde;
- .Duração de 90 -120 min.;
- .Presença do acompanhante sempre que possível;
- .Sessões práticas, utilizar roupa confortável;
- .Declarações de presença serão emitidas sempre que solicitadas ao abrigo do artigo 46-Lei nº7/2009 de 12 de Fevereiro.

## Anexo B - Tabela de Goodwin Modificada

HISTÓRIA REPRODUTIVA			
Idade	≤17>40	= 3	
	18 - 29	= 0	
	30 - 39	= 1	
Paridade	0	= 1	
	1 - 4	= 0	
	≥ 5	= 3	
HISTÓRIA OBSTÉTRICA ANTERIOR			
Aborto habitual ≥ (3 consecutivos)	= 1		
Infertilidade	= 1		
Hemorragia pós-parto/dequitação manual	= 1		
RN ≥ 4000 g	= 1		
Pré-eclampsia/eclampsia	= 1		
Cesariana anterior	= 2		
Feto morto / morte neonatal	= 3		
Trabalho de parto prolongado ou difícil	= 1		
PATOLOGIA ASSOCIADA			
Cirurgia ginecológica anterior	= 1		
Doença renal crónica	= 2		
Diabetes gestacional	= 1		
Diabetes Mellitus	= 3		
Doença cardíaca	= 3		
Outras (bronquite crónica, lúpus, etc.)			
Índice de acordo com a gravidade	= (1 a 3)		
Gravidez atual		1ª visita	36ª semana
Hemorragias ≤ 20 semanas	= 1		
Hemorragias > 20 semanas	= 3		
Anemia (≤ 10 g)	= 1		
Gravidez prolongada ≥ 42 semanas	= 1		
Hipertensão	= 2		
Rotura prematura da membranas	= 2		
Hidramnios	= 2		
ACIU (atraso de crescimento intrauterino)	= 3		
Apresentação pélvica	= 3		
Isoimunização Rh	= 3		

Fonte: DGS (2016)

**Anexo C - Temas das Sessões de Educação para o Nascimento e Parentalidade**



Curso 09/2023

Aula	Data /Hora	Horário -Tema
1	13/11/2023 9.30h/12.30h	<b>Saúde e perspetiva psico-neuro-endocrino-imunológica .</b> <b>Papel acompanhante. Técnicas de relaxamento</b> Enf.ª EESMO <input type="text"/>
2	15/11/2023 9h30/11h	<b>Desenvolvimento psico-afetivo do bebé com os pais</b> Psicóloga <input type="text"/>
3	17/11/2023 10h/11h30	<b>Alimentação saudável na gravidez</b> Nutricionista - Dra. <input type="text"/>
4	22/11/2023 9.30h/12.30h	<b>Trabalho de parto e parto/indução/tipos de parto</b> <b>Plano de parto/Recomendações OMS</b> Enf.ª EESMO <input type="text"/>
5	27/11/2023 10h/11h30	<b>Pilates Clínico na Gravidez—Posturas e Movimento</b> Fisioterapeuta <input type="text"/>
6	29/11/2023 9.30h/12.30h	<b>Dor em obstetria</b> Enf.ª EESMO <input type="text"/>
7	04/12/2023 9.30h/12.30h	<b>Criopreservação /mala maternidade/Nascimento do bebé</b> Enf.ª EESMO <input type="text"/>
8	06/12/2023 online	<b>Saúde oral da Grávida e do bebé</b> Higienista oral — <input type="text"/>
9	13/12/2023 9.30h/12.30h	<b>Aleitamento materno</b> Enf.ª EESMO <input type="text"/>
10	15/12/2023 10/11h30	<b>Protecção Social na Parentaliade</b> Assistente Social Dra. <input type="text"/>
11	18/12/2023 9.30h/12.30h	<b>Cuidados ao Recém Nascido</b> Enf.ª EESMO <input type="text"/>
12	20/12/2023 19/12 9.30h/12.30h	<b>Pós- parto</b> Enf.ª EESMO <input type="text"/>

**Anexo D - Escala da Dor**

<b>Sem Dor</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Dor Máxima</b>
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-------------------

Fonte: DGS (2003)

### Anexo E - Certificado de Formação: Comunicação



## DECLARAÇÃO

FORMANDO

Para os devidos efeitos, declara-se que **Fátima Cristiana da Costa Teixeira** frequentou a seguinte atividade de Formação em Serviço:

**“A comunicação – base da relação terapêutica.”**

Data – 08/11/2023, num total de 1h.

30 de Novembro de 2023.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**Anexo F** - Certificado: “Gerir a dor no trabalho de parto para uma experiência positiva”



**Anexo G** - Certificado de Participação: “Webinar Bola de Amendoim”



**CERTIFICADO**

Certifica-se que Fátima Cristiana da Costa Teixeira participou no webinar subordinado ao tema *Bola de Amendoim-a importância do conforto no TP para o sucesso da amamentação*, no dia 1 de março de 2024, com a duração de 1 hora (através da Plataforma Teams®).

P'la Comissão Organizadora

*LOA*

## Anexo H - Certificado: “Promoção de Experiências Positivas na Gravidez



## Anexo I - Convite Dia do EEESMO

13/06/24, 11:38

Correio – Fatima Cristiana Costa Teixeira – Outlook

### FW: Convite

Dia da Parteira 2024 <diaparteira2024@ulsalg.min-saude.pt>  
seg, 01/04/2024 11:40

2 anexos (656 KB)

Dia EEESMO\_Programa\_A5\_versãoWEB.pdf; Template - Dia EEESMO.pptx;

Exma. Estudante EEESMO  
Enfermeira Cristiana Teixeira,

Esperemos que se encontre bem.

Em nome da Comissão Organizadora do Dia do EEESMO, temos o prazer de convidá-la para integrar o **Mesa – Vivências mais Sustentáveis numa Sala de Partos** (das 11:15 às 12:45 horas) na qualidade de **oradora** com o tema *Benefícios da Bola de Amendoim*, conforme programa em anexo.

A Mesa enquadra-se no tema destacado da iniciativa divulgada pela *International Confederation of Midwives* que veio dar o mote do programa do Seminário “NAS NOSSAS MÃOS: CONTRIBUTOS PARA AMBIENTES SUSTENTÁVEIS” que decorrerá no Auditório do **Hospital de Portimão, no dia 09 de maio de 2024**.

Na comemoração do dia do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de 2024, ano em que foi criada a Unidade Local de Saúde do Algarve, pretendemos destacar a relevância de uma práxis integrativa de cuidados de saúde materna e obstétrica comunitários e hospitalares focalizados em estratégias de sustentabilidade ambiental e económica.

Almejamos que este encontro permita um convívio agradável além das partilhas profissionais e transferências de conhecimento. Desde já agradecemos a sua participação que irá conferir um contributo indubitável ao nosso encontro.

Solicitamos a sua prévia inscrição, a submissão da sua nota biográfica e o resumo da apresentação através do diretório <https://heylink.me/Parteira-EESMO>.

Em anexo Programa do Seminário e o *Template* para a apresentação da comunicação.

Com os melhores cumprimentos,

Pela comissão Organizadora

**Françoise Lopes**

RN, EEESMO, M.Sc, Ph.D Enfermagem

Enfermeira Gestora

Departamento do Ensino, Inovação e Investigação



<https://outlook.office.com/mail/inbox/id/AAQkADU2MDdmM2JlLWFjM2MtNDE1NS1hMzcyLTgxOWMxN2EwMDg1YgAQAAMPpGbqNZNxHugcwU6GjN...> 1/2

## Anexo J - Certificado de Participação: Formanda

Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E.  
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação  
Pessoa Coletiva nº 523 716 897

Entidade acreditada pela ACSS  
Processo de Renovação 21/12/2008 e  
Despacho Ministerial de 13/12/2009



### Declaração

Declara-se que **Fátima Cristiana da Costa Teixeira**, participou no seminário "Dia do EEESMO. Nas nossas mãos: Contributos para ambientes sustentáveis.", promovido pela Unidade Local de Saúde do Algarve, realizado a 9 de maio de 2024 na ULS Algarve - Unidade Hospitalar de Portimão.

Portimão, 14 de maio de 2024

Rita Munhoz  
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Sede  
Rua João Peres, 800-386, Faro  
8400 Faro  
centroformacao@ulsa.algarve-min.saude.pt  
DEI Portimão  
cfc.por@ulsa.algarve-min.saude.pt  
ONALD\_CFC\_IS\_CERT\_2024



## Anexo K - Certificado de Participação: Orador

Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E.  
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação  
Pessoa Colectiva nº 500 745 907

Entidade acreditada pela ACSS  
Processo de Renovação 21/13/2008 e  
Despacho Ministerial de 15/12/2009



### Declaração

Declara-se que **Fátima Cristiana da Costa Teixeira**, participou como orador no seminário "Dia do EEESMO. Nas nossas mãos: Contributos para ambientes sustentáveis.", promovido pela Unidade Local de Saúde do Algarve, realizado a 9 de maio de 2024 na ULS Algarve - Unidade Hospitalar de Portimão.

Portimão, 14 de maio de 2024

Rita Munhoz  
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Sede:  
Rua Lúcio Peredo, 6600-386, Faro  
DSEI Faro:  
centroformacao@ulsalgarve.min.saude.pt  
DSEI Portimão:  
dseifp@ulsalgarve.min.saude.pt  
DNUAS\_OPIC\_BA\_CERT\_2017

Entidade Acreditadora



## ANEXO L- Certificado de Participação nas Jornadas Neonatais da Primavera

Unidade Local de Saúde do Algarve, I.P.L.  
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação  
Pessoa Colectiva nº 500 785 997

Entidade acreditada pela ACS  
Processo de Recogação 23/73/2008 e  
Despacho Ministerial de 13/12/2009



### Declaração

Declara-se que **Fátima Cristiana da Costa Teixeira** participou no evento Jornadas Neonatais da Primavera, promovido pela Unidade Local de Saúde do Algarve, realizado a 17 de maio de 2024 na Escola Secundária João de Deus, em Faro.

Faro, 6 de junho de 2024

Rita Munhoz  
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Sede  
Rua Lúcia Peres, 8808-596, Faro  
Sócio: Faro  
email: ensino@ulsa.algarve.min-saude.pt  
DEI - Faro  
efa\_pira@ulsa.algarve.min-saude.pt  
CROBILG, CRL, IS, C2RT, 2817

Entidade Reembolsada



## **APÊNDICES**

## Apêndice A - Projeto de Estágio

 Serviço Académico	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado	<b>MODELO</b> <b>T-005</b>
	<b>PROPOSTA DE PROJETO DE</b> <b>TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO</b>	
		Ano Letivo: _____ / _____
<b>1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA</b> (A ser emitido apenas em GesDOC)		<b>2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO</b> (A ser emitido apenas em GesDOC)
<b>3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE</b>		
Nome Completo: <u>Fátima Cristiana da Costa Teixeira</u>		
Número: <u>m53637</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado		
Curso: <u>Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u>		
Especialidade/Plano Alternativo: <u>Saúde Materna e Obstétrica</u>		
<b>4. CONTACTOS DO ESTUDANTE</b>		
Telef.: <u>918455385</u> E-mail: <u>m53637@alunos.ucpvc.pt</u>		
<b>5. PROPOSTA</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso		
<input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto		
Neste caso, assinalar no quadro deste formulário em que pretende alterações (Se deve preencher os respetivos quadros)		
<input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.		
<b>6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO</b> (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)		
<b>7. TIPO DE TRABALHO</b> (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)		
Escolha no caso de realização de documentação:		
<input type="checkbox"/> Tese    Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados		
<input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto		
Para trabalhos de natureza científica:		
<input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto		
<b>8. LÍNGUA DE REDAÇÃO</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês		
<input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês		
<input type="checkbox"/> Outra: _____		
<b>9. TÍTULO DO TRABALHO</b>		
Título (na língua de redação):		
A utilização das bolas de nascimento durante o trabalho de parto.		
Título em Inglês: The use of birthing balls during labour.		

<b>10. ORIENTAÇÃO</b> (Anexar declaração(ões) de aceitação)	
Nome: <u>Maria Otília Brites Zangalo</u>	
Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u>	
N.º Identificação Civil: <u>99724992</u> <u>7X72</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro	
Telef.: <u>963549333</u> E-mail: <u>otiliaz@ucpvc.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0001-2999-8768</u>	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____    Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro	
Telef.: _____    E-mail: _____    ID ORCID: _____	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____    Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro	
Telef.: _____    E-mail: _____    ID ORCID: _____	
<b>11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO</b>	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Ciências da Saúde</u> <input checked="" type="checkbox"/>	
Contacto e lista de áreas FOS em: <a href="http://www.alguc.mec.pt/pt/pt28">http://www.alguc.mec.pt/pt/pt28</a>	
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ";"): <u>3.º ciclo 13</u>	
<b>12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA</b>	
O uso das bolas de nascimento durante o trabalho de parto	
<b>13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA</b> (Se necessário submeter como anexo a este impresso)	
Em documento anexo ao impresso.	
Descritores (validados pelo DeCS):	
- Natural childbirth, parturition, obstetric labor, labor pain, pain management (Inglês)	
- Parto normal, parto, trabalho de parto, dor do parto, manejo da dor (Português)	
- Parto normal, parto, trabajo de parto, dolor de parto, manejo del dolor (Espanhol)	
Palavras-chave:	
- Bola de Nascimento; Trabalho de Parto; Parto; Enfermeiras Obstétricas; Enfermagem Baseada em Evidências	
<b>14. DOCUMENTOS ANEXOS</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Plano de Trabalho	
<input checked="" type="checkbox"/> Cronograma	
<input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(ões)	
<input type="checkbox"/> Declaração de Unidade IBD de acolhimento (para alunos de licenciatura) - Anexo ao formulário de inscrição	
<input type="checkbox"/> Declaração de Unidade IBD de acolhimento (para alunos de mestrado) - Anexo ao formulário de inscrição	
<input type="checkbox"/> Declaração de Unidade IBD de acolhimento (para alunos de doutoramento) - Anexo ao formulário de inscrição	
<input type="checkbox"/> Outros: _____	
<b>15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE</b>	
Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAAE) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 9 deste impresso) do qual, após aprovação pelo Conselho Científico, está editado o respetivo registo nos Serviços Académicos da Universidade de Évora.	
Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos de referência regulamentar, a entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da TDE/TP.	

## Apêndice B - Artigo: Revisão da literatura

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0216e.35710>

CIÊNCIAS DA VIDA E DA SAÚDE  
LIFE AND HEALTH SCIENCES  
CIENCIAS DE LA VIDA Y LA SALUD

millenium

Millenium, 2(Edição Especial Nº16)

en

A UTILIZAÇÃO DE BOLAS DE PARTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA  
THE USE OF BIRTHING BALLS DURING LABOUR: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW  
EL USO DE PELOTAS DE PARTO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Cristiana Teixeira<sup>1,2</sup>  <https://orcid.org/0009-0003-9478-5442>  
Maria Otilia Zangão<sup>1,3</sup>  <https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>

<sup>1</sup> Universidade de Évora, Évora, Portugal

<sup>2</sup> Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro, Portugal

<sup>3</sup> Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Évora, Portugal

Cristiana Teixeira – cristiana\_12\_@hotmail.com | Maria Otilia Zangão – otillaz@uevora.pt



Corresponding Author:  
Maria Otilia Zangão  
Largo do Sr. da Pobreza 2B  
7000-811 –Évora - Portugal  
otillaz@uevora.pt

RECEIVED: 10<sup>th</sup> May, 2024  
REVIEWED: 25<sup>th</sup> October, 2024  
ACCEPTED: 18<sup>th</sup> December, 2024  
PUBLISHED: 14<sup>th</sup> January, 2025

### Apêndice C - Consentimento informado Sra. XX

**uo évora**  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
DE S. JOÃO DE DEUS

**Convite à Participação com Consentimento**

Exma. Senhora:

Convido-a a participar num estudo de caso clínico realizado no âmbito do Estágio de Natureza Profissional do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, que tem como objetivo estudar a situação clínica. O estudo em causa decorre sob orientação da Sr<sup>a</sup> En [redacted] Sra. Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Otília Brites Zangão, docente da Universidade de Évora.

Assim, através deste documento, convido-a a participar, dado que os resultados obtidos e com possível divulgação científica, poderão trazer informações valiosas, para melhorar o conhecimento na área da saúde materna. Não há riscos na sua participação, ao responder a este questionário. Esclareço que não existe compensação financeira, sendo a sua participação é de carácter voluntário. Caso não deseje participar, não será tratado de maneira diferente, nem terá qualquer penalização ou prejuízo. Esclareço que é livre de desistir a qualquer momento, sem que isso o(a) prejudique.

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

As informações que nos oferece são tratadas de forma sigilosa, protegendo a identidade da pessoa que participa. Em nenhum momento será referido o seu nome ou qualquer dado que a possa identificar.

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecida. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Informo ainda que estarei disponível para qualquer esclarecimento necessário, durante todo o período de realização do estudo, através do seguinte contacto: Aluna Cristiana Teixeira – m53637@alunos.uevora.pt

Este consentimento é assinado por mim em duplicado, ficando em minha posse um exemplar.

Declaração Expressa de Consentimento:

*"Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo aluno/profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta."*

Faro, [redacted] de 2023

A Estudante Participante

  
Fátima Cristiana da Costa Teixeira  
Aluna do Curso

[redacted]

## Apêndice D - E-mail do Patrocínio

14/08/24, 01:10

Mail - Fatima Cristiana da Costa Teixeira - Outlook

RE: Pedido de apoio a projeto

paulo@uab.com.pt <paulo@uab.com.pt>

Thu 3/7/2024 17:49

To: [redacted]

Olá Muito Boa Tarde,

Acuso receção do seu email, cujo conteúdo mereceu a minha especial atenção.

Já informei que irei ajudar e contribuir, na segunda-feira estou e Portimão e irei agilizar o pagamento.

Aproveito para a felicitar pelo seu projeto e informar que é com muito gosto e orgulho que irei contribuir.

Melhores Cumprimentos,

Atentamente,

Paulo Ferreira

[paulo@uab.com.pt](mailto:paulo@uab.com.pt)



De: Fatima Cristiana da Costa Teixeira [redacted]

Enviada: 4 de março de 2024 17:03

Para: paulo@uab.com.pt

Assunto: Pedido de apoio a projeto

Boa tarde sr. Paulo,

Antes de mais agradeço pela atenção.

Sou aluna do mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetria da Universidade de Évora, e estou a iniciar um projeto que envolve os benefícios da utilização da bola de amendoim e da almofada balance durante o trabalho de parto, no serviço [redacted]

A Bola amendoim e a almofada balance, tem sido reconhecida como uma ferramenta valiosa no auxílio ao trabalho de parto e ao alívio da dor para as parturientes. Sendo que os seus benefícios têm sido amplamente documentados proporcionando maior conforto e uma postura favorável durante o processo de parto, além de incentivar o movimento e facilitar a progressão do trabalho de parto.

Contudo, [redacted] tem sido muito difícil arranjar os devidos materiais e apoios, sendo uma luta diária durante o último ano. Na sequência da conversa telefónica [redacted] e agradeço mais uma vez, os materiais que necessito para o projeto.

As quatro bolas de amendoim (40cm/55cm) e duas almofadas balance, necessárias para satisfazer as necessidades do serviço assim como para o meu projeto, sendo este um Hospital com um fluxo grande de trabalho, aproximadamente 2700 partos anuais.

Envio em anexo o link do material, assim como o screenshot na eventualidade de não conseguir abrir o link.

<https://nevelisio.com/pt/caminho?action=show>

<https://outlook.live.com/mail/05/d/AQMkADAwATY0MDABLtkzMwA4LTBkNWl0MDACLTAwCgBGAAD320p7EXx00WgPZqjW5NmVAcAFkiiRszlZky...> 1/2

## Apêndice E - Email de colaboração

14/08/24, 01:15

Alunos da Universidade de Évora Correio - Bola amendoim



Cristiana Teixeira <[redacted]unos.uevora.pt>

### Bola amendoim

4 mensagens

Cristiana Teixeira [redacted]

13 de julho de 2023 às 16:26

Para: cpn@hff.min-saude.pt

Excelentíssimo(a),

Sou aluna do mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetria da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus- Universidade de Évora, e estou a iniciar um projeto que envolve os benefícios da utilização da bola amendoim durante o trabalho de parto no serviço [redacted]

A Bola Amendoim tem sido reconhecida como uma ferramenta valiosa no auxílio ao trabalho de parto e ao alívio da dor para as parturientes. Seus benefícios têm sido amplamente documentados, proporcionando maior conforto e uma postura favorável durante o processo de parto, além de incentivar o movimento e facilitar a progressão do trabalho de parto.

Considerando a importância desta nova abordagem no cuidado obstétrico, sinto que é fundamental que nossa equipa de enfermagem esteja adequadamente informada e treinada para utilizar a Bola Amendoim de forma eficaz.

Após ter visto o excelente trabalho que se encontram a fazer no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, gostaria de questionar se existe alguma possibilidade de juntamente com alguns colegas assistir a alguma das formações e se poderiam partilhar connosco alguma da experiência que têm em relação ao tema em questão.

Compreendo que o tempo de todos é valioso, mas ficaremos eternamente gratos. Agradeço antecipadamente por sua atenção e consideração a este pedido.

Aguardarei ansiosamente por sua resposta.

Atenciosamente,

Cristiana Teixeira

Curso Preparação Nascimento <cpn@hff.min-saude.pt>

20 de julho de 2023 às 16:57

Para: Cristiana Teixeira [redacted]

Olá Cristina

Antes de mais, obrigada pelo seu interesse em colaborar connosco e partilhar os seus conhecimentos. Será um prazer. Neste momento estamos a abrir um curso a cada 2 meses. Seria possível combinarmos para o curso que abrirá em Outubro-novembro? Vou-lhe enviar o meu contacto para falarmos melhor se preferir. [redacted]

Até breve

[redacted]

De: Cristiana Teixeira [redacted]

Enviado: 13 de julho de 2023 15:26

Para: Curso Preparação Nascimento <cpn@hff.min-saude.pt>

Assunto: Bola amendoim

[Citação ocultada]

Cristiana Teixeira [redacted]

24 de julho de 2023 às 17:17

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=b163407fb2&view=pt&search=all&permthid=thread-azr56363495713733008441&siml=msg-azr5631438259787988761&...> 1/2

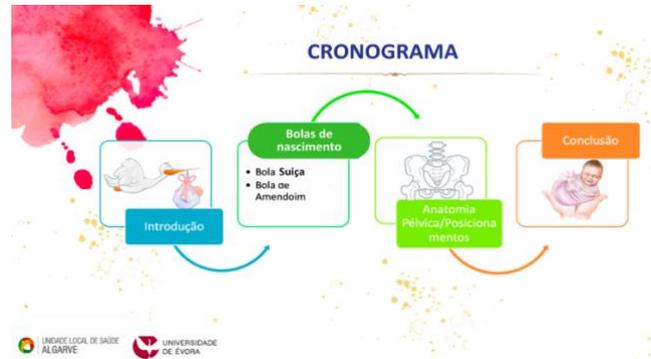
## Apêndice F - Apresentação da Temática: Bolas de Nascimento

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

# AS BOLAS DE NASCIMENTO

20-06-2024  
AEEESMO Cristiana Teixeira  
EEESMO Lurdes Tiago  
Professora orientadora Otilia Zangão

1/31



2/31

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahmadpour, P., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Doosti, R., & Mirghafourvand, M. (2021). Use of the peanut ball during labour: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Open*, 8(5).

Ahmed, A., Mohamed, A., & Fathalla, N. (2022). Effect of Peanut Birth Ball on The Progress of Labor and Birth Outcome among Primigravidae. *Alexandria Scientific Nursing Journal*, 24(4), 91–101. <https://doi.org/10.21608/asalexu.2022.280357>

Calais-Germain, B., & Parés, N. V. (2009). *Parir EnMovimiento*. Liebre de Marzo.

Cárdoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., Grilo, A., Cerejeira, I., & Portugal, J. (2023a). GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS: PREPARAÇÃO PARA O PARTO.

Delgado, A., Maia, T., Melo, R. S., & Lemos, A. (2019). Birth ball use for women in labor: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 35, 92–101.

Fernández-Arranz, J., Pedraz-Marcos, A., Palmer-Santos, A. M., & Moro-Tejedor, M. N. (2019). Birthing ball versus pethidine and haloperidol in satisfaction with childbirth. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 29(4), 234–238.

Grant, C. (2022). *The Peanut Ball: Basic and Advanced Techniques for Use During Labor and Delivery* (S. Troy, Ed.). Premier Birth Tools.

29/31

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Grenvik, J. M., Rosenthal, E., Saccone, G., Della Corte, L., Quist-Nelson, J., Gerkin, R. D., Gimovsky, A. C., Kwan, M., Mercier, R., & Berghella, V. (2019). Peanut ball for decreasing length of labor: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 242, 159–165. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.09.018>

Hickey, L., & Savage, J. (2019). Effect of Peanut Ball and Position Changes in Women Laboring With an Epidural. *Nursing for Women's Health*, 23(3), 245–252. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2019.04.004>

Maio, T. (2017). A verticalidade no trabalho de parto e o controlo da dor. Relatório de Estágio- Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. <https://comem.ccaao.pt/bitstream/10400.26/18969/1/Relat%C3%B3rio%20de%20est%C3%A1gio%20-%20Teim%20Maio.pdf>

Outland, L., & Alvarado, Y. (2019). Preventing cesareans with peanut ball use. *J. Nurs. Educ. Pract.*, 10(1), 107–112.

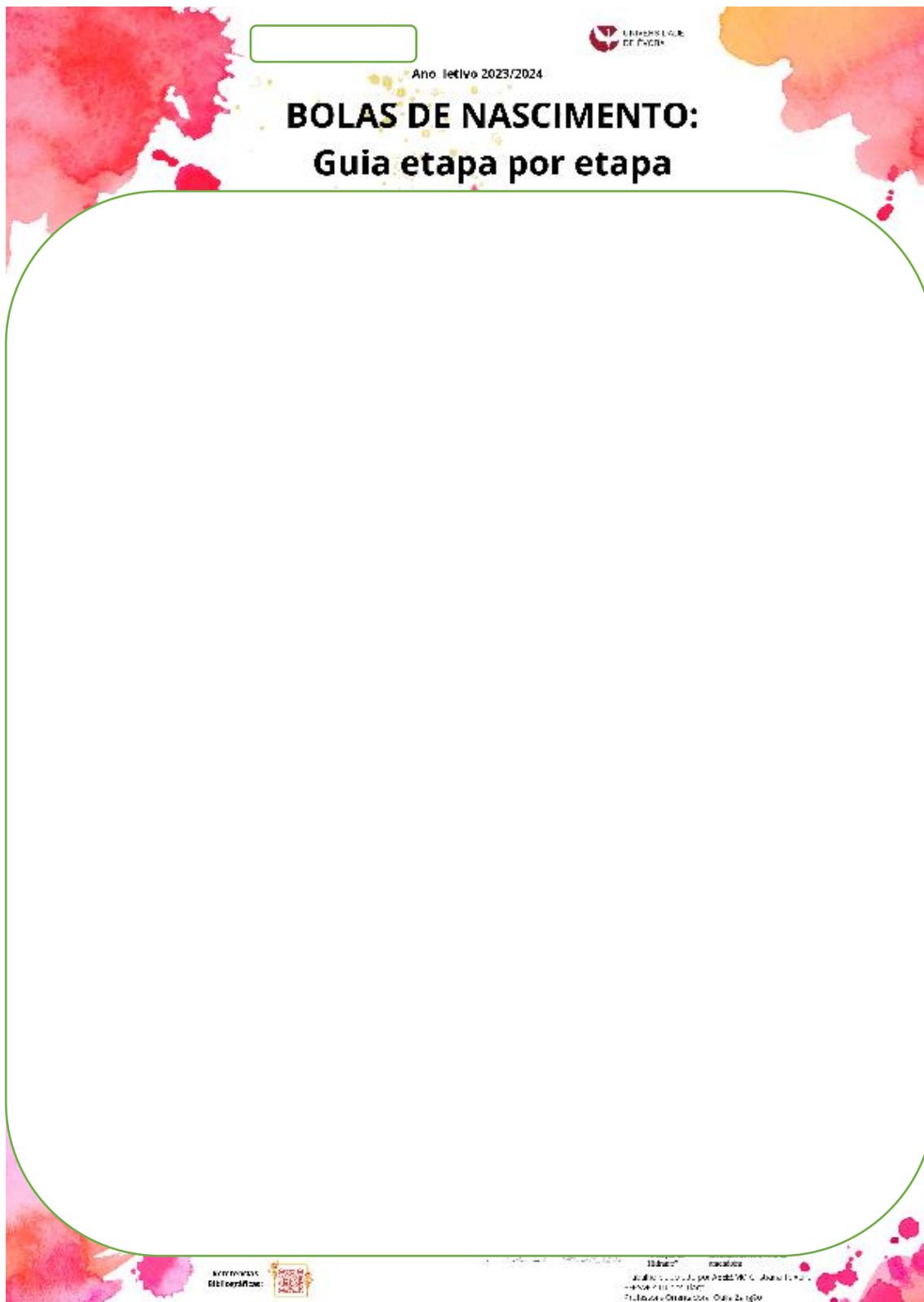
Roth, C., Dent, S. A., Parfitt, S. E., Hering, S. L., & Bay, R. C. (2016). Randomized Controlled Trial of Use of the Peanut Ball During Labor. *MJN, the American Journal of Maternal/Child Nursing*, 41(3), 140–146. <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000232>

Stulz, V., Dashputre, A., & Reilly, H. (2023). Midwives' experiences using a peanut ball for women during labour: A qualitative study. *Midwifery*, 125, 103797. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103797>

Tussey, C. M., Botlos, E., Gerkin, R. D., Kelly, L. A., Gamez, J., & Mensik, J. (2015). Reducing Length of Labor and Cesarean Surgery Rate Using a Peanut Ball for Women Laboring With an Epidural. *The Journal of Perinatal Education*, 24(1), 16–24. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.1.16>

30/31

**Apêndice G - Póster - Bolas de Nascimento: Guia etapa por etapa**



## Apêndice H - Apresentação: Seminário Dia do EEESMO



1/22



2/22



21/22



22/22

## Apêndice I - Reflexão: Prática do EEESMO no Parto Assistido

### ESCRITA REFLEXIVA SEGUNDO O MODELO REFLEXIVO DE GIBBS

O modelo reflexivo de Gibbs é um modelo estruturado para a reflexão sobre a prática profissional, frequentemente utilizado por profissionais de saúde, educadores e outros profissionais em diversas áreas. Este modelo foi desenvolvido por Graham Gibbs e é utilizado para analisar e aprender com as experiências vivenciadas, particularmente aquelas relacionadas ao ambiente de trabalho ou à prestação de cuidados. O modelo compreende seis etapas, nomeadamente: a descrição, o pensamento e sentimentos, a avaliação, a análise, a conclusão e o planeamento da ação (Gibbs, 2013).

#### DESCRIÇÃO

Na primeira semana de estágio do segundo ano de Mestrado de Enfermagem da Saúde Materna e Obstétrica, a decorrer no contexto clínico do Bloco de Partos do Hospital X, e sob a supervisão clínica, prestava cuidados a uma grávida em trabalho de parto em fase ativa. A parturiente apresentava uma idade gestacional de 39s+4 dias e um índice obstétrico 0/0/1/0, (traduzindo-se numa gesta 1, para 0, com um aborto anterior).

Aquando da chegada à sala de partos por volta das 15h30, apresentava 4/5 cm de dilatação, um colo mole e 90 % de apagamento, segundo a avaliação do índice de Bishop, uma apresentação -2 no plano de Lee. Esta avaliação tinha sido realizada pela enfermeira especialista da unidade de grávidas, unidade esta onde se encontrava a grávida por apresentar rotura da bolsa amniótica espontânea há cerca de 12 horas.

Efetou-se a monitorização cardiocardiográfica fetal, verificação da permeabilidade do cateter venoso periférico, assim como avaliação dos parâmetros vitais da parturiente. Apresentava-se muito quieta, contudo recusava a analgesia sugerida, assim como a colocação de cateter epidural.

Respeitada a sua decisão, foi sugerido medidas não farmacológicas para alívio da dor, nomeadamente a bola suíça, o chuveiro com água quente, a massagem ou abertura para outra medida que a senhora desejasse.

Recusou a bola suíça e o chuveiro, devido a terem sido técnicas já realizadas na unidade de grávidas durante várias horas.

Após optar pela massagem, sugeri a alternância de decúbito para a posição que se sentisse mais confortável.

Assim, desta forma ajudei a parturiente a colocar-se em quatro apoios, com a cama inclinada a 90º graus, o que lhe permitiu descansar a cabeça entre contrações e relaxar.

1

1/6

Para melhorar a experiência e atender às expectativas do casal, procedi à impressão da placenta (Foto em anexo), o que trouxe satisfação ao casal. Eles tinham expressado um desejo específico em relação ao corte do cordão umbilical, e essa ação ajudou a atender parcialmente a essa expectativa.

#### PENSAMENTOS E SENTIMENTOS

Os pensamentos e sentimentos durante a experiência foram uma mistura de emoções.

Experimentei sentimentos de frustração por ter proporcionado os cuidados que a grávida/casal idealizavam, exceto na parte mais crucial, ou seja, no momento do parto e nascimento do bebé. Senti impotência por não conseguir controlar o ambiente para proporcionar a melhor experiência possível ao casal e reduzir a ansiedade e medo que eles estavam a enfrentar.

Ao longo desta experiência, fui tomada por sentimentos de responsabilidade e preocupação. Após investir tanto esforço em criar o ambiente ideal para o parto, questionei-me a mim mesma se não estaria agora arruinado. Preocupava-me se a parturiente/casal se lembraria apenas dos 30 minutos críticos e se as suas expectativas seriam atendidas ou não.

Embora não tenha sido a primeira vez que assistí e participei num parto distócico por ventosa, foi a primeira vez que conseguí estabelecer uma sólida relação de confiança com a grávida/casal em relação ao parto, e que o casal verbalizou o desejo de que fosse eu e a minha supervisora clínica as responsáveis pelo parto.

#### AValiação

Apesar de ter plena consciência que será uma situação que se repetirá com frequência, espero que, numa próxima vez, não me centrar tanto no parto como fiz e em todo o procedimento. Em vez disso, pretendo prestar mais atenção ao casal e à grávida que permanecem na mesma posição, com desconhecidos a invadir o seu espaço, alguns deles a conhecê-los pela primeira vez.

No entanto, a experiência também apresentou aspetos positivos, nomeadamente, a relação de confiança com o casal e o foco no empoderamento materno.

#### ANÁLISE

A posição que a mulher assume durante o trabalho de parto pode influenciar a duração do mesmo. Sendo que a verticalização é conhecida por desempenhar um papel relevante na redução do tempo necessário para o primeiro estágio do trabalho de parto. (Biana et al., 2021).

3

3/6

Também foi uma posição que facilitou a massagem na região dorsal e na região da sacro, tentando relaxar a musculatura do pavimento pélvico. Foram também aplicadas compressas de água fria, conforme preferência da senhora, na região escapular e na região dorsal.

A luz foi adaptada para baixa intensidade assim como a temperatura regulada. Foi sugerido o uso de musicoterapia e aromaterapia, caso a grávida assim o preferisse.

A parturiente, apresentava a companhia do seu marido. E apesar de muitas das questões serem direcionadas para a senhora, tentei envolver o marido o máximo que conseguia, nomeadamente na troca das toalhas de água fria e na massagem.

O ambiente era tranquilo e acolhedor.

O trabalho de parto foi evoluindo rapidamente até à dilatação completa e apresentação do feto no plano 0 de Lee.

Neste momento, a parturiente mantinha-se em 4 apoios e com vontade de iniciar os esforços expulsivos. Apoiar e incentivar, sendo que lhe expliquei o que deveria realizar durante e após cada contração.

Estávamos assim à cerca de 2 horas, quando a frequência cardíaca fetal começou com desacelerações tardias. O líquido amniótico apresentava-se claro. Foi chamado a equipa médica que depois de avaliar cuidadosamente, decidiram aplicar uma ventosa.

Pediram à parturiente para se colocar em posição litomita, acenderam as luzes, pediram ao pai para se afastar. E numa fração de segundos, o ambiente calmo, íntimo e acolhedor, foi transformado num ambiente stressante para o casal, com a presença de uma médica obstetra, uma interna de obstetria, uma pediatra, e duas enfermeiras.

Tive oportunidade de participar ativamente na aplicação da ventosa assim como nos cuidados imediatos ao recém-nascido, sob a supervisão da enfermeira supervisora.

O parto ocorreu às 18h42, resultando no nascimento de um recém-nascido do sexo feminino com o peso de 3,550Kg.

O APGAR do recém-nascido, avaliado pelo pediatra, foi de 9 no primeiro minuto (coloração-cianose) e 10 no quinto e décimo minuto. O recém-nascido apresentava duas circulares cervicais apertadas, o que exigiu a clampagem imediata do cordão umbilical. O parto foi realizado pela Dra. Y, com a supervisão da Dra. K. A dequidatura foi normal e sem intercorrências, e no perinéu foi necessário realizar uma episiotomia medio-lateral direita, suturada pela Dra. Y.

No puerpério imediato, o casal expressou felicidade com o recém-nascido, mas também mostrou exaustão devido à mistura de emoções e à necessidade de processar tudo o que tinha acontecido. Assim, como toda ansiedade da chegada do novo membro.

2

2/6

É recomendável encorajar a adoção da verticalização durante o parto eutócico, devido à capacidade de reduzir traumas perineais graves, assim como preservar a integridade perineal. A adoção da posição vertical beneficia o trabalho de parto na duração, assim como devido a ação gravitacional proporciona a descida do feto pelo canal vaginal (Rocha et al., 2020).

Em 2022, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu como principal objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a mulheres e recém-nascidos durante o parto e no pós-parto. Destaca-se a importância de garantir uma experiência materna positiva em relação ao processo de parto, assim como enfatiza a necessidade de os sistemas de saúde serem adaptáveis, bem equipados e capazes de reconhecer e respeitar as necessidades individuais de todas as mulheres e recém-nascidos (OMS, 2022)

No Regulamento nº301/2019, de 3 de Maio, que regula as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), refere que é da responsabilidade do EESMO conhecer, planejar, supervisionar e cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-concepcional, pré-parto, durante o trabalho de parto, no pós-parto e climatério, desta forma promovendo famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.

#### CONCLUSÃO

Esta experiência proporcionou uma profunda reflexão sobre a importância de abordagens centradas na mulher e no casal durante o processo de parto, bem como a necessidade de adaptação às expectativas individuais e culturais em consonância com as diretrizes da OMS.

Seguramente, a experiência também realçou uma importante distinção entre ser uma enfermeira generalista e uma futura enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde materna e obstétrica. A mesma destacou como as responsabilidades e expectativas em relação ao cuidado da grávida/casal podem ser significativamente diferentes. Assim como a percepção que eu própria apresento da mesma situação.

Enquanto, como enfermeira generalista existe o envolvimento em vários aspetos do cuidado de saúde, uma enfermeira especialista possui um papel específico e focado na assistência a mulher durante a gravidez, parto, puerpério e climatério. Isto envolve uma compreensão mais profunda das complexidades da gravidez e parto, assim como uma maior responsabilidade e planeamento das intervenções.

Esta distinção ressalta a importância da formação, assim como o aprimoramento contínuo dos enfermeiros de modo a atender às expectativas e necessidades

4

4/6

específicas das grávidas e casais, proporcionando um nível elevado de cuidado e suporte.

#### PLANEAR A AÇÃO

No âmbito do meu plano de ação, almejo ser mais explícita e fornecer uma educação competente a grávidas e casais, acerca do trabalho parto assim como as complicações decorrentes do mesmo. Tentando um equilíbrio delicado entre a informação fornecida sem elevar desnecessariamente a ansiedade da grávida/casal durante o processo de educação. Desta forma, implica transmitir conhecimento de forma cuidadosa, clara e tranquila.

Pretendo também melhorar as minhas aptidões de apoio emocional durante o parto, reconhecendo a importância do suporte não apenas físico, mas também emocional.

Por fim, tenho como ambição melhorar continuamente e gradualmente e para isso, pretendo discutir e refletir ao longo de todo o contexto clínico. Tendo sempre como base a evidência científica e as competências do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica.

#### REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Biana, C. B., Cecagno, D., Porto, A. R., Cecagno, S., Marques, V. d. A., & Soares, M. C. (2021). Terapias não farmacológicas aplicadas na gestação e no trabalho de parto: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019019703681>
- Gibbs, G. (2013). *Learning by Doing*.
- Organization, W. H. (2022). Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva.
- Rocha, B. D. d., Franciscana, U., <http://orcid.org/0000-0003-4880-4676>, Zamberlan, C., Franciscana, U., <http://orcid.org/0000-0003-1898-328X>, . . . <http://orcid.org/0000-0002-0877-2744>. (2020). Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610>



ANEXO

5

a

5/6

6/6

**Apêndice J - Folha de Passagem de Turno**

<p><b>Sala de Partos</b> _____</p> <p><b>Processo:</b> _____</p> <p><b>Nome:</b> _____</p> <p><b>Idade:</b> _____</p>
<p>Motivo do internamento: _____</p> <p>Indução: _____</p> <p>História atual: _____</p> <p>Grupo sanguíneo: _____ Anti D _____</p> <p>Análises: _____ Serologias: Toxoplasmose _____ : Rubéola _____</p> <p>VDRL/Sífilis: _____ HIV _____ AgHBS _____ Amniocentese _____</p> <p>Últimas serologias _____ STB _____</p> <p>ECO _____</p> <p>Antecedentes pessoais: _____</p> <p>Antecedentes cirúrgicos: _____</p> <p>Outros assuntos relevantes (estado socioeconómico/ rede de apoio): _____</p>
<p>IO __/__/__</p> <p>Gestações anteriores/DUP _____</p> <p>IG ____ + ____</p> <p>Gravidez vigiada: Sim ( ) Não ( ) Onde/ Numero? _____</p> <p>Problemas atuais com a gravidez? _____</p> <p>Protocolo de cateter epidural: ( ) Bólus/ perfusão _____</p> <p>Protóxido de azoto ( ) Analgesia endovenosa: _____</p>
<p>Estado geral: _____</p> <p>Sinais vitais: TA _____ FC: _____ Tº _____ SpO2 _____ Dor _____</p> <p>Alimentação: _____</p> <p>Cateter venoso periférico _____</p> <p>Hora: _____</p> <p>Dilatação _____ / Apagamento _____ / Apresentação _____ / Plano _____</p> <p>Hora: _____</p> <p>Dilatação _____ / Apagamento _____ / Apresentação _____ / Plano _____</p> <p><b>Métodos não farmacológicos:</b> Bola de amendoim ( ) Bola de pilates ( ) Hidroterapia ( ) Disco ( ) Quente e frio. ( ) Acupressão ( ) Rebozo ( ) TENS ( ) Massagem ( ) Outro _____</p> <p>Plano de parto: sim ( ). Não ( ). _____</p> <p>Acompanhante: _____</p>

## Apêndice K - Reflexão: Processo de Luto

### ESCRITA REFLEXIVA SEGUNDO O MODELO REFLEXIVO DE GIBBS

O modelo reflexivo de Gibbs é um modelo estruturado para a reflexão sobre a prática profissional, frequentemente utilizado por profissionais de saúde, educadores e outros profissionais em diversas áreas. Este modelo foi desenvolvido por Graham Gibbs e é utilizado para analisar e aprender com as experiências vivenciadas, particularmente aquelas relacionadas ao ambiente de trabalho ou à prestação de cuidados. O modelo compreende seis etapas, nomeadamente, a descrição, o pensamento e sentimentos, a avaliação, a análise, a conclusão e o planeamento da ação (Gibbs, 2013).

#### DESCRIÇÃO

Na terceira semana de estágio do segundo ano de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a decorrer no contexto clínico de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia e internamento de grávidas do Hospital X, e sob a supervisão clínica, prestava cuidados a uma grávida na admissão que tinha vindo à urgência por diminuição dos movimentos fetais, por volta das 13 horas da tarde do dia D1.

A grávida A de 31 anos, apresentava 27 semanas+1dia de gestação, um índice obstétrico 1/0/0/1 (traduzindo-se numa gestação 1, paridade 1) e tinha como antecedentes uma cesariana em 2020 por sofrimento fetal. Aquando da chegada foi rapidamente observada pela equipa médica, cujo qual, se detetou através da ecografia a ausência de batimentos cardíacos fetais.

Diante desta situação, a psicóloga foi acionada para prestar cuidados emocionais especializados à grávida, que rapidamente chegou ao serviço e acompanhou a grávida durante aproximadamente uma hora.

Posteriormente, à saída da psicóloga, questionou-se à grávida se era possível realizar a colheita de análises, assim como a colheita de exsudatos vaginais. Após o consentimento da mesma, foram efetuados os procedimentos.

Posteriormente, chegou o marido e ambos demonstraram uma grande labilidade emocional. A privacidade do casal foi respeitada por toda a equipa. A grávida foi transferida para a unidade de grávidas, onde permaneceu em um quarto sozinha, acompanhada pelo marido, para iniciar o protocolo. Fez a toma de mifepristona às 21h.

No Dia D2, prestei cuidados no internamento de grávidas, no turno da tarde sob supervisão clínica.

O internamento apresentava-se com 6 grávidas internadas, sendo que uma delas seria a grávida A.

1

2

1/6

2/6

E por último, o momento do parto, onde a grávida gritava pelo seu bebé e se descontrolava, deixando todos os elementos da equipa profundamente sensibilizados.

A intensidade de cada fase aumentou à medida que a relação com o casal se foi estreitando ao longo do dia.

Esta jornada foi marcada por momentos reflexivos e compartilhados com o casal. Embora tenha enfrentado dificuldades para responder a perguntas como "Porque que isto nos aconteceu?" Ou "O que poderia ser realizado diferente?", esta experiência permitiu-me acompanhá-los passo a passo no processo de aceitação do luto.

Contudo, havia questões constantes que pairavam, tais como, como iriam dar a notícia e explicar a situação à filha de 4 anos, ou o que iriam fazer com os preparativos já realizados para receber o bebé, e principalmente, como iriam lidar com toda esta situação durante as festividades de Natal, numa época marcada pela reunião de toda a família.

Estas questões são desafiantes de responder e que mais uma vez acentuam os sentimentos de frustração e impotência. Reconheci, a inexistência de respostas certas ou erradas, destacando a importância de estar presente, ouvir e falar abertamente sobre a morte e o luto.

Uma das perguntas que me foi dirigida marcou-me profundamente: "como conseguia lidar com a morte, enquanto enfermeira, numa área onde predominantemente é significado de vida?".

Após uma breve reflexão acerca da minha essência como enfermeira, pude responder, que na vida toda a gente quer estar presente mesmo sem ser necessária, enquanto, na morte ninguém quer estar presente, mas é quando é mais necessário estar presente.

#### AVALIAÇÃO

A vivência desafiou-me em diversas dimensões, especialmente no toque terapêutico, cuja delicadeza é crucial em momentos de grande dor emocional, onde cada sensação se intensifica.

Por outro lado, a prática da escuta ativa revelou-se, por vezes, mais benéfica do que a administração de analgésicos.

O silêncio muitas das vezes é subestimado, mas a sua capacidade de transmitir apoio, respeito e compreensão é inegável. Contudo, por vezes o facto de estar presente em silêncio é suficiente.

A construção de uma relação de confiança tanto com a grávida como com o casal, mostrou-se essencial, exigindo de mim enquanto enfermeira, um equilíbrio cuidadoso.

Por último, o processo de orientação do luto demandou não apenas sensibilidade, mas também um conhecimento profundo, destacando a

3

3/6

Recabi o turno, cuja informação era a recusa por parte da grávida em realizar o procedimento de amniocentese, assim como em visualizar o bebé. Já apresentava a toma de misoprostol oral 400mg às 12h realizada, e a próxima toma seria às 16h de 200mg.

Numa primeira observação, a grávida A, apresentava-se com labilidade emocional, assim como o acompanhante, contudo sem queixas algicas físicas. Após umas horas, as queixas começaram a surgir, levando à decisão de realizar a colocação do cateter epidural pelo anestesista.

Por volta das 20h, as queixas aumentavam, deste modo foi avaliada a cervicometria, que apresentava 4 cm de dilatação, com 70% de apagamento e uma apresentação difícil de observar, com uma bolsa amniótica íntegra.

Por volta das 22h, a grávida A, referiu que a pressão se tinha intensificado. Após observação, houve dúvidas acerca da apresentação do feto. Aparelmente em apresentação pévica.

Foi explicado à grávida, que a dilatação estava completa e que o parto iria ocorrer.

Neste momento a labilidade emocional apoderou-se da grávida, numa mistura de sentimentos e descontrolo.

Foi transferida para o bloco de partos, onde a Dra E realizou o parto.

No momento do parto, a grávida pediu para que eu e a minha tutora não nos ausentássemos.

As luzes foram diminuídas, o ruído na sala foi controlado e o suporte emocional foi oferecido da melhor maneira possível ao casal.

Aquando da expulsão, o feto morto foi levado para a sala de reanimação para posterior colheitas e observação.

Numa primeira observação, não foram identificados sinais de malformação no feto.

No puerpério imediato, a grávida agradeceu e referiu que num próximo parto, gostaria que eu e a minha tutora estivessemos presentes.

#### PENSAMENTOS E SENTIMENTOS

Os pensamentos e sentimentos durante a experiência foram uma mistura de emoções.

Experientemente sentimentos de frustração e impotência, por não conseguir aliviar a dor emocional da grávida e do casal.

O maior desafio foi sem dúvida a gestão de emoções, que se desdobraram em três fases distintas.

Numa primeira fase, o choque da notícia e a labilidade emocional da grávida, assim como a extrema vulnerabilidade emocional, foram avassaladores.

Numa segunda fase, a revelação que apresentava a dilatação completa e que o parto era iminente, acrescentaram uma nova camada de intensidade.

necessidade de aprimorar a competência profissional como enfermeira e futura enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, para guiar de maneira adequada neste momento tão delicado.

#### ANÁLISE

A gestação apresenta uma mistura de alegrias, ilusões e sonhos que conduzem a construção de planos familiares. Este momento é crucial na história do casal, marcando uma fase especial da vida, no entanto, quando existe a notícia de uma morte fetal, estes sentimentos de alegria são interrompidos e o processo de luto toma uma dimensão singular. Este luto implica vivenciar a perda de alguém que não teve oportunidade nascer (Ferreira et al., 2023).

Segundo, Carvalho (2020), a grávida/casal, para passar por um processo de luto deve passar por diversas fases, nomeadamente:

A primeira fase é a negação, caracterizada pela recusa em aceitar a realidade, marcada por dor intensa e falta de perspectiva.

A segunda fase, referente ao sentimento de raiva, representa a busca por compreensão, gerando revolta no lugar da tristeza profunda.

A terceira fase, envolve negociação consigo mesmo ou busca por promessas divinas.

A quarta fase, representada pela depressão, é marcada por uma tristeza profunda.

E por fim, a fase de aceitação, onde a pessoa em luto começa a aceitar e compreender a situação.

Desta forma, torna-se crucial a forma como os profissionais lidam com todo o processo de luto

Nesse contexto, os autores Ferreira et al (2023), referem que existem várias fases que devem ser respeitadas e que apresentam a nomenclatura SPIKES.

Referindo-se:

Numa primeira etapa conhecido como a "configuração" (Setting up), referindo-se à preparação do profissional e do ambiente físico para o diálogo. Priorizando um local individualizado e promovendo a privacidade da grávida/casal.

Numa segunda fase, a "percepção" (Perception) e numa terceira fase o "convite" (Invitation), que envolvem a consciencialização da situação assim como a compreensão do que a grávida/casal pretende saber sobre a mesma.

Numa quarta fase, o "conhecimento" (Knowledge), que envolve a transmissão da informação concreta, recomendando-se uma abordagem clara, sincera e objetiva, evitando termos técnicos e validando passo a passo os sentimentos e a compreensão da grávida/casal.

Outro dos aspetos que os autores consideram importante é atribuir uma identidade ao bebé, desaconselha-se o uso dos termos "feto" ou "produto expulso", uma vez que são considerados ofensivos e causadores de dor.

4

4/6

Acreditamos que é importante atribuir uma identidade ao bebé por parte da grávida/casal.

Numa quinta fase, as "emoções" (*Emotions*), é essencial responder de forma empática às reações da pessoa em receber a notícia.

Por último, a "estratégia e resumo" (*Strategy and Summary*), visa diminuir a ansiedade da grávida/casal e apresentar o plano do que irá ser realizado.

No Regulamento nº391/2019, de 3 de Maio, que regula as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), refere que o enfermeiro tem o dever de Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, durante o trabalho de parto e no pós-parto.

O EEESMO deve saber comunicar sobre este facto de forma adequada, ajudar a minimizar a dor da perda, facultar e/ou informar sobre ferramentas e estratégias de superação eficazes. As palavras e a linguagem não verbal corporal carregam imenso significado e por isso necessitam de ser coerentes. O protocolo SPIKES é uma ferramenta facilitadora nesta intervenção. (Ferreira et al., 2023)

#### CONCLUSÃO

A experiência durante o estágio ao lidar com uma situação de perda fetal, foi desafiadora e impactante.

A gestão das emoções foi um ponto crucial, promovendo desafios diferentes em cada fase.

A sensibilidade, o toque terapêutico, o profissionalismo, e o respeito de toda a equipa foi um aspeto positivo a reter desta experiência.

A vivência permitiu-me compreender a complexidade emocional envolvida no processo de luto, tanto para a grávida quanto para o casal. O acompanhamento ao longo das fases do luto, desde a notícia inicial até ao puerpério imediato, destacou a importância da empatia, escuta ativa e cuidado sensível durante toda a jornada.

#### PLANEAR A AÇÃO

No âmbito do plano de ação, pretendo reforçar a comunicação assertiva para orientar diálogos delicados. Assim como, adotar ferramentas e estratégias para fortalecer a capacidade de gerir as minhas próprias emoções e oferecer suporte eficazmente em momentos emocionalmente intensos.

Aprofundar a compreensão das diversas dimensões culturais que pode influenciar as reações e as necessidades da grávida/casal numa situação de perda fetal.

Por fim, tenho como ambição melhorar continuamente e gradualmente e para isso, pretendo discutir e refletir ao longo de todo o contexto clínico. Tendo sempre como base a evidência científica e as competências do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica e promovendo sempre uma abordagem holística.

#### REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

Carvalho, W. (2020, January 24). Conheça as cinco fases do luto emocional e como superá-lo. Wendell Carvalho. <https://wendellcarvalho.com.br/as-cinco-fases-do-luto/>

Ferreira, E., Fernandes, M., Silva, A. R., Silva, A. P., & Maceiras, M. (2023). Intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica no luto paterno na morte fetal e neonatal. *Revista de Ciências da Saúde da EESSCV*. [https://www.researchgate.net/publication/370553530\\_Intervencao\\_do\\_Enfermeiro\\_Especialista\\_em\\_Saude\\_Materna\\_e\\_Obstetrica\\_no\\_Luto\\_Paterno\\_na\\_Morte\\_Fetal\\_e\\_Neonatal](https://www.researchgate.net/publication/370553530_Intervencao_do_Enfermeiro_Especialista_em_Saude_Materna_e_Obstetrica_no_Luto_Paterno_na_Morte_Fetal_e_Neonatal)

Gibbs, G. (2013). *Learning by Doing*.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (Regulamento n.º 391/2019). *Diário da República*, 2.ª série, N.º 85, 3 de maio de 2019.

## Apêndice L - Reflexão: Papel do EEESMO na UCIN

### ESCRITA REFLEXIVA SEGUNDO O MODELO REFLEXIVO DE GIBBS

O modelo reflexivo de Gibbs é um modelo estruturado para a reflexão sobre a prática profissional, frequentemente utilizado por profissionais de saúde, educadores e outros profissionais em diversas áreas. Este modelo foi desenvolvido por Graham Gibbs e é utilizado para analisar e aprender com as experiências vivenciadas, particularmente aquelas relacionadas ao ambiente de trabalho ou à prestação de cuidados. O modelo compreende seis etapas, nomeadamente, a descrição, o pensamento e sentimentos, a avaliação, a análise, a conclusão e o planeamento da ação (Gibbs, 2013).

#### DESCRIÇÃO

No primeiro dia de observação no serviço de Neonatologia do Hospital X, e sob supervisão clínica, pude observar os cuidados a um recém-nascido (RN) prematuro.

O RN nasceu no dia 31/05 com 27 semanas de gestação, um APGAR de 1 ao 1º minuto, 4 ao 5º minuto e 7 ao 10º minuto. No momento apresenta 17 dias de vida.

A mãe e o recém-nascido, encontravam-se numa sala sozinhos, rodeados de quatro incubadoras de emergência. Com um carro de emergência, vários ventiladores e monitores, com pouca luz e um silêncio tranquilizante.

No monitor e na incubadora era possível observar fotos de duas crianças com idades a rondar os 5 anos, uma carta da religião Hindu com um leão na figura e uma imagem de uma menina e um leão refletido na água.

A mãe por sua vez cantava em alemão para o recém-nascido, com a lágrima no canto do olho e quando questionada como estava, apesar do sorriso e das palavras motivadoras, notava-se claramente apreensão e o pavor sempre que alguma máquina alarmava.

O recém-nascido E, com 639 gr do sexo feminino, apresentava-se dentro da incubadora agitando a mão e os pés. Monitorizado com eletrodos no tórax, um sensor de temperatura no abdómen, um oxímetro no pé direito, um cateter venoso periférico na mão esquerda com uma unidade de sangue em perfusão, uma sonda nasogástrica, entubado e com ventilação não invasiva (VNI). Inúmeros fios, inúmeros monitores e rodeado de almofadas e sacos de contenção.

O enfermeiro muito cuidadosamente prestou os cuidados de higiene com uma compressa juntamente com a mãe ao bebe. Referindo-me que era de extrema importância a realização a quatro mãos deste procedimento, assim como de toda a calma durante o procedimento, visto serem bebés com dificuldade em se autorregular devido à sua imaturidade.

De seguida, foi proposto à mãe, o que já tinha sido realizado em outros dias, colocar o bebé no método canguuru.

Apesar do olhar preocupado da mãe, ela consentiu. Quando a questionei acerca desse método, respondeu-me em inglês, que apesar de ser a melhor sensação do mundo pegar na sua filha, também era um momento de tensão e medo, mas que aos poucos estava a habituar-se. E assim ficou, durante 4 horas aproximadamente, deitada no cadeirão com a sua filha ao peito, envolta de todos os pensamentos e vigiada pela janela. Sendo que várias vezes o enfermeiro ia desligar o alarme de alguma máquina ou administrar a medicação. Durante este período cheguei a entrar e a questioná-la como se estava a sentir ao qual ela me respondeu que não poderia estar melhor, se lhe trouxessem comida que passaria o resto da semana naquela posição com a sua filha nos braços.

Acrescentei em jeito de brincadeira que também tínhamos de cuidar da mãe e não só do bebe.

Ela respondeu-me que não era fácil, nada daquilo era fácil. Que tinha tido dois filhos e que nunca pensou estar a passar por aquela situação, que todos os dias eram uma batalha vencida.

Questionei-a sobre as fotos que tinha no monitor, e a mesma me respondeu que eram os irmãos da bebe E, que o leão significava o coração dela, a foto do arcaço significava que era necessário rezar, ter esperança, acreditar e tentar transmitir o máximo de amor que conseguisse à sua bebé. Quando terminou a frase notava-se a voz rouca e trémula e a grande fragilidade que ela estava a sentir. E foi aí que eu percebi o que significava a última imagem, que ela muito facilmente ignorou.

Dei um compasso de espera e questionei-a "a menina com o reflexo do leão é você?". Ela sorriu e acenou com a cabeça. E respondeu, é como me sinto impotente que nem uma criança.

Sorri, e ali ficamos em silêncio. Ela olhou para mim passado uns minutos e agradeceu-me! Respondi-lhe apenas com um sorriso e um aceno de cabeça e ausentei-me deixando-a voltar ao seu momento com a sua filha.

No segundo dia, pude observar os cuidados prestados a outro recém-nascido. O bebé S., nasceu por cesariana emergente por patologia materna: síndrome HELLP. Apresentava uma idade gestacional de 30 semanas e um peso de 1,180 kg. Com um APGAR a nascer de 9 ao 1º minuto, 10 ao 5º minuto e 10 ao 10º minuto. No momento apresentava 3 dias de vida.

Neste momento apresentava-se com cateter arterial umbilical, monitorizada e a realizar fototerapia.

A mãe com 28 anos com uma morte fetal às 30 semanas numa gravidez anterior na Colômbia, apresentava-se aparentemente calma, com fáceis de dor e preocupada, com um cateter em cada membro superior, com mamas túrgidas e dolorosas.

Foi incentivada pela equipa de enfermagem da neonatologia a realizar banhos quentes e a extrair leite com a bomba.

1/7

2

2/7

Segundo a senhora, a equipa de obstetria apresentava uma opinião contrária e referiu que a mesma não deveria utilizar a bomba para extrair leite. Acompanhamos a senhora até a sala de extração de leite, onde havia duas bombas e onde a senhora ficou a realizar a extração.

Incentivei a senhora a realizar a massagem, os banhos quentes, assim como a aplicação de quente antes da extração de leite. E sugeri a extração manual em vez da bomba.

A senhora N., referiu-me que a bomba era muito mais fácil e que preferia realizar o procedimento. Quando a questionei sobre o banho e a massagem, não me soube explicar o que tinha realizado.

Infelizmente, tive de me ausentar porque o bebe S., tinha acordado e era necessário aproveitar este período para se realizar todos os procedimentos.

#### PENSAMENTOS E SENTIMENTOS

Os pensamentos e sentimentos durante a observação foram de impotência, preocupação e de frustração.

Frustração por ninguém equacionar a importância que um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO), pode ter nesta fase de vida. Preocupava-me aquela mulher, mãe do bebe E., deparada com um novo papel de mãe, com uma filha monitorizada durante semanas desde o seu nascimento, numa incubadora, tendo noção dos riscos inerentes à prematuridade. Qual seria o grau de ansiedade que aquela puérpera estaria a sentir?

Preocupa-me aquela puérpera com todas as especificidades e alterações físicas e psicológicas pelo qual estará a passar.

E a dúvida pairava-me na cabeça: "Não será ainda mais importante o EEESMO nesta fase? Numa fase em que a mulher apenas está centrada no seu filho, onde se esqueceu dela mesma?"

Onde passa quatro horas sentada num cadeirão com o bebé em canguuru. Como estará esta puérpera? Quem cuidará desta puérpera? Estarão os enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediatra, tão despidos para todas as alterações puerperais como estaria um EEESMO?"

A situação foi com esta puérpera, contudo fez-me refletir quando othei à minha volta e vi mães a amamentar, por vezes ainda com dificuldade em se sentar ou em se mover, pais sentados ao pé dos filhos com ar de cansados e preocupados. Quem ajudava aquelas puérperas? Questionei a enfermeira supervisora cujo qual acompanhava, que me referiu que tem o apoio do cantinho de amamentação. Contudo, para isso a mãe teria de se ausentar do serviço, ausentar da presença do filho.

3

3/7

Estaria aquela mãe disposta a dispensar a presença do filho? Não seria mais benéfico para aquela puérpera/casal poder receber os ensinamentos juntos do seu filho, adaptados a cada situação.

No segundo dia, a situação com a segunda puérpera a mãe da bebe S, fez-me comprovar a importância que é a existência de um EEESMO nas unidades de cuidados intensivos neonatais (UCIN). Aquela puérpera precisava de um acompanhamento diferenciado. E apesar de lhe ser explicado, ela viu-se dividida entre opiniões. Uma referente à equipa de obstetria e a outra referente à equipa de UCIN.

Ambas estavam corretas, de facto, a importância da extração de leite nem que seja em pequena quantidade e oferecida ao recém-nascido é elevada.

Assim como a extração de leite em mamas túrgidas promove o alívio dos sintomas. Contudo, não se trata da informação fornecida, mas sim da maneira como a puérpera a compreendeu.

Mais uma vez, comprova que a falha de comunicação entre equipas e o facto de os cuidados não serem realizados junto do recém-nascido, pode levar a quebras de confiança e a interpretações erradas por parte da parturiente.

Esta puérpera que se encontra mais frágil do que qualquer outra, tem ainda como fator agravante, um historial de morte fetal com a mesma idade gestacional da bebé S.

#### AVALIAÇÃO

Positivamente, o empenho da equipa em proporcionar cuidados diferenciados e únicos em Portugal é de extrema relevância. Como é o exemplo do método canguuru em bebés tão pequenos e ventilados. Poder participar neste momento é um privilégio.

Os aspetos negativos desta experiência, é a falta de suporte que as puérperas apresentam, especialmente nas orientações recebidas e na necessidade de um EEESMO.

#### ANÁLISE

O puerpério é a fase do ciclo de vida da mulher que apresenta mais alterações físicas, psicológicas e sociais. A adaptação ao novo papel de mãe, as alterações da autoimagem, assim como a vulnerabilidade psicológica pode desencadear ou agravar perturbações psiquiátricas, uma vez que, é a altura em que a puérpera se centra mais no recém-nascido do que em si mesma. (Nené, Marques & Batista, 2016); Schacker, Schacker et al. 2023).

A diminuição abrupta do nível dos estrogénios influencia a regulação da serotonina. Visto que, os estrogénios apresentam um efeito modulatório sobre os neurotransmissores como a serotonina. Consequentemente, contribui para o

4

4/7

desenvolvimento de transtornos de humor, como depressão pós-parto e ansiedade. Além disso, estas oscilações podem ter um impacto severo na diade e no relacionamento familiar e social (Néné, Marques & Batista, 2016); Borges et al., 2021)

O nascimento prematuro é referido pelos pais como um evento traumático, visto que a experiência de cuidar de um recém-nascido prematuro não vai de encontro a expectativa criada durante a gravidez, originando sentimentos de choque, tristeza e medo pela perda do bebé. Desta forma, o contacto pele a pele promove o alívio destes sentimentos, promovendo o vínculo e facilitando a adaptação à parentalidade (Araújo et al., 2023).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), refere que todos os bebés que nascem antes das 37 semanas completas de gravidez são considerados bebés prematuros. Sendo que a nível global, 11,1% dos recém-nascidos nascem prematuramente (Araújo et al., 2023).

A sucção é um reflexo natural e primitivo e é iniciado desde a vida intrauterina, contudo apenas por volta das 36 semanas de gestação é que é possível manifestar-se um padrão de sucção maduro. Desta forma, em recém-nascidos prematuros, o reflexo de sucção que é desencadeado pelo toque no palato está diminuído ou ausente (Araújo et al., 2023).

Os estudos realizados em Portugal, referem que existe uma elevada incidência da amamentação ao nascimento e baixa prevalência a partir de um mês e meio de vida, tendo uma queda abrupta após a saída do internamento hospitalar (Sardo & Pinheiro, 2023).

A ausência da amamentação em recém-nascidos prematuros, aumenta as taxas de desenvolver *Enterocolite Necrosante*, infeções e valores mais baixos nos testes de neuro desenvolvimento (Nunes et al., 2023).

Torna-se importante intervir nas puérperas que tenham como desejo amamentar, promovendo a amamentação, incentivando e esclarecendo potenciais dúvidas que possam surgir durante todo o processo (Araújo, 2023).

Apesar dos riscos inerentes, as taxas de amamentação em recém-nascido internados nas UCIN são mais baixas. Existem diversos fatores que contribuem para estes resultados, nomeadamente a instabilidade e/ou imaturidade do recém-nascido que o impede de apresentar reflexos de sucção ou de ser alimentado por via oral e a separação da mãe e filho (mesmo que seja apenas o período noturno) que aumenta o stress e ansiedade materna (Nunes et al., 2023).

Uma forma de promover o vínculo da diade, diminuir a ansiedade materna e promover o aleitamento materno é através do método canguru, que consiste em colocar o recém-nascido em posição vertical em contacto pele a pele com a mãe/pai/pessoa significativa. Este método apresenta benefícios para o recém-

nascido tais como: controlo da temperatura, alívio da dor e do stress, menor risco de infeção, melhoria significativa nos parâmetros vitais, neuro comportamentais e psicoafectivos (Coutinho, 2023; Nunes et al., 2023).

No Regulamento nº391/2019, de 3 de Maio, que regula as Competências Específicas do EEESMO, refere que é da responsabilidade do EEESMO conceber, planear, implementar e avaliar medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera. Além disso, deve cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neonatal, assim como providenciar cuidados e avaliar medidas que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.

#### CONCLUSÃO

Esta experiência proporcionou uma profunda reflexão sobre a importância do EEESMO nas UCIN, assim como a necessidade de adaptação das unidades em prol das necessidades da utente/casal/pessoa significativa. As mães de recém-nascidos prematuro enfrentam um stress emocional significativo, desta forma, necessitam de um suporte contínuo. O papel do EEESMO é essencial no suporte psicológico e emocional da puérpera, ajudando-a a lidar com as alterações físicas e emocionais do pós-parto

#### PLANEAR A AÇÃO

No âmbito do meu plano de ação, pretendo um dia conseguir colmatar estes pontos, visto que as grávidas/puérperas merecem o melhor dos cuidados.

Seria importante realizar reuniões entre as equipas de obstetria e neonatologia para alinhar as orientações e práticas clínicas.

É evidente a importância da adoção de uma comunicação assertiva, concisa e clara, assim como a importância dos ensinamentos especializados.

Pretendo apurar durante a minha vida profissional as técnicas de comunicação, principalmente no idioma inglês, visto ser, um dos pontos que considero uma barreira para conseguir transmitir as palavras que pretendo.

Por fim, tenho como ambição melhorar continuamente e gradualmente e não só como aluna da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstetria, mas sim, como futura EEESMO, tendo sempre como base a evidência científica e as competências do EEESMO.

#### REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, C., Ferreira, C., Fernandes, D., Martins, M. A. P., & Zangão, M. O. B. (2023). SUCÇÃO NÃO-NUTRITIVA EM BEBES PREMATUROS: REVISÃO DA

5

6

5/7

6/7

LITERATURA. [www.editoracientifica.com.br](http://www.editoracientifica.com.br); Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/230813964>

Borges, A. R. F., Rocha, A. H. G., Simões, Á. de O., Vitorino, F. de O., Fernandes, K. B., Tavares, R. F., & Peixoto, L. G. (2021). ALTERAÇÕES DOS HORMÔNIOS CORTISOL, PROGESTERONA, ESTROGÊNIO, GLICOCORTICÓIDES E HORMÔNIO LIBERADOR DE CORTICOTROFINA NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO. *Revista Ciência E Estudos Acadêmicos de Medicina*, 14, <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/5034>

Coutinho, G. M. (2023). Influência de fatores maternos e perinatais na amamentação de recém-nascidos baixo peso e prematuros submetidos ao método canguru. *Repositorio bahiana.edu.br*. <https://repositorio.bahiana.edu.br/jspui/handle/bahiana/6973>

Gibbs, G. (2013). *Learning by Doing*. Néné, M., Batista, M. A., & Marques, R. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel. ISBN 978-989-752-146-1.

Nunes, R. C. T., Willig, M. H., Mittag, B. F., Naka, S. H., Cabral, L. L. S., & da Cruz Pereira, S. C. (2023). Aleitamento materno em recém-nascidos prematuros e sua relação com o método canguru. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(10), e13116-e13116.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (Regulamento n.º 391/2019). *Diário da República*, 2.a série, N.º 85, 3 de maio de 2019.

Sardo, D., & Pinheiro, A. (2023). Avaliação da motivação e análise dos fatores motivacionais da gravida para amamentar. In *comum.rcaap.pt*. Científica Digital. [https://comum.rcaap.pt/handle/10400\\_28/47945](https://comum.rcaap.pt/handle/10400_28/47945)

Schacker, V., Souza, T. R., Schacker, B., Montalvão, L. L. C., & Gomes, M. T. P. (2023). ALTERAÇÕES DO PERÍODO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 9(9), 586-592. <https://doi.org/10.51891/reae.v9i9.11193>

7

7/7

## Apêndice M - Revisão Temática: Tetralogia de Fallot

### REVISÃO TEMÁTICA

Tema: Tetralogia de Fallot

#### Descrição do tema:

A tetralogia de Fallot (TOF) é a cardiopatia congénita cianótica mais comum, e uma das primeiras a apresentar sucesso através da correção cirúrgica. Esta patologia tomou-se conhecida devido ao trabalho de um médico francês, Étienne Louis Arthur Fallot em 1888, que identificou e descreveu as características anatómicas e morfológicas de uma cardiopatia congénita, que posteriormente ficou conhecida como a tetralogia de Fallot. (Ribeiro et al., 2019)

Os primeiros procedimentos cirúrgicos foram registados pela primeira vez por volta de 1950, e ao longo dos anos tem sido possível identificar e corrigir a doença, tendo aumentado a qualidade de vida assim como a esperança média de vida dos recém-nascidos que apresentavam o diagnóstico (Aptiz et al., 2009; Ribeiro et al., 2019). Não existe uma justificação do que causa a patologia, contudo, em crianças com síndrome de Down ou síndrome de DiGeorge é mais usual (American Heart Association, 2010).

Alguns fatores durante a gravidez podem colaborar para o aparecimento da patologia como, o consumo de álcool e/ou tabaco, a gravidez tardia (acima dos 40 anos), a obesidade, a hipertensão arterial, a diabetes mellitus, a rubéola, o sarampo, entre outras patologias virais (Aptiz et al., 2009; Ribeiro et al., 2019).

A terminologia "tetralogia" deve-se ao facto de envolver quatro problemas cardíacos diferentes. Nomeadamente:

1. Estenose pulmonar
2. Hipertrofia do ventrículo direito
3. Comunicação interventricular (CIV)
4. Aorta com cavalgamento

**Fisiopatologia.** A tetralogia de fallot é uma condição complexa que envolve a combinação de várias anomalias cardíacas, provocando uma alteração do fluxo sanguíneo e uma mistura do sangue rico em oxigénio com o sangue pobre em oxigénio.

A alteração na hemodinâmica varia consoante o grau de estenose pulmonar, o tamanho da comunicação interventricular, a resistência pulmonar e a resistência sistémica.

A CIV habitualmente é significativa, provocando pressões semelhantes entre os ventrículos direito e esquerdo. Desta forma, a direção do desvio irá depender da diferença entre a resistência pulmonar e vascular sistémica, ou seja, se a resistência pulmonar for mais alta que a sistémica, o desvio irá ocorrer da direita para a esquerda e vice-versa.

A estenose pulmonar, reduz o fluxo sanguíneo que vai para os pulmões, diminuindo a quantidade de sangue oxigenado que retorna para o lado esquerdo do coração.

Fátima Cristiana da Costa Teixeira m53637  
Outubro de 2023

1/6

A posição que a artéria aorta assume, também é de bastante relevo, visto que, interfere com a quantidade de sangue que é distribuído sistemicamente. Como a artéria aorta se encontra relacionada com os dois ventrículos, o sangue pobre em oxigénio do ventrículo direito apresenta duas saídas: a artéria pulmonar e a artéria aorta. Desta forma, quanto maior for a estenose pulmonar, mais sangue passa do ventrículo direito para o sistema sistémico, logo a criança apresenta cianose mais ou menos intensa (American Heart Association, 2010; Hockenberry et al., 2011; Ribeiro et al., 2019).

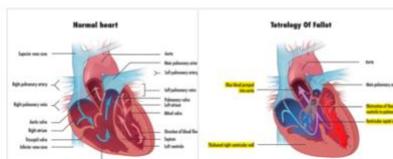


Fig 1. Coração sem alterações anatómicas. Imagem retirada American Heart Association (2010).  
Fig 2. Coração com tetralogia de fallot. Imagem retirada American Heart Association (2010).

A doença cardíaca congénita apresenta uma incidência de aproximadamente 1% dos nascidos vivos, sendo caracterizados como acianóticos ou cianóticos. A TOF apresenta uma incidência estimada de 7 a 10% das doenças cardíacas congénitas, com uma ocorrência de 1 em 3500 pessoas, ou 0,23 a 0,63 casos por 1000 nascimentos (Johnna et al., 2019).

A TOF é a cardiopatia congénita cianótica, sendo a mais comum na infância e quando não é corrigida apresenta uma taxa de 70% das mortes em crianças até aos 10 anos de idade (Souza et al., 2022).

Os sintomas traduzem-se em cianose, dispneia, por vezes associada a refeição/lamentação, que podem provocar défices no crescimento e diminuição do peso. Outro dos sintomas, corresponde a crises hiper cianóticas, por vezes associadas a episódios súbitos e por vezes mortais, habitualmente até aos 2 anos de idade (Sá & Carvalho, 2023).

Esta anomalia é caracterizada por uma estenose pulmonar e uma comunicação interventricular, impedindo desta forma que o sangue flua normalmente para os

Fátima Cristiana da Costa Teixeira m53637  
Outubro de 2023

2/6

pulmões, interferindo assim, no retorno do sangue oxigenado para a aurícula e ventrículo esquerdo.

Esta falta de oxigenação provoca cianose, facilmente identificável e denominada de "bater azuis" (Ribeiro et al., 2019).

A antecipação do diagnóstico, aumenta os casos de sucesso relacionados com a patologia.

Desta forma, o diagnóstico pré-natal é importante para que se avalie e programe qual o tipo de parto, assim como o local, a terapêutica médica e cirúrgica (Graça, 2017).

De modo a diagnosticar a TOF, é necessário realizar diversos exames, que incluem, numa fase pré-natal, a realização de um ecocardiograma, entre as 18 e as 22 semanas, que permite a visualização estrutural e funcional cardíaca, através de ondas sonoras nitidas (Ribeiro et al., 2019).

E após o nascimento, inclui a realização de um eletrocardiograma (ECG), para confirmação do diagnóstico, onde é observado a atividade elétrica do coração em cada fase de contração e de relaxamento (Ribeiro et al., 2019).

Assim como, uma radiografia do tórax, para visualização de toda a estrutura cardíaca e pulmonar. Habitualmente, o coração apresenta-se com a forma de uma "bota" devido à hipertrofia do ventrículo direito, como se pode observar na fig.2.

Por fim, o cateterismo cardíaco, também pode ser utilizado para avaliar a estrutura do coração, assim como, para planejar a cirurgia cardíaca. O procedimento é descrito por Ribeiro et al., (2019) como a colocação de um tubo fino e flexível inserido através da femoral ou da jugular, onde é administrado um líquido para visualização das estruturas cardíacas e medição dos níveis de pressão e oxigénio das cavidades cardíacas.

O tratamento para a TOF, pode ser realizado através de uma cirurgia com reparação completa ou dividida em duas fases, com colocação de shunt paliativo numa primeira fase e posteriormente com reparação completa.

A correção cirúrgica consiste na aplicação de um patch para correção do septo intraventricular, e uma correção da posição da aorta.

O reparo completo envolve o fecho do defeito septal ventricular e ressecção da estenose infundibular, com o posicionamento de um patch pericárdico com o objetivo de dilatar o ventrículo direito (Hockenberry et al., 2011), fig.1.

Esta cirurgia pode ser realizada entre os três e os seis meses de idade, ou em qualquer momento dependendo do critério médico (Ribeiro et al., 2019).

Apresentam como indicação de shunt paliativo os doentes com artérias pulmonares hipoplásicas ou outras anomalias não cardíacas associadas. A realização desta cirurgia temporária tem como objetivo aliviar temporariamente a sobrecarga cardíaca, permitindo uma melhoria do fluxo sanguíneo pulmonar. É colocado um pequeno tubo (shunt) entre a artéria subclávia e a artéria pulmonar, como se pode verificar na figura nº4, (Hockenberry et al., 2011).

Fátima Cristiana da Costa Teixeira m53637  
Outubro de 2023

3/6

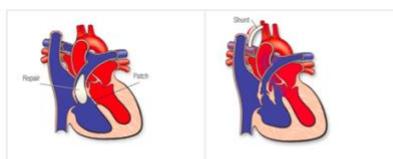


Fig 3. Coração submetido a reparação completa. Imagem retirada American Heart Association (2010).  
Fig 4. Cirurgia de Blalock-Taussig modificada. Imagem retirada American Heart Association (2010).

#### Grávidas com diagnóstico de TOF

A gravidez é marcada por múltiplas alterações fisiológicas e morfológicas, sendo que as cardiopatias congénitas são a principal causa não obstétrica de mortalidade materna, traduzindo-se numa percentagem de 25%. As grávidas com tetralogia de fallot apresentam um aumento da morbimortalidade e a via vaginal habitualmente é a mais aconselhada, devido a apresentar uma menor sobrecarga cardíaca (Torres-Gómez et al., 2010; Souza et al., 2022).

Qualquer gravidez com ou sem correção cirúrgica traduz-se numa gravidez de risco elevado, quando é associado a tetralogia de fallot (Souza et al., 2022).

Os riscos associados a TOF incluem, o parto prematuro, insuficiência cardíaca grave, hipóxia materna-fetal, trombose venosa profunda, restrições de crescimento fetal e endocardite (Torres-Gómez et al., 2010; Siqueira et al., 2023).

Nas grávidas com TOF que não apresentam correção cirúrgica, normalmente é bem tolerado, contudo aconselha-se a administração de heparina de baixo peso molecular com o intuito de diminuir o risco de trombose venosa e embolia paradoxal (Siqueira et al., 2023).

#### Feto-criança com TOF

Os recém-nascidos, apresentam alterações circulatórias e fisiológicas durante o primeiro mês de vida, nomeadamente o encerramento do canal arterial e a diminuição das resistências vasculares pulmonares (Ribeiro et al., 2019).

Os recém-nascidos com TOF apresentam uma adaptação extraterrena mais difícil, tendo índices de APGAR mais baixos a nascença (Torres-Gómez et al., 2010)

Os cuidados com um feto ou um recém-nascido com o diagnóstico de TOF, devem ser valorizados e são considerados cruciais para o bem-estar fetal/recém-nascido. O correto acompanhamento especializado pré-natal pode garantir a sobrevivência do feto/recém-nascido. Assim como uma correta escolha do tipo de parto e local.

Fátima Cristiana da Costa Teixeira m53637  
Outubro de 2023

4/6

A avaliação imediata após o nascimento e a monitorização por uma equipa especializada providencia os melhores cuidados aos recém-nascidos (Torres Gómez et al., 2010; Siqueira et al., 2023).

Os riscos para o feto são diversos, potenciados pela medicação que é utilizada na patologia que por vezes é necessário manter, nomeadamente a prematuridade e a restrição de crescimento (Siqueira et al., 2023)

#### Cuidados de enfermagem

Na fase pré concecional, é essencial incentivar o uso de vitaminas e de suplementação de ácido fólico, visto que, apresentam uma diminuição do risco de desenvolver patologias congénitas hereditárias no feto (Siqueira et al., 2023).

Os cuidados de enfermagem a recém-nascidos com patologia TOF, envolvem o alívio dos sintomas, nomeadamente, a administração de oxigénio, morfina e betabloqueadores (propranolol e fenilefrina), bem como de diversas técnicas como flexionar os joelhos em direção ao tórax para melhorar o fluxo sanguíneo para o pulmão (Ribeiro et al., 2019; Gonçalves et al., 2021).

No caso das crianças, estas, devem ser instruídas que quando apresentam dispneia, se devem agachar ou posição de cócoras, este exercício simples permite aumentar o fluxo sanguíneo para os pulmões (Ribeiro et al., 2019).

Contudo como já foi referido anteriormente, o tratamento que existe mais eficaz para o TOF envolve o ato cirúrgico, desta forma, uma correta monitorização hemodinâmica no pós-operatório é crucial para a identificação de complicações e sinais de alarme. Isto envolve a monitorização de sinais vitais e de débito urinário (Gonçalves et al., 2021).

Por último, a descoberta do diagnóstico pode ser traumática para uma família, desta forma, os cuidados de enfermagem devem fornecer conforto, segurança, apoio e esclarecimento de dúvidas (Ribeiro et al., 2019).

#### Referências bibliográficas

American Heart Association. (2010). *Tetralogy of Fallot*. [www.heart.org](https://www.heart.org/en/health-topics/congenital-heart-defects/about-congenital-heart-defects/tetralogy-of-fallot).

Apliz, C., Division of Cardiology, L. F. H. C., Hospital for Sick Children, Toronto, ON, Canada, Wieb, G. D., Philadelphia Adult Congenital Heart Center, H. o. I. U. o. P., Philadelphia, PA, USA, Redington, A. N., andrew.redington@sickkids.ca, & Division of Cardiology, L. F. H. C., Hospital for Sick Children, Toronto, ON, Canada. (2009). Tetralogy of Fallot. *The Lancet*, 374(9699), 1462-1471. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60857-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60857-7)

Gonçalves, S. A. V., Mattias, G. F., Gonçalves, A. L. R., Silva, B. B. E. d., & Santos, F. d. (2021). Nursing care for children with congenital heart disease: a focus on Tetralogy of Fallot [Revisão]. *Global Academic Nursing Journal*, 2. <https://doi.org/https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200167>

Hockenberry, M. J., Hockenberry, M. J., ed. It. David Wilson, M. L. W., & al.]. t. d. D. C. e. (2011). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. Elsevier.

Fátima Cristiana da Costa Teixeira m53637  
Outubro de 2023

Johnna, F., Rachel, B., Lucy, S., & Amy, D. (2019). A Review of Tetralogy of Fallot and Postoperative Management. *Critical care nursing clinics of North America*, 31(3). <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2019.05.003>

Ribeiro, C., Souza, G. O. d., Mattos, J. P., Silva, L. A. d., Cláudia Ribeiro de Vasconcelos, W. F. d. S. F., & Oliveira, E. M. d. (2019). FALLOT TETRALOGY ALSO CALLED BLUE BABY SYNDROME: A LITERATURE REVIEW. *Disciplinarum Scientia*, 20, 37-52.

Siqueira, E. F. d., Guimarães, F. V., Dorvalino, J. d. S., Scaffi, L. C. M., & Taglietti, Z. R. (2023). O MANEJO DA GESTAÇÃO DE MULHERES COM DISTÚRBIOS CARDIOVASCULARES [Capítulo de Livro]. *Epileya*. <https://doi.org/https://doi.org/10.47797/ed.ep.2023809p343>

Souza, T. H. C., Perazzoli, B. L., Magalhães, L. E. C., Magalhães, C. D., & Cestari, C. E. (2022). GRAVIDEZ EM PORTADORA DE TETRALOGIA DE FALLOT NÃO REPARADA: RELATO DE CASO [Artigos]. <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina>. <https://doi.org/https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/5663>

Sá, S. R. d., & Carvalho, E. L. F. (2023). Tetralogia de Fallot: tratamento e a importância do diagnóstico precoce [Original Papers]. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR>. <https://doi.org/https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/59710>

Torres Gómez, L. G., Iligo Riesgo, C. A., Espinoza Ortigón, M. A., Barba Bustos, A. M., Marín Solís, B., & Gómez Vargas, J. R. (2010). Embarazo y tetralogia de Fallot con y sin corrección quirúrgica. *Ginecología y obstetricia de México*(6), 309-315.

Fátima Cristiana da Costa Teixeira m53637  
Outubro de 2023

## Apêndice N - Relato de Caso: “Ameaça de Parto Pré-termo” (Aguarda publicação)

### AMEAÇA DE PARTO PRÉ-TERMO: RELATO DE CASO

Fátima Cristiana da Costa Teixeira- Centro Hospitalar Universitário do Algarve; Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus - Évora, Portugal- <https://orcid.org/0009-0003-9478-5442>

Professora Orientadora- Maria Otilia Brites Zangão- *Comprehensive Health Research Centre* (CHRC), Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus- Évora – Portugal- <https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>

### RESUMO

**Enquadramento:** A Ameaça de parto pré-termo é uma condição clínica preocupante devido ao risco aumentado de morbimortalidade neonatal, desta forma, é determinante identificar precocemente os sinais de alerta e minimizar as complicações. Este relato de caso, é referente a uma grávida com 24 semanas e 6 dias com ameaça de parto pré-termo.

**Objetivo:** Elaborar uma proposta de plano de cuidados de enfermagem tendo como enfoque os fatores desencadadores de ameaça de parto pré-termo.

**Metodologia:** Realização da colheita de dados através da entrevista e posteriormente analisado através do modelo teórico de *Nancy Roper*. Desenvolvimento do plano de cuidados através da classificação internacional da prática de enfermagem.

**Resultados:** Identificados quatro diagnósticos de enfermagem com alterações.

**Conclusão:** O papel do enfermeiro é fundamental na vigilância, na promoção da saúde, assim como nas estratégias não farmacológicas de alívio da dor, ansiedade ou de tensão, sendo fatores que estão associados à ameaça de parto pré-termo.

**Palavras-chave:** Ameaça de parto pré-termo; Ansiedade; Dor; Excesso de peso; Infecção

## Apêndice O – Apresentação: Estratégias não Farmacológicas de Alívio da Dor



1/34

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Héna, M., Marques, R., & Batista, M. (2016). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Lúdi, Ed.).
- O'Reilly, S., Bottomley, C., & Rymer, J. (2002). Essentials of obstetrics and gynaecology (Elsevier).
- Oliveira, V. (2016). Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica A Utilização do Bebezo Durante o Trabalho de Parto - Uma Intervenção do EESMO para a Promoção do Conforto da Parturiente. <https://comum.ucaop.pt/bitstream/10300/18179/1/Resumo%20de%20Trabalho%20de%20Mestrado%20-%20V%20Oliveira.pdf>
- Reis, D., Gonçalves, F. J. R., Silva, Z., Guimarães, D. M., Dias, M. R. G., Batista, P. V. de S., Araújo, R. V., Magalhães, Juliana M., Santos, K. E. da S., & Lima, L. da C. (2022). Os benefícios da massagem no trabalho de parto | Revista Eletrônica Acervo Saúde. <https://iacorms.com.br/index.php/revista/revista/view/2088>
- Rodrigues, M. A. C., Martinez-Flores, S., Ota, R. M.-R., & Oliveros, M. L. (2023). Effects of Acupressure on Maternal and Neonatal Obstetric Outcomes during Labor: Study Protocol. *Healthcare*, 11(4), 2011–2011. <https://doi.org/10.3390/healthcare11042011>
- Saidah, K., Saidah, T. K., Saidah, M. K., Hanna, C. M. S., & Hanna, L. M. (2021). Assistência ao Parto. Ética em Ginecologia e Obstetrícia, 31.
- Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). Guia para Grávidas. Recuperado em 3 de abril de 2023, de <https://www.sns24.gov.pt/guia/guia-para-gravidas/>
- Silva, C. B. d. O., Rodrigues, K. M. D., Zoldan, C., Nomura, R. M. Y., Júnior, E. A., & Peixoto, A. B. (2023). Nonpharmacological Methods to Reduce Pain During Active Labor in a Real-life Setting. *Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia : revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*, 45(1). <https://doi.org/10.30662/2526-2592.1756969>
- Souza, E. (2019). 14. DOR NO TRABALHO DE PARTO. GUIA PRÁTICO PARA O MANEJO DA DOR SUMÁRIO 1. História da Dor.
- Sousa, M. R. S., Coelho, L. P. L., Silva, K. B. da, Silva, E. B. da, Azevedo, S. M. D., Santos, T. C. O., Inácio, O. C., Coimbra, L. L. M., Botto, F. de L., Leão, G. do O., Sousa, D. de D. C., França, R. O., Sousa, F. da S., Santos, M. E. L. de C., Coelho, L. B. de S., Silva, A. K. P. da, Santos, P. V. M., Femeira, R. N., Silva, R. T., & Rufino, V. S. P. (2021). Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto. *Research, Society and Development*, 10(5), e0495522572-v0495522572. <https://doi.org/10.24448/rsos.20172>
- Taborda Amara, C. I., Dias, H., De Oliveira Santos, M. J., Batista Neto, P. A. de A., & De Carvalho Coutinho, E. (2021). Benefícios da verticalização do parto. *Revista INFAD de Psicologia: International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 491–502. <https://doi.org/10.17960/infad.v0i1.n1.030>
- World Health Organisation. (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260176/978924156220-eng.pdf?sequence=1>

31/34



32/34

Apêndice P – Guião de Massagem

<p><b>Guia de massagem</b> Ano letivo 2023/2024</p> <p>Prof Orientadora Ana Frias; Prof Orientadora Otilia Zangão AEEESMO Cristiana Teixeira AEEESMO Maria Bessa</p>	<p>Bem-vinda a este guia visual de massagens para alívio da dor durante o trabalho de parto. Parabéns por embarcar neste momento único e extraordinário da maternidade.</p> <p>Este guia tem a finalidade de aliviar a dor, a tensão, promover o relaxamento e melhorar o bem-estar durante as diferentes fases do trabalho de parto.</p> <p>O poder do toque é uma ferramenta valiosa para proporcionar conforto físico e apoio emocional à grávida.</p>
<p>Ombros Costas e nádegas Parte superior das costas Sacro</p> <p>Fonte: <a href="https://mamomiss.wordpress.com/2017/08/29/">https://mamomiss.wordpress.com/2017/08/29/</a></p>	<p>Sente-se com as pernas abertas para o encosto da cadeira e apoie os braços.</p> <p>Lubrifique a palma das mãos, apoie nos quadris e faça movimentos laterais.</p> <p>Realize movimentos circulares ao lado da coluna, desde quadril até aos ombros.</p> <p>Agora, movimentos de vai e vem, do quadril até à região dos ombros.</p> <p>Fonte: <a href="https://www.pinterest.pt/pin/46457451778589796/">https://www.pinterest.pt/pin/46457451778589796/</a></p>
<p><b>Automassagem com bola</b></p> <p>Precisa de duas bolas de ténis. Fique em pé, de costas para a parede e ajete as bolas na região acima do quadril, e encoste para pressioná-las.</p> <p>Movimente-se para baixo, para o lado, para cima e para o outro lado, para fazer movimentos circulares. Repita por 10 vezes.</p> <p>Flexione o joelho de maneira que a bola vá para cima e, ao localizar um ponto que sinta mais dor, faça o movimento circular por 10 vezes.</p> <p>Fonte: <a href="https://www.pinterest.pt/pin/46457451778589796/">https://www.pinterest.pt/pin/46457451778589796/</a></p>	<p><b>Realizado com amor!</b></p>

## Apêndice Q - Apresentação: Dor em Obstetria



### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Nêné, M., Marques, R., & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (Lidel, Ed.).
- O'Reilly, B., Bottomley, C., & Rymer, J. (2012). *Essentials of obstetrics and gynaecology*. Elsevier.
- Oliveira, V. (2016). *Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica A Utilização do Rebozo Durante o Trabalho de Parto - Uma Intervenção do EESMO para a Promoção do Conforto da Parturiente*. <https://comum.rcoop.pt/bitstream/10400.26/18979/1/Relat%3b3rioEst%3c3%algio8CMESMOFINAL.pdf>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The Revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain, Articles in Press*(9). <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Reis, D., Gonçalves, F. J. R., Silva, Z., Guimarães, D. M., Dias, M. R. G., Batista, P. V. de S., Araújo, R. V., Magalhães, Juliana M., Santos, K. E. da S., & Lima, L. da C. (2022). Os benefícios da massagem no trabalho de parto | *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. [Acervomais.com.br](https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10818)
- Rodríguez, M. Á. C., Martínez-Flores, S., Osa, R. M.-R., & Oliveros, M. L. (2023). Effects of Acupressure on Maternal and Neonatal Obstetric Outcomes during Labor: Study Protocol. *Healthcare*, 11(14), 2111–2111. <https://doi.org/10.3390/healthcare11142111>
- Saidah, K., Saidah, T. K., Saidah, M. K., Hanna, C. M. S., & Hanna, L. M. (2021). *Assistência ao Parto*. Ética em Ginecologia e Obstetria, 31.
- Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). *Guia para Grávidas*. Recuperado em 3 de abril de 2023, de <https://www.sns24.gov.pt/guia/guia-para-gravidas/>
- Silva, C. B. d. O., Rodrigues, K. M. D., Zoldan, C., Nomura, R. M. Y., Júnior, E. A., & Peixoto, A. B. (2023). *Nonpharmacological Methods to Reduce Pain During Active Labor in A Real-life Setting*. *Revista brasileira de ginecologia e obstetria : revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria*, 45(1). <https://doi.org/10.1055/s-0042-1758629>
- Souza, E. (2019). 14. DOR NO TRABALHO DE PARTO. *GUIA PRÁTICO PARA O MANEJO DA DOR* SUMÁRIO I. História da Dor.
- Sousa, M. R. S., Coêlho, L. P. L. P., Silva, K. G. S. da, Silva, E. B. da, Azevedo, S. M. D., Santos, T. C. O., Kretzer, O. C., Coimbra, L. L. M., Borba, F. de L., Leão, G. do C., Sousa, D. de D. C., França, R. O., Sousa, F. da S., Santos, M. E. L. de C., Coelho, L. B. de S., Silva, A. K. P. da, Santos, P. V. M., Ferreira, R. N., Silva, R. T., & Rufino, V. S. P. (2021). Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto. *Research, Society and Development*, 10(15), e109101522572–e109101522572. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22572>
- Tobarda Amaro, C. I., Dias, H., De Oliveira Santos, M. J., Batista Nelas, P. A. de A., & De Carvalho Coutinho, E. (2021). Benefícios da verticalização do parto. *Revista INFAD de Psicologia*, International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1(1), 491–502. <https://doi.org/10.17060/ijdaep.2021n1v12130>
- World Health Organisation. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-enn.pdf?sequence=1>

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period*. Committee Opinion No. 804. *Obstetrics and Gynecology*, 135(4), e178–e188. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003772>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Nonpharmacologic approaches to pain management during labor*. ACOG Committee Opinion No. 810. *Obstetrics and Gynecology*, 135(2), e136–e142. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003875>
- Andrés, J., Villanar, S. R., Andrea Borrantes Arieta, Nélida Hurtado Sará, Hernando, J., Servín, C. A., Terán, L. M., & Moreno, O. (2022). Anestesia epidural obstétrica: actualización. *Revista Científica Multidisciplinar Ciencia Latina*, 6(4), 4541–4554. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i4.2954](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i4.2954)
- Baljon, K., Romé, M. H., Ismail, A. H., Khuan, L., & Chew, B.-H. (2022). Effectiveness of Breathing Exercises, Foot Reflexology and Massage (BRM) on Maternal and Neonatal Outcomes Among Primigravidae in Saudi Arabia: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Women's Health*, Volume 14, 279–295. <https://doi.org/10.2147/ijwh.347971>
- Corneio, M., Raquel, H., & Pacheco, J. (2014). *ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica UM PERCURSO RETROSPECTIVO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS*. Implicações da Manobra de Valsalva no Segundo Período do Trabalho de Parto: Revisão Integrativa da Literatura. Relatório de Estágio Relatório Final de Estágio orientado pela Prof. [a] Doutora [a]. <https://comum.rcoop.pt/bitstream/10400.26/9738/1/Implica%3c3A7%3c3%85es120da%3c3Dm%3c3Dsox%3c3D202P1-RL%3c3Dheioisofacheco.pdf>
- Coutinho, E., Dias, H., Santos, M. J., Leitão, A. I., Feres, A. S., Feliciano, A., Pereira, C. N., Loureiro, M. P., Rasteiro, R., Martins, S., & Machado, V. (2021). Promoção de saúde da mulher : desafios e tendências. In *repositorio.ipv.pt*. Escola Superior de Saúde de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/7076>
- Frias, A., & Franco, (2019). Sistema de informação Científica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 53–61. <https://www.recalyc.org/pdf/3400/34983229005.pdf>
- Ina May Gaskin. (2008). *Ina May's Guide to Childbirth*. Bantam.
- Uta, H., & Jones, S. (2019). Effect of Peanut Ball and Position Changes in Women Laboring With an Epidural. *Nursing for women's health*, 23(3). <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2019.04.004>
- Melo, J. (2019). INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FLOREIA -IMP PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM SAÚDE INTEGRAL PROGRAMA DE Mestrado em Saúde Integral VOCAÇÃO DURANTE O PERÍODO EXPULSIVO DO TRABALHO DE PARTO PARA PREVENÇÃO DE TRAUMA PERINEAL: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO. <http://higia.imip.org.br/bitstream/123456789/606/1/JOANAYZONUNES.pdf>
- Ministério da Saúde. (2018). *Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Recuperado em 3 de abril de 2023, de <https://www.mgfamilia.net/wp-content/uploads/PrognacVigGrav-2.pdf>
- Moises, E. (n.d.). *DOR DO PARTO VAMOS APRENDER COM ELA*.

### Apêndice R - Resumo: Dor em Obstetrícia



## Apêndice S - Sessão: Saúde e Perspetiva Psiconeuro-endócrino-imunológica/ Trabalho de Parto

