

**O ENFERMEIRO ESPECIALISTA E A COMUNICAÇÃO DE MÁS
NOTÍCIAS EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Joana Filipa Ferreira Cardoso

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

O ENFERMEIRO ESPECIALISTA E A COMUNICAÇÃO DE
MÁS NOTÍCIAS EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

COMMUNICATING BAD NEWS IN MATERNAL AND OBSTETRIC
HEALTH: THE ROLE OF SPECIALIST NURSE

Relatório de estágio de natureza profissional orientado
pela Professora Doutora Cândida Koch

Joana Filipa Ferreira Cardoso

Porto, 2021

AGRADECIMENTOS

O percurso que se espelha no presente relatório de natureza profissional comportou o incentivo e apoio constantes aos quais estarei eternamente grata.

A todas as professoras e, particularmente, à Professora Doutora Cândida Koch e à Professora Doutora Alexandrina Cardoso, o meu sincero agradecimento pelos momentos de reflexão e de encorajamento constantes, principalmente nas intempéries desta jornada.

Às minhas orientadoras, pelas oportunidades de aprendizagem que tanto contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. À Enfª Paula Miller pela disponibilidade e palavras revitalizantes.

Às minhas colegas e amigas de turma que incentivaram, constantemente, ao progresso. Pela amizade, pela partilha, pelo companheirismo e resiliência.

À Inês, por constituir em si mesma a melhor das surpresas, obrigada pela paciência e pelo carinho.

Ao Gonçalo, só por ser, só por existir. Pelo amor veemente e tudo que dele advém.

Aos meus pais e irmão, porque são o início e o fim, sem mais nada referir sob o infortúnio de minorar o que representam.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynaecologists

APPT - Ameaça de Parto Pré-termo

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cm - Centímetro

CMIN - Centro Materno-Infantil do Norte

CTG - Cardiotocografia/Cardiotocográfica

DG - Diabetes Gestacional

DGS - Direção-Geral de Saúde

HELLP - Hemolysis, Elevated Liver Enzymes and Low Platelets

HPP - Hemorragia Pós-Parto

HTA - Hipertensão Arterial

EESMO - Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

ICN - International Council of Nurses

IM - Intramuscular

IMG - Interrupção Médica da Gravidez

IV - Intravenoso

LA - Líquido Amniótico

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

mg/dl - Miligrama/Decilitro

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

PPT - Parto Pré-Termo RCIU - Restrição de Crescimento Intra-Uterino

RCM - Royal College of Midwives

RN - Recém-Nascido

RPM - Rotura Prematura das Membranas

SGB - Streptococcus do grupo B

SPN - Sociedade Portuguesa de Neonatologia

TP - Trabalho de Parto

UNICEF - United Nations International Children's Emergency Found

WHO - World Health Organizati

RESUMO

O presente documento, que se qualifica como relatório de estágio de natureza profissional, foi elaborado durante o ensino clínico, decorrido no Centro Materno-Infantil do Norte, entre 10 de novembro de 2020 e 31 de maio de 2021. Objetiva descrever e analisar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências enquanto estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

A prática desenvolvida ao longo dos estágios permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências, fundadas na evidencia científica mais atual, no contexto da Gravidez com Complicações, Trabalho de Parto e Parto e o Autocuidado no Pós-parto e Parentalidade.

A identificação da problemática da assistência do EESMO face à comunicação de más notícias quando a gravidez cursa com o diagnóstico de malformação fetal, conduziu à elaboração de uma revisão integrativa da literatura que pretendeu, não só, compreender a natureza complexa da experiência dos casais que vivenciam a situação supracitada, bem como as principais dificuldades dos profissionais de saúde e eventuais estratégias para promover as capacidades dos mesmos para lidar com esta tarefa.

Palavras chave: Enfermagem obstétrica, Comunicação de más notícias, Malformação fetal

ABSTRACT

This paper qualifies as a professional internship report, and it was drafted during the clinical stage underwent at Centro Materno-Infantil do Norte - Centro Hospitalar Universitário do Porto, from November 10th, 2020, to May 30th, 2021. The following pages aim to describe and analyze the skills gained and developed as a master in Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

The internship was carried out through three different fields, namely, high risk pregnancy, labor, and delivery and finally, postpartum cares and parenthood. In these three learning moments, key nursing behaviors were established, behaviors such that are heavily backed by the most recent medicinal evidence. These moments allowed for the development of nursing skills specialized for pregnant women, women in labor, post-partum women and newborns.

The problem faced by the nursing specialist, when in contact with a pregnancy diagnosed with congenital abnormalities, led to a thorough review of the literature in order to understand not only the harsh and complex nature of what the parents that go through the aforementioned situation experience, as well as the main obstacles that health professionals have to face and the proper strategies chosen to handle such situations.

Key words: Midwife Nurse, Delivering Bad News, Congenital Abnormalities.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	19
1.1. Contextualização do estágio	20
1.2. Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio: Gravidez com complicações	21
1.3. Prática baseada na evidência: revisão da literatura.....	29
1.3.1. Definição da problemática.....	32
1.3.2. Metodologia.....	34
1.3.3. Apresentação dos artigos selecionados	36
1.3.4. Análise e discussão dos artigos selecionados.....	45
1.3.5. Conclusões	56
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO	60
2.1. Contextualização do estágio	61
2.2. Desenvolvimento de competências no âmbito do trabalho de parto e parto	62
2.2.1. 1º Estadio do trabalho de parto e parto e Indução do TP	64
2.2.2. 2º Estadio do trabalho de parto/período expulsivo	68
2.2.3. 3º Estadio do trabalho de parto/ dequitação.....	72
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO AUTOCUIDADO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE.....	75
3.1. Contextualização do estágio	75
3.2. Desenvolvimento de competências no âmbito do autocuidado pós-parto e parentalidade.....	77
3.2.1. Atividades de vigilância face à puérpera	77
3.2.2. Atividades de vigilância face ao recém-nascido	84
3.2.3. Assistir na amamentação no puerpério	87
3.2.4. Promoção das competências parentais	89
ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA	93
CONCLUSÃO	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Níveis de evidência, sugeridos por Galvão (20016) e Stillwell, Fineout-Overholt, Fineout-Overholt, Melnyk e Williamson (2010 citados por Ânima Educação 2014, p. 34)	Error! Bookmark not defined.
Tabela 2. Síntese da análise dos artigos selecionados	Error! Bookmark not defined.
Tabela 3. Experiências no âmbito do estágio: trabalho de parto e parto	Error! Bookmark not defined.
Tabela 4. Experiências no âmbito do estágio: Autocuidado no pós-parto e Parentalidade	Error! Bookmark not defined.
Tabela 5. Registo de experiências global	94

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma dos estudos selecionados	Error! Bookmark not defined.
---	------------------------------

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Motivo de internamento - Gravidez com complicações	21
---	----

INTRODUÇÃO

O regulamento do 2º ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), preconiza a realização de um estágio de natureza profissional com desenvolvimento e discussão de um relatório final, com vista à obtenção do grau de Mestre.

A elaboração do relatório compreende a descrição sobre o processo de desenvolvimento de competências profissionais preconizadas pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), analisado reflexivamente à luz da evidência científica mais atual. Não obstante, compreende também o desenvolvimento de uma revisão da literatura ou de um estudo de investigação incorporado nos projetos de investigação da ESEP.

O enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO) assume tanto intervenções autónomas - no que toca ao curso fisiológico do ciclo reprodutivo - como intervenções interdependentes, nomeadamente nas situações de risco em que estão envolvidos processos fisiopatológicos. Desta forma, a OE (2009) definiu como competências específicas do EESMO: 1. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; 2. Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal, pós-natal e durante o trabalho de parto (TP) e parto; 3. Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período do climatério; 4. Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; 5. Cuidar do grupo alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade. Desta forma, todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio visam adquirir e desenvolver as competências anteriormente mencionadas.

O desenvolvimento das atividades de estágio nos diferentes contextos de assistência à grávida, parturiente, puérpera e recém-nascido, tomou lugar no Centro Materno-Infantil do Norte, pertencente ao Centro Hospitalar Universitário do Porto, durante o ano letivo de 2020/2021, nos serviços de medicina materno-fetal, núcleo de partos e puerpério.

A realização dos diferentes módulos de estágio permitiu o desenvolvimento de competências no âmbito da saúde materna e obstétrica, permitindo mobilizar a evidência científica para a tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem especializados. Não obstante, permitiu, não só, a promoção de uma consciência profissional sobre o papel do EESMO, como também de habilidades sociais e comunicacionais, para lidar com diferentes situações em diferentes contextos. As intervenções de enfermagem descritas neste relatório encontram-

se suportadas pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) elaborada pelo International Council of Nurses (ICN, 2017).

O presente relatório encontra-se estruturalmente dividido em quatro capítulos, dispostos respeitando a ordem cronológica do ciclo reprodutivo e não pela ordem segundo a qual os ensinamentos clínicos se desenvolveram.

No primeiro capítulo encontra-se desenvolvido o ensino clínico no âmbito da gravidez com complicações, onde se inclui também uma revisão da literatura realizada acerca do papel do EESMO na comunicação quando a gravidez cursa com o diagnóstico pré-natal de anomalia fetal. No segundo capítulo narram-se as competências desenvolvidas no âmbito do trabalho de parto e parto e no terceiro e último capítulo faz-se uma descrição das atividades desenvolvidas no âmbito do autocuidado no pós-parto e parentalidade. Por fim, o presente relatório apresenta ainda um capítulo reservado à análise crítica-reflexiva acerca do desenvolvimento de competências e experiências adquiridas ao longo do processo de aprendizagem.

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

A gravidez é um processo dinâmico, acompanhado por alterações anatómicas, fisiológicas e hormonais, que resultam em diversas mudanças orgânicas e funcionais no corpo de uma mulher. Contudo, ao longo da gravidez, poderão surgir fatores de risco que condicionam um agravamento da condição de saúde da grávida e/ou do feto, comprometendo o seu bem-estar. A identificação do risco é ponderada através da história familiar e pessoal, do exame físico, avaliações clínicas e, especificamente, os antecedentes ginecológicos e obstétricos. Segundo a Tabela de Goodwin modificada, o risco por ser classificado em três níveis (baixo risco, médio risco e alto risco), ponderando os fatores citados. A classificação em graus de risco é, no entanto, dinâmica, pelo que a identificação de um fator de risco ou situação anômala determina a revisão desta classificação e a consequente atuação em conformidade (Orfão, 2016).

Poderá estar associado um maior risco de mortalidade e morbilidade materno-fetal a algumas patologias, designadamente, a hipertensão arterial (HTA) e/ou pré-eclâmpsia, diabetes *mellitus* e/ou gestacional, anemia, patologia tiroideia, antecedentes de tromboembolismo, asma e perturbações do foro psiquiátrico. Não obstante, também fatores como a gravidez múltipla ou em extremos da idade reprodutiva, a adoção de certos comportamentos de risco, como o tabagismo, alcoolismo ou infeções sexualmente transmissíveis, podem condicionar a evolução da gravidez (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015).

Reconhecendo que a gravidez não é um estado de doença, está atualmente demonstrado que a acessibilidade aos cuidados especializados na gravidez, no parto e no puerpério, assim como nos cuidados pré-concepcionais diminuem drasticamente a morbilidade e mortalidade materna, fetal e infantil (DGS, 2011 cit. por Orfão, 2016). Assim, algumas destas situações implicam internamento hospitalar de forma a possibilitar uma vigilância estreita do bem-estar materno e fetal.

As competências específicas do EESMO, neste âmbito, consistem em promover a saúde da mulher, diagnosticar precocemente e prevenir complicações, providenciar cuidados à mulher e facilitar a sua adaptação durante o período pré-natal e em situação de abortamento (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019).

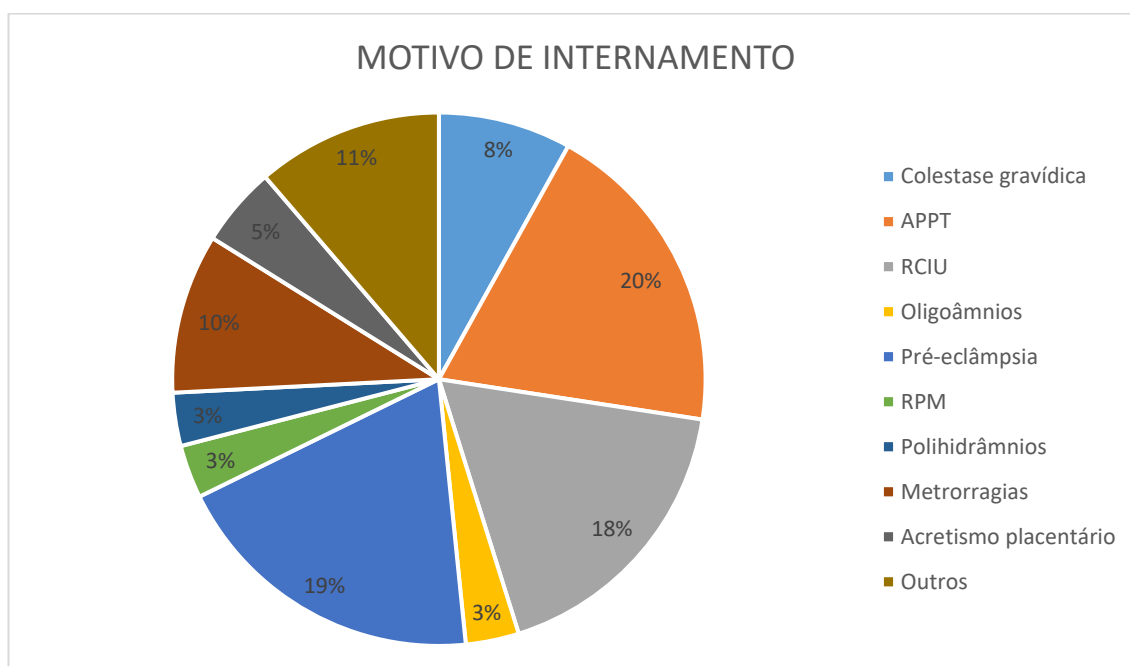
1.1. Contextualização do estágio

As atividades de estágio desenvolvidas no âmbito da gravidez com complicações foram realizadas sob a orientação/supervisão de uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EESMO) e decorreram entre o dia 12 e 31 de maio de 2021, perfazendo um total de 250h. O ensino clínico decorreu no Centro Materno Infantil do Norte (CMIN), no serviço Medicina Materno-Fetal. Este serviço compreende o internamento de grávidas e puérperas com patologia associada não controlada e, ainda, o internamento pré e pós-cirúrgico de ginecologia. Neste serviço também se incluía o internamento de mulheres que sofreram perda gestacional ou que foram submetidas a interrupção médica da gravidez (IMG).

Durante a prática clínica foi possível prestar cuidados específicos, em contexto de internamento, a grávidas com os seguintes diagnósticos médicos: rutura prematura de membranas (RPM), restrição de crescimento intrauterino (RCIU), ameaça de parto pré-termo (APPT), colestase intra-hepática da gravidez, diabetes *mellitus* (pré-gestacional e gestacional), doenças hipertensivas maternas (hipertensão crónica, pré-eclampsia e hipertensão gestacional), placenta prévia, acretismo placentar, vasa prévia, encurtamento do colo uterino, polihidrâmnios e oligoâmnios. Foi, ainda, possível o contacto com o caso de uma grávida com diagnóstico de trombocitopenia grave, em que o tratamento passou por esplenectomia. No Gráfico 1 encontra-se espelhado o registo de experiências conforme a patologia que motivou o internamento.

Assim, foi possível acompanhar, apoiar e orientar um total de 60 grávidas durante o estágio, no sentido de promover a saúde da mulher e o bem-estar fetal, diagnosticar precocemente situações de risco e prevenir complicações na saúde de ambos, bem como facilitar a sua adaptação à parentalidade e à atual situação de gravidez com patologia associada.

Gráfico 1. Motivo de internamento - Gravidez com complicações



2.

Apesar de todos os casos terem proporcionado uma grande variedade de experiências e aprendizagens, estaticamente, contactou-se com mais casos de APPT, RCIU e pré-eclâmpsia, pelo que se descrevem, com mais detalhe, estas patologias e as atividades desenvolvidas e cuidados de enfermagem inerentes às mesmas.

1.2. Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio: Gravidez com complicações

A gravidez, por si só, surge como um momento exigente na vida da mulher, a vários níveis. A súbita materialização do sonho faz com que os futuros pais necessitem de um tempo interno, para elaborarem mentalmente as implicações que o nascimento do bebé vai desencadear/originar neles mesmos (Marques, 2016). Quando a gravidez cursa com o diagnóstico de gravidez de risco, potencia maiores níveis de ansiedade e medo, sobretudo quando se associa ao internamento. A hospitalização, por si só, acarreta também diversos sentimentos e mudanças. Ambas as experiências têm fortes implicações, não só para a mulher, como também para a sua família. Ao depararem-se com a impossibilidade de se prepararem para a maternidade, quer pela componente psicológica, como física ou mesmo

pela organização e reestruturação da dinâmica familiar e dos recursos necessários, torna-se perentório que o EESMO, no contexto do internamento, preste cuidados especializados à grávida de forma a assegurar o melhor desfecho possível.

Assim, primeiramente, durante a prática clínica, nos diferentes ensinamentos clínicos, privilegiou-se o acolhimento e o primeiro contacto com a grávida para o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança. Não obstante, considerou-se eticamente fundamental obter o consentimento da grávida/casal para colaboração no processo de aprendizagem. A sua obtenção define-se como a manifestação clara de que a decisão de colaboração assenta na liberdade de escolha e na autorresponsabilização. Independentemente da necessidade que os profissionais de saúde têm de passar pelo processo de formação, cabe a estes ponderar sobre a proporcionalidade de direitos. Ou seja, tal como os profissionais de saúde têm o direito de aceder às utentes para a sua formação e para que esta faça deles profissionais competentes, as utentes têm o direito de ver respeitada a sua privacidade e vontade de não colaborar com a formação dos estudantes (Nunes, 2016).

O acompanhamento da evolução do estado de saúde das grávidas internadas exige a formulação e diagnósticos e respetivas intervenções. Para tal, é necessário proceder a uma recolha de dados eficaz, através da consulta do processo clínico, entrevista e exame físico da grávida. Ao consultar o processo clínico da grávida obtínhamos dados como o motivo de internamento, antecedentes pessoais e obstétricos e idade gestacional. A avaliação inicial incluía recolher dados como a medicação habitual, comportamentos de saúde e o contacto telefónico da pessoa significativa. Durante o exame físico inicial da grávida, eram avaliados os sinais vitais, a integridade da pele e coloração das mucosas, presença de edemas, bem como o nível de compromisso nas atividades de autocuidado.

Durante a prática clínica foi possível constatar que, apesar das diferentes causas de internamento encontradas entre as grávidas, a prática da enfermagem apresentava um conjunto de intervenções, resultantes de prescrição, comuns, independentemente da patologia ou situação clínica apresentada, entre elas: a administração de terapêutica, a monitorização de sinais vitais e a cardiotocografia.

A ameaça de parto pré-termo (APPT) define-se pelo aparecimento de contratilidade uterina regular, produzindo alterações do colo uterino, antes das 37 semanas de gestação. Considera-se parto pré-termo (PPT) todo o parto que ocorre entre a 22^a e a 36^a semana e seis dias de gravidez. O PPT acontece em cerca de 10% das gravidezes e é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade neonatal (Magro, Guerreiro & Fidalgo, 2016). A etiologia do PPT não é compreendida na totalidade, sendo que em apenas 70% a 80% das situações são conhecidas as causas, de acordo com a American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG, 2016), fatores de risco poderão estar associados, designadamente, a idade avançada, intervalo entre as gravidezes reduzido, colo uterino curto, bem como fatores relacionados com o estilo de vida.

Os RN prematuros são mais vulneráveis a complicações do foro respiratório e nutricional, tendo mais dificuldades na regulação da temperatura corporal, comportando um risco mais elevado de contrair infeções (World Health Organization [WHO], 2015). Posto isto, torna-se claro que o PPT constitui um problema de saúde pública, sendo essencial a intervenção dirigida à APPT. De acordo com Magro et al. (2016), sinais como algias abdominais e pélvicas, lombalgias, pressão pélvica, alteração do fluxo vaginal (modificação/ aumento) e contrações uterinas dolorosas ou não poderão ser indicativos de APPT.

Perante estes casos, a literatura recomenda a administração de terapêutica tocolítica, para posterior indução da maturação pulmonar fetal, a profilaxia da infeção neonatal por *Estreptococos B-hemolítico* do grupo B (SGB) e a prescrição de repouso moderado (Magro et al., 2016).

No que concerne à terapêutica tocolítica, esta encontra-se indicada em gravidezes entre as 24 e as 34 semanas, sendo eficaz para prolongar a gravidez por, pelo menos, 48 horas e até 7 dias, sendo este período suficiente para completar o ciclo de maturação pulmonar fetal e, se necessário, transferir a grávida para uma instituição de saúde com cuidados neonatais especializados. No entanto, esta terapêutica está contraindicada em situações de corioamniotite, patologia materna grave (eclâmpsia ou pré-eclâmpsia grave), ou patologia fetal (Magro et al., 2016).

De entre os fármacos tocolíticos utilizados, destacam-se a Nifedipina (inibidor de canais de cálcio) em situações de APPT e o Atosiban (inibidor dos recetores de ocitocina) em situações de PPT iminente. Poutro lado, a administração de Indometacina está restrita a idades gestacionais < 32 semanas.

Durante a prática clínica, foi administrada, segundo protocolo, Nifedipina via oral e, quando a idade gestacional <32 semanas a Indometacina via oral. Aquando desta prática, vigiavam-se possíveis efeitos secundários, tais como, hipotensão, astenia, alterações vasomotoras, náuseas e vômitos, cefaleias e tonturas (Magro et al., 2016).

A indução da maturação pulmonar encontra-se descrita como uma das intervenções que poderá melhorar o resultado neonatal nas situações descritas, na medida em que reduz significativamente a incidência e a gravidade da doença da membrana hialina/síndrome de dificuldade respiratória e da hemorragia intraventricular no recém-nascido. De acordo com a WHO (2015), esta terapêutica está indicada em gestações entre as 24 e as 34 semanas, sendo que a sua eficácia aumenta se o parto ocorrer entre 24 horas e 7 dias após a última toma. No serviço era administrada são a Betametasona 12mg via intramuscular em 2 tomas de 24/24horas e a Dexametasona 6mg via intramuscular em 4 tomas de 12/12horas, conforme protocolo.

Quando em situações de exsudado vaginal (retal positivo para SGB ou rotura prematura de membranas (RPM) superior a 18 horas, está indicada a profilaxia da infeção neonatal por SGB (Magro et al., 2016). No CMIN esta profilaxia consistia na administração de Ampicilina EV e, nos casos de alergia à mesma, a Cefazolina, Clindamicina e Vancomicina.

Ainda que a prescrição de repouso no leito seja uma das condutas descritas e incentivadas face ao diagnóstico de APPT, a literatura não é consensual quanto à sua eficácia. Graça (2017) afirma que “o repouso em decúbito lateral diminui a frequência e a intensidade das contrações, melhora o fluxo uteroplacentário e alivia a pressão da apresentação sobre o colo”, não obstante, de acordo com Sosa, Althabe, Belizán e Baergel (2015) na sua revisão sistemática da literatura, os resultados obtidos não suportam ou refutam os benefícios que possam advir desta prática. Não obstante, uma restrição prolongada da atividade poderá contribuir para o aumento do risco de trombose venosa, atrofia muscular, redução da massa óssea, entre outros efeitos adversos.

Durante a prática clínica foi possível prestar cuidados a grávidas internadas com o diagnóstico de RCIU ou restrição de crescimento fetal (RCF). Segundo a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN, 2018), RCF refere-se a todo o feto que não atinge o potencial de crescimento geneticamente determinado para a sua idade gestacional (IG). Constitui uma alteração dinâmica do crescimento e pode ser devida a fatores maternos, fetais, placentários, ambientais ou a uma interação dos mesmos, sendo o seu diagnóstico complexo e idealmente baseado na avaliação ecográfica seriada da gestação, com registo da velocidade de crescimento fetal. Os recém-nascidos (RN) com RCF que não atingiram o seu potencial de crescimento *in útero* apresentam um risco aumentado de mortalidade e morbilidade significativa quando comparados com RN com crescimento intrauterino adequado e, como tal, o diagnóstico da redução da velocidade de crescimento fetal é fundamental. Importa distinguir RCF de LIG (leve para a idade gestacional), que são fetos com estimativa de peso fetal (EPF) <P10 e/ou perímetro abdominal (PA) <P10, contudo, a fluxometria Doppler apresenta sempre normais (SPN, 2018).

Os casos de RCF devem ser referenciados para um centro de apoio perinatal diferenciado para estudo etiológico, monitorização e decisão do momento ideal para o parto, evitando a morte *in útero* sem acréscimo significativo da prematuridade iatrogénica. Assim, está recomendada uma vigilância adequada através do perfil biofísico, fluxometria Doppler e avaliação do líquido amniótico (LA) semanalmente, biometria fetal (2/2 semanas), monitorização cardiotocográfica (CTG) diária, e ainda a prescrição de repouso no leito, a indução da maturidade pulmonar e a programação do parto consoante a condição materno-fetal e a idade gestacional (Magro et al., 2016).

Durante a prática clínica, foi ainda possível prestar cuidados a grávidas diagnosticadas com pré-eclâmpsia. A hipertensão associada à gravidez constitui a causa mais importante de mortalidade e morbilidade materna e perinatal. Ainda que se desconheça a sua incidência

em Portugal, estima-se que, a nível internacional, possa atingir 15% das grávidas (Monteiro & Leite, 2016). A pré-eclâmpsia é, classicamente, definida como hipertensão arterial, com aparecimento de novo após as 20 semanas de gestação, associada a proteinúria. Contudo, estes critérios sofreram alterações, pelo que, não só a proteinúria deixou de ser componente obrigatório para o diagnóstico, como os critérios de gravidade da PE foram revistos (Monteiro & Leite, 2016). Assim, define-se por valores de tensão arterial $\geq 140/90$ mmHg em 2 medições distintas com intervalo mínimo de 4 horas, numa grávida previamente normotensa, e associada a proteinúria significativa ($\geq 300\text{mg/L}$ na amostra de urina de 24h). Também pode ser estabelecido o diagnóstico de pré-eclâmpsia sem proteinúria se existir trombocitopenia, aumento da creatinina sérica, elevação das enzimas hepáticas, alterações visuais, cefaleias e/ou epigastralgias (American College of Obstetricians and Gynaecologists [ACOG], 2020).

Alguns fatores de risco podem estar associados à sua incidência, designadamente, antecedentes pessoais de PE, a gravidez gemelar, a idade materna avançada, DM, HTA crónica e ainda obesidade. Ainda que a patogénese deste quadro não seja totalmente conhecida, considera-se que alterações a nível placentário conduzem a um ambiente de hipoperfusão-isquemia-hipóxia que conduz à libertação de mediadores que vão alterar a atividade das células endoteliais maternas, com o aparecimento do quadro de PE (Monteiro & Leite, 2016).

No caso de agravamento deste quadro pode surgir a eclâmpsia. Trata-se de uma manifestação neurológica da pré-eclâmpsia e caracteriza-se pelo aparecimento de convulsões tónico-clónicas, com duração não superior a 3-4 minutos, na ausência de doença neurológica, que podem surgir frequentemente no pós-parto. Os sintomas que mais frequentemente podem preceder a ocorrência de convulsões são: cefaleias frontais ou occipitais, alterações visuais (escotomas, visão turva, diplopia, fotofobia), desconforto epigástrico ou hipocôndrio direito, alteração do estado de consciência e dificuldade respiratória (Monteiro & Leite, 2016).

Perante uma pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade, a WHO (2014) recomenda a adoção de uma atitude expectante, o que inclui a monitorização da tensão arterial de 4/4h, avaliação analítica, CTG diário.

O internamento das grávidas com complicação associada, pressupõe uma vigilância materno-fetal, por parte do EESMO, mais frequente. A avaliação hemodinâmica da grávida era realizada uma vez por turno. A tensão arterial (TA) sofre um conjunto de alterações fisiológicas ao longo da gravidez, contudo, importa considerar estes valores quando se está perante casos de doenças hipertensivas maternas. Durante a prática clínica foram apenas vivenciadas situações de pré-eclâmpsia, sem critérios de gravidade. Nestes casos, foi de extrema importância a monitorização da tensão arterial e da diurese e, avaliar a presença de sinais e sintomas de agravamento da HTA nomeadamente, pródromos de eclâmpsia:

cefaleias persistentes, perturbações visuais, epigastralgias e hiperreflexia (Monteiro & Leite, 2016). Não obstante, face ao potencial para melhorar conhecimento, considerou-se relevante ensinar a grávida sobre estes sinais e sintomas para que fosse capaz de os reconhecer e comunica-los à equipa de saúde. A monitorização da TA materna é, também, particularmente importante nos casos de RCIU, uma vez que 30 a 40% dos casos estão associados a doenças hipertensivas (Infante & Avendaño, 2015).

O EESMO é ainda responsável pela avaliação do bem-estar materno-fetal através de CTG, permitindo a interpretação do traçado avaliar a presença/ausência de contrações uterinas e caracterizá-las, bem como a frequência cardíaca fetal. Esta avaliação era efetuada umvez por turno ou sempre que alguma alteração o justificasse. Embora a maioria das causas que condicionam a morbilidade perinatal não possam ser prevenidas por intermédio dos métodos de avaliação do bem-estar materno-fetal, a não identificação de alterações e subsequente falhas de intervenções adequadas são fatores que podem contribuir para efeitos adversos no feto (Santana & Figueiredo, 2016).

A longo dos anos têm sido desenvolvidos vários sistemas de classificação de CTG, de forma a identificar-se o que é normal, o que requer avaliação e o que é anormal e requer nascimento imediato. Contudo, os traçados de CTG são interpretados de forma diferente por diferentes profissionais de saúde (Santa & Figueiredo, 2016). Durante o ensino clínico, esta foi uma prática que requereu formação contínua e treino prático de análise sistemática de diferentes traçados, que em conjunto com a enfermeira tutora, contribuiu para o desenvolvimento de competências para avaliar o bem-estar materno-fetal.

Durante a prática clínica, era tida em consideração a posição da grávida aquando da realização da CTG, uma vez que permite que se identifiquem com maior rigor situações de potencial risco materno-fetal, atuando-se adequadamente em cada uma delas. Assim, das diferentes posições recomendadas, a literatura sugere a posição de *semifowler*, por assegurar uma oxigenação adequada da grávida e do feto e níveis consideráveis de conforto, seguida da posição de sentada e o decúbito lateral esquerdo (Cerejeira, 2011 cit. por Santana & Figueiredo, 2016).

As alterações mais frequentemente observadas no traçado, durante a prática clínica, foram a presença de desacelerações e a baixa variabilidade. Face à presença de desacelerações variáveis, a grávida era instruída a posicionar-se em decúbito lateral esquerdo, de forma a libertar e a melhorar o fluxo sanguíneo ao útero e, consequentemente, ao feto (Graça, 2017). No que concerne à avaliação da variabilidade, importa considerar a idade gestacional, os períodos de sono fetal e a instituição prévia de terapêutica corticóide. No ensino clínico, observou-se que, nestes casos, foi recomendado à grávida que ingerisse algum alimento, com o objetivo de aumentar o aporte de glicose, ainda que a literatura não evidencie nenhum benefício desta prática, uma vez que a quantidade de glicose que chega ao feto,

após a ação do metabolismo materno, é reduzida e, provavelmente, não é conseguida uma elevação suficiente da glicemia fetal (Graça, 2017).

A maioria dos cardiotocógrafos, no serviço, possuíam sensores de movimentos fetais, pelo que a grávida não necessitava estar concentrada na contagem desses movimentos. A percepção de movimentos fetais é um achado importante, uma vez que a sua diminuição está associada a resultados obstétricos pouco desejáveis (Dutton et al., 2012).

Sendo possível de constatar que este era um momento que gerava nas grávidas alguma ansiedade, uma vez que estas antecipavam cenários considerados ameaçadores ao bem-estar do bebé, considerou-se importante informar sobre a normalidade do traçado do CTG e quais os motivos aparentes para a possível demora na identificação do foco cardíaco fetal, ou mesmo das descaptações que, frequentemente, acontecem por movimentos fetais mais vigorosos, por exemplo.

Durante a prática clínica considerou-se essencial dotar a grávida de conhecimentos relativos ao processo fisiopatológico, sinais de alarme e prevenção de complicações, bem como ao regime terapêutico. Assim, face ao potencial para melhorar conhecimento, após avaliação das necessidades individuais de cada mulher, eram realizados ensinamentos que satisfizessem as suas dúvidas específicas.

Ao longo da prática clínica, foi possível, ainda, compreender a necessidade de algumas grávidas em obter conhecimento relativo ao parto e parentalidade, identificadas a partir da colocação de dúvidas e questões. A gravidez e o parto são fases únicas na vida de uma família, em especial na vida da mulher, e compreendem um período de construção e desenvolvimento. Neste sentido, reconhece-se que a preparação pré-natal é essencial, pois permite, por um lado, a aquisição e validação de conhecimentos do casal acerca das alterações físicas, psicológicas e sociais relativas à gravidez, parto e puerpério, por outro lado, permite-lhes desenvolver competências na área dos cuidados ao recém-nascido (Pereira, 2016).

O momento do parto é muitas vezes carregado de mitos e medos, bem como a ansiedade relativa a cuidar do recém-nascido e amamentação, podendo transformar este período um pouco mais sombrio. De certa forma, o internamento por gravidez com complicações, limita a possibilidade de partilha de experiências, ideias e dúvidas que as grávidas poderiam ter caso frequentassem os programas educacionais de preparação para o parto e parentalidade. Não obstante, devido às limitações impostas pela pandemia, as grávidas estavam limitadas à enfermaria, não sendo possível que confraternizassem no corredor ou espaços comuns.

Posto isto, cabe ao EESMO no internamento, capacitar a mulher/casal para a vivência e experiência de gravidez e parto gratificante e saudável. Assim, durante a prática clínica, quando identificada esta necessidade, foi possível ensinar as grávidas, particularmente, no âmbito da fisiologia e dinâmica do trabalho de parto, métodos farmacológicos e não

farmacológicos de controlo da dor, bem como amamentação e cuidados ao RN. As informações dirigidas a estas temáticas possibilitam uma vivência mais tranquila de todo o processo gravídico-puerperal (Diniz & Duarte, 2004 cit. por Pereira, 2016). Foi ainda, possível, criar a ponte entre estas grávidas e a equipa de EESMOS da consulta externa do CMIN, responsáveis pelos programas de preparação para o parto e parentalidade para que, dessa forma, pudessem participar nas sessões on-line enquanto estavam internadas.

A adaptação à gravidez apresenta-se, por si só, como um período de vulnerabilidade. Quando associado à hospitalização, as mulheres experimentam sentimentos de impotência, perda de controlo das situações e isolamento social, na medida em que se encontram longe do seu ambiente familiar e dos amigos (Barber & Starkey, 2015). Um dos fatores, identificados pelas grávidas, que dificulta a vivência desta experiência é o próprio ambiente hospitalar. Descrevem a falta de privacidade, principalmente aquando das visitas médicas, pela possibilidade de ouvirem as conversas privadas quando partilhavam a enfermaria, o que lhes causava um grande desconforto (Richter, Parkes & Chaw-Kant, 2007). Por outro lado, o facto de partilharem enfermarias duplas, permitia, não só, combater a solidão, como também a partilha de experiências e emoções (Kent, Yazbek, Heyns & Coetzee, 2015).

Efetivamente, a maior dificuldade relatada pelas grávidas acompanhadas, ao longo da prática clínica, foi a restrição do horário das visitas. Este foi um aspeto, particularmente, difícil de contornar, uma vez que, devido à pandemia, o serviço apenas permitia a visita de uma pessoa significativa uma vez por semana e uma ao fim de semana. A existência de uma rede de apoio significativa é amplamente reconhecida pela evidência científica pela sua importância na grávida quando lida com elevados níveis e stress (Pio & Capel, 2015). Por este motivo, a grávida tornou-se alvo de atenção redobrada, uma vez que, para além dos cuidados de enfermagem prestados, foi importante demonstrar disponibilidade e abertura para a expressão de emoções, que eram conseguidas, muitas vezes, apenas por estar presente e desenvolver a escuta ativa.

Prestar cuidados a estas mulheres revelou-se desafiante no decorrer deste ensino clínico, uma vez que exigiu, não só a mobilização de conhecimentos teóricos anteriormente adquiridos como, também, a mobilização de recursos internos pessoais que permitissem auxiliá-las a ultrapassar as dificuldades, medos e anseios. Neste percurso, considerou-se essencial o desenvolvimento de competências comunicacionais, assegurando-se que a utilização desta ferramenta era garantida de forma intencional, conduzindo a cuidados centrados na grávida e não na tarefa.

Não deve ser descurado que a patologia associada à gravidez se pode traduzir em grande ansiedade na grávida e na sua família. Para muitas grávidas, o diagnóstico é inesperado, bem como a decisão de internamento, ao qual se acresce a necessidade de cuidados materno-fetais continuados, o que faz com que tenham perceção da gravidade da situação. Por outro lado, o diagnóstico relacionado com o feto, por vezes, em idades gestacionais

precoces, obriga a perspetivar um prognóstico neonatal reservado. Para os casais, a gestação idealizada passa, assim, para uma gestação que é vivenciada como doença, que coloca em risco a mulher e o feto (Monteiro & Leite, 2016). Posto isto, é crucial que a equipa multidisciplinar transmita o plano de atitudes de forma tranquilizadora e empática, disponibilizando-se para esclarecimentos, assegurando a presença de, pelo menos, uma pessoa significativa que auxilie a grávida neste processo. O EESMO que acompanha a grávida mantém uma relação privilegiada e dinâmica no decurso do ciclo gravídico, pelo que a pertinência da atuação deve ser cada vez mais refletida. É fundamental que o EESMO reconheça, o mais precocemente possível, as causas desencadeadoras de processos de ansiedade para que possa desenvolver estratégias adequadas para a respetiva diminuição (Silva & Neves, 2016).

1.3. Prática baseada na evidência: revisão da literatura

Os enfermeiros são constantemente desafiados na procura de conhecimento científico, com o objetivo de promoverem a melhoria dos cuidados prestados aos seus clientes. Não obstante, de acordo com o Código Deontológico, artigo 109º, alínea a), o enfermeiro tem o dever, e com vista à excelência do exercício profissional, de “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”. Este dever é um dos caminhos para promover a qualidade e a excelência dos cuidados de enfermagem, utilizando sempre uma metodologia científica que baseie e sustente a prática em estudos de investigação (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015).

Os cuidados de enfermagem necessitam de mobilizar uma vasta gama de bases de evidência, dentro e para além das ciências médicas, incluindo as ciências do comportamento e sociais. Para apreciar estes tipos diferentes de evidência, é importante que os enfermeiros possam avaliar criticamente a qualidade da investigação e que sejam capazes de respeitar e apreciar as diferentes metodologias (Craig & Smyth, 2004, p. 12).

Assim, em enfermagem, a implementação da prática baseada em evidência científica poderá contribuir para a substituição de cuidados baseados em tradição, rituais e rotinas para uma prática clínica reflexiva, com resultados comprovados, baseada em conhecimento científico, promovendo a eficácia e a qualidade da assistência prestada ao cliente e familiares (Galvão & Sawada, 2003).

Um dos propósitos da Prática Baseada em Evidência (PBE) é encorajar a utilização de resultados de pesquisa científica nos cuidados prestados nos diversos níveis de atenção, na área da saúde, reforçando a importância da pesquisa para a prática clínica (Mendes, Silveira & Galvão, 2008). A PBE é definida pelo International Council of Nurses como “um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar” (ICN, 2012, p. 10). Este “método de resolução de problemas” implica recorrer a publicações científicas, recolhendo a informação mais recente que a investigação apresente, conduzindo desta forma à prestação de cuidados mais eficazes, baseados em evidência científica. Assim, afigura-se como uma forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais que, em regra, assumir-se-ão como as mais adequadas, com previsível garantia dos melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis, de acordo com a participação ativa de todos os envolvidos nos processos terapêuticos e de tomada de decisão (Pereira, Cardoso & Martins, 2012).

Uma vez que a informação disponível no âmbito da saúde se nos é apresentada em grandes quantidades, torna-se necessário organizar o conhecimento científico através de uma revisão da literatura. A sua finalidade prende-se com o aprofundamento do conhecimento numa área de estudo específica, sintetizando e organizando de forma sistemática os resultados encontrados nas diversas investigações sobre o tema. Não obstante, objetiva ainda implantar intervenções que sejam verdadeiramente efetivas na prestação de cuidados e a identificação de lacunas que orientem o desenvolvimento de investigações futuras (Mendes et. al, 2008).

De entre os métodos de revisão, a revisão integrativa é o mais amplo, pois permite a inclusão simultânea de pesquisa experimental e quase-experimental, proporcionando uma compreensão mais ampla e completa do tema de interesse. Não obstante, este método também permite a combinação de dados de literatura teórica e empírica. Assim, o investigador pode elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, podendo ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos relacionados com um tópico particular (Mendes et al., 2008).

Os mesmos autores sugerem a existência de seis etapas no processo de elaboração da revisão integrativa. O primeiro passo consiste na definição de um problema de investigação/hipótese/questão orientadora, que se apresente relevante para a área da saúde e enfermagem. Esta etapa, considerada pelos autores como norteadora do estudo, deve estar relacionada a um raciocínio teórico e definida de forma clara e específica, assim como os objetivos da sua pesquisa e as palavras-chave delineadas para o estudo, permitindo uma análise direcionada e completa, com conclusões de fácil aplicabilidade. A segunda etapa compreende a pesquisa em bases de dados para a identificação dos estudos que serão incluídos na análise, estabelecendo-se os critérios de inclusão e exclusão dos artigos. Esta seleção rigorosa e concisa, na medida em que afeta vincadamente a fiabilidade das conclusões

finais. A terceira etapa, análoga à etapa de colheita de dados numa pesquisa convencional, consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados. A informação recolhida deve incluir a amostra, os objetivos, a metodologia, os principais resultados e as conclusões de cada estudo. Na quarta etapa, é realizada uma avaliação crítica dos estudos, podendo ser pertinente analisar o nível de evidência de cada artigo. A quinta etapa corresponde à fase de interpretação e discussão dos resultados obtidos e envolve comparar os dados recolhidos dos artigos com o referencial teórico existente, identificando-se, assim, sugestões para a prática clínica e, eventuais, lacunas no conhecimento atual e orientar investigações futuras. A sexta e última etapa está relacionada com a apresentação da revisão/síntese do conhecimento, ou seja, a discussão dos resultados.

No processo de análise e seleção dos artigos, de forma a assegurar a veracidade dos dados e a fidelidade e validade dos resultados, é necessário avaliar a qualidade da evidência científica. No presente relatório, adotou-se os níveis de evidência recomendados por Galvão (2006) e Stillwell, Fineout-Overholt, Melnyk e Williamson (2010) citados por Ânima Educação (2014), apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Níveis de evidência, sugeridos por Galvão (2006) e Stillwell, Fineout-Overholt, Fineout-Overholt, Melnyk e Williamson (2010 citados por Ânima Educação 2014, p. 34)

Tipo de evidencia	Nível de evidência	Descrição
Revisão Sistemática ou Metanálise	I	Evidência proveniente de uma revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos a controlados;
Estudo randomizado controlado	II	Evidência obtida de pelo menos um ensaio clínico com aleatorização, controlado e bem delineado;
Estudo controlado com randomização	III	Evidência proveniente de um estudo bem desenhado e controlado sem aleatorização;
Estudo caso-controle ou estudo de coorte	IV	Evidência proveniente de um estudo com desenho de caso-controle ou coorte;
Revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos	V	Evidência proveniente de uma revisão sistemática de estudos qualitativos e descritivos.
Estudo qualitativo ou descritivo	VI	Evidência de um único estudo descritivo ou qualitativo;
Opinião ou consenso	VII	Evidência proveniente da opinião de autoridades e/ou relatórios de comissões de especialistas/peritos.

1.3.1. Definição da problemática

O desenvolvimento tecnológico e os avanços dos meios complementares de diagnóstico na medicina pré-natal têm um impacto importante na forma como os casais vivem a sua gravidez. Atualmente, as técnicas de ultrassonografia obstétrica permitem aos pais ver o bebé no ecrã e, conseqüentemente, construir a imagem do seu filho ainda durante a gravidez (Lumley, 1990 cit. por Luz, George, Spitz & Vieux, 2017). Observar o feto num ecrã representa, para o “casal grávido”, um momento de prazer e reflexão, pois é o momento em que o bebé adquire a sua própria individualidade e existência social (Guerra, Mirlesse & Baião, 2011). Apesar desta inestimável possibilidade de vínculo emocional entre o casal e o seu bebé, o principal objetivo das ecografias pré-natais, bem como de outros testes de

rastreio complementares, é permitir aos profissionais de saúde detetar eventuais anomalias fetais.

De acordo com o relatório do Registo Nacional de Anomalias Congénitas (RENAC), divulgado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), entre 2016 e 2017 foram recebidas 2808 notificações de casos com anomalias congénitas, o que resulta numa prevalência de 161,50 casos/100000 nascimentos para os dois anos de observação, sendo que, em cerca de 59% dos casos notificados a identificação, ou suspeita, aconteceu pela primeira vez na fase pré-natal.

Enquanto tais avanços permitiram mudar o curso de algumas patologias e, de certa forma, facilitar a esperança dos clientes no momento do diagnóstico, também criaram a necessidade de uma maior habilidade comunicacional, por parte dos profissionais de saúde, para divulgar más notícias.

A mais famosa definição de má notícia foi proposta por Robert Buckman (1984) e adotada por diversos estudiosos: “notícia que afeta seriamente a visão do sujeito em relação ao futuro e que pode implicar, direta ou indiretamente, alterações negativas na perspetiva de vida”. Na medicina pré-natal, ainda que a anomalia seja do feto, irá alterar, inevitavelmente, a perspetiva do casal para o futuro. A deteção e a identificação precoces de anomalias fetais são importantes porque permitem aos casais antecipar e lidar com a possibilidade de ter uma criança com algum grau de deficiência/limitação e, dessa forma, tomarem decisões informadas (Luz et al., 2017).

A descoberta de uma gravidez traz consigo a construção de sonhos e planos para o futuro daquela família e daquele filho imaginado. Desta forma, idealiza-se a evolução da gestação sem nenhum percalço (Guerra et al., 2011). O anúncio de uma anomalia fetal ou de que algo está errado, na maior parte vezes, não é o esperado. A ecografia morfológica é realizada no segundo trimestre de gravidez, entre as 20-22 semanas de gestação, para deteção de anomalias fetais, no entanto, grande parte dos casais, assume estes exames apenas para confirmação do sexo do bebé. A maioria dos casais não está preparada para receber um diagnóstico de malformação fetal e, como resultado, pais entusiasmados em conhecer o sexo do bebé podem ser confrontados com notícias devastadoras (Berry & Colorafi, 2018).

A comunicação de uma notícia desta natureza induz nos pais, e em todos os envolvidos no processo, uma mistura de emoções: angústia, decepção, medo e culpa são, frequentemente, relatados pelos “casais grávidos”, aliados à esperança de um milagre ou de um diagnóstico equivocado. Sensações semelhantes são descritas pelos profissionais de saúde que transmitem a notícia, evidenciando elevados níveis de ansiedade, carga de responsabilidade e medo de serem culpabilizados. Todo este contexto acaba por criar relutância na transmissão da má notícia, traduzindo-se, muitas vezes, em formas de comunicação inadequadas (Oliveira, 2019).

Ao longo dos anos, o conceito de má notícia foi mudando e a função de comunicar não está, atualmente, apenas limitada aos médicos. A equipa de enfermagem e, principalmente, as enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica, devido à estreita e privilegiada relação que estabelecem com as mulheres ao longo do ciclo gravídico, tornam-se elementos essenciais no processo de divulgação de más notícias e no, posterior, acompanhamento dessas mulheres e casais.

O modo como a notícia é transmitida pode afetar a compreensão da informação por parte do casal, o seu nível de esperança e a adaptação psicológica subsequente. Por conseguinte, comunicar e discutir uma notícia desta natureza torna-se uma tarefa complexa que requer, profissionais de saúde, o reconhecimento das suas dificuldades e barreiras e o investimento em formação e desenvolvimento de competências comunicacionais.

Na medicina moderna, os aspetos técnicos dos cuidados tendem a prevalecer sobre os sentimentos e emoções. Saber como comunicar é ética e legalmente imperativo e, como tal, os profissionais de saúde devem garantir que os seus clientes estejam cientes de todos os aspetos relacionados com o seu estado de saúde, de forma a facilitar o processo de tomada de decisão informada e consciente. Se saber comunicar é importante, saber fazê-lo quando a notícia é desfavorável é ainda mais (Carrasco, Abad, Ruiz & Gil, 2018).

Com o intuito de preencher estas lacunas, a investigação subjacente à presente revisão da literatura orientou-se em dois objetivos. Em primeiro lugar, compreender a natureza complexa da experiência dos casais quando a gravidez cursa com um diagnóstico de anomalia fetal. Em segundo lugar, compreender as principais dificuldades dos profissionais de saúde aquando da divulgação de uma má notícia, na área da medicina pré-natal, e identificar o que a literatura sugere como eventuais estratégias para promover as capacidades dos mesmos para lidar com esta desafiante tarefa.

1.3.2. Metodologia

Definida a temática em estudo, a revisão da literatura pressupõe a definição de uma pergunta orientadora, de forma a facilitar a criação de uma estrutura lógica para a pesquisa e, assim, tornar a recolha de informação mais eficaz. Esta deve ser capaz de identificar os conceitos e a população-alvo a serem estudados, sendo uma pergunta clara, precisa e inequívoca (Fortin, 2009). Desta forma, definiu-se a questão “Qual o papel do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica na comunicação de más notícias quando a gravidez cursa com o diagnóstico pré-natal de anomalia fetal?”.

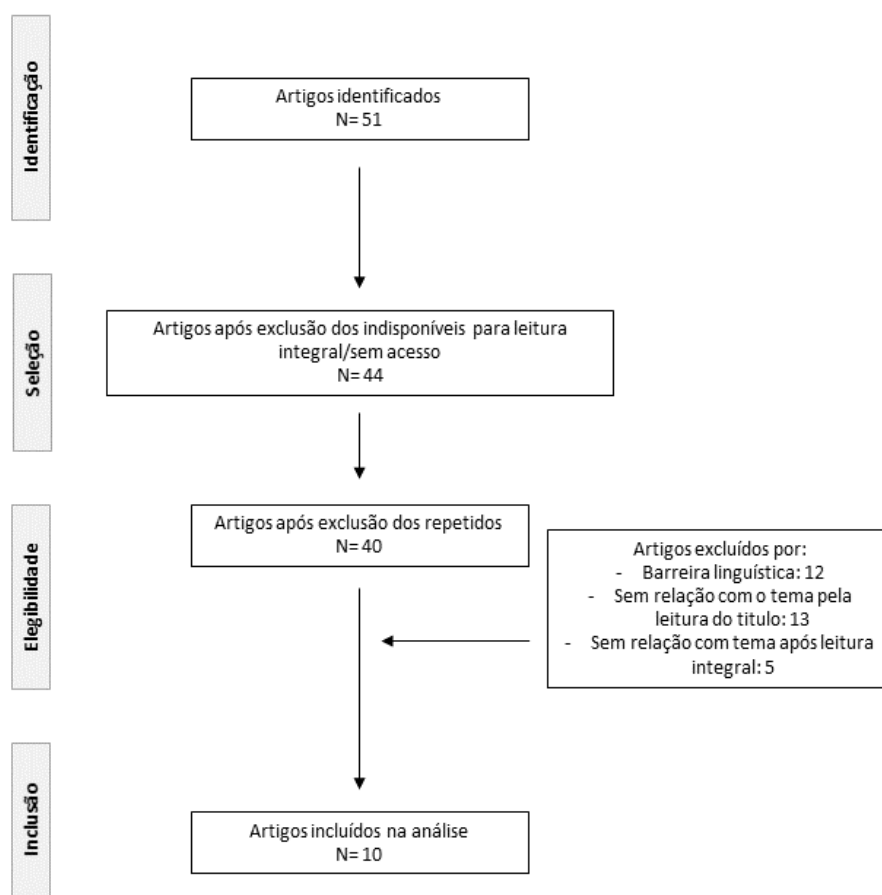
Tendo sido formulada a questão orientadora é importante definir o método utilizado, designadamente, a pesquisa bibliográfica de evidência científica. Desta forma, foram identificados os principais conceitos da temática em estudo: comunicação de más notícias, diagnóstico pré-natal, anomalia fetal e enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica.

Posteriormente, realizou-se a correspondência desses conceitos com os descritores disponíveis no DeCS/MeSHBrowser. Assim, os descritores encontrados foram: “truth disclosure”, “prenatal diagnosis”, “congenital abnormalities” e “midwife nurse”. Durante a pesquisa foram, ainda, sugeridos descritores não controlados, tais como: *midwife*, *midwifery*, *midwives*, *breaking bad news*, *delivering bad news* e *communicating bad news*. Posteriormente, procedeu-se à adaptação da pergunta de partida à linguagem booleana, através da combinação dos descritores selecionados com os operadores booleanos AND (combinação restritiva), OR (combinação aditiva) e NOT (combinação excludente) (Santos, Pimenta & Nobre, 2007). Por conseguinte, a pergunta inicial traduziu-se em linguagem booleana como: (“Nurse midwife” OR midwife or midwives or midwifery) AND (“truth disclosure” OR breaking bad news or delivering bad news or communicating bad news) AND (“prenatal diagnosis”). De forma a otimizar os resultados encontrados, durante a pesquisa bibliográfica, o termo “*congenital abnormalities*” foi excluído.

Realizou-se a pesquisa bibliográfica na plataforma EBSCOHost, a qual agrega as seguintes bases de dados: CINAHL Complete, MedicLatina, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Academic Search Complete e MEDLINE with Full Text. Com o objetivo de ampliar a pesquisa científica, recorreu-se à base de dados Scopus e Google Académico.

Como critérios de inclusão, definiu-se a janela temporal de publicação entre 2016 e 2021, com acesso ao texto completo e disponíveis em língua português, inglesa e espanhola. Foram excluídos todos aqueles que não respondiam à questão de investigação nem traziam informação que contribuísse para lhe responder. Da pesquisa efetuada resultaram 51 artigos, cujo processo de seleção para análise se apresenta na Figura 1.

Figura 1. Processo de seleção dos artigos



1.3.3. Apresentação dos artigos selecionados

A tabela 2 apresenta uma síntese sobre os vários estudos considerados para responder à questão de investigação.

Tabela 2. Síntese da análise dos artigos selecionados

Título/Autor(es)/ Ano/País	Objetivo(s)	Metodologia/Amostra	Principais Resultados	Nível de evidência
Breaking bad news in prenatal medicine: a literature review Luz, R., George, A., Spitz, E. & Vieux, R. França 2016	Explorar a experiência psicológica de “casais grávidos” e de profissionais de saúde no contexto de diagnóstico pré-natal de anomalias fetais.	Revisão sistemática da literatura Foi realizada uma pesquisa em diferentes bases de dados, que incluía os seguintes termos: diagnóstico pré-natal e más notícias; diagnóstico pré-natal e consequências psicológicas; diagnóstico pré-natal e sequelas psicológicas; diagnóstico pré-natal e anomalias fetais. Desta pesquisa resultaram 32 estudos que foram submetidos a análise, que se centravam na experiência subjetiva de casais grávidos, profissionais de saúde e nos desafios éticos impostos aquando da divulgação de más notícias durante o pré-natal.	Uma má notícia pode ser definida como qualquer notícia que altera de forma drástica e negativa a visão que a pessoa tem sobre o seu futuro. A literatura traz à luz a natureza complexa da experiência dos casais quando a gravidez cursa com o diagnóstico de anomalia fetal. Simultaneamente, sublinha o que os profissionais de saúde descrevem como desafiante na comunicação de más notícias. É possível de observar, de forma geral, a ausência de formação adequada neste campo, o que acrescenta sérias dificuldades no processo de tomada de decisão. Esta dupla perspetiva casal/profissional de saúde, pode ajudar a compreender melhor a experiência psicológica de ambos no contexto de diagnóstico pré-natal de malformação fetal. Tal poderá clarificar que a formação, provavelmente centrada em estratégias de apoio e aconselhamento sobre questões éticas, pode promover as capacidades dos profissionais de saúde para comunicar3m más notícias em contexto pré-natal. Estes conhecimentos podem facilitar os processos de tomada de decisão e diminuir a perturbação psicológica grave, tanto nos casais como nos profissionais de saúde.	I
Breaking bad news to antenatal patients with strategies to lessen the pain: a qualitative study	Identificar potenciais melhorias nas intervenções realizadas pelos profissionais de saúde relativamente à atenção prestada às mulheres grávidas aquando da comunicação de um	Estudo qualitativo Realização de entrevistas semi-estruturadas e observação não participante das interações entre os profissionais de saúde e os seus clientes. O estudo incluiu 37 profissionais de saúde, dois quais 22 eram obstetras e 4 EESMOS.	As principais barreiras à comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e os clientes estão relacionadas com as características individuais das pessoas envolvidas, com a organização institucional, com o progresso biotecnológico e os fatores culturais. A qualidade humana dos cuidados tem vindo a deteriorar-se devido à sobrecarga de trabalho e ao papel crescente dos avanços tecnológicos. De forma a melhorar a comunicação, deve ser dada especial atenção à dimensão humana e espiritual, priorizando a empatia, autenticidade, a escuta ativa e não crítica. Um modelo apropriado de relação terapêutica deve basear-se na tomada de	IV

Carrasco, J., Abad, M., Ruiz, M. & Gil, I. Espanha 2018	diagnóstico pré-natal desfavorável		decisão partilhada, clarificando as funções da equipa multidisciplinar, para aliviar o sofrimento de uma mãe quando a gravidez é interrompida. De forma a consegui-lo, devem ser implementados protocolos que abranjam não só questões biológicas, mas também psicossociais. Por conseguinte, deve ser dada formação adequada aos profissionais de saúde para melhorar as suas aptidões sociais e competência cultural.	
Announcing fetal pathology: Challenges encountered by physicians and potential role of simulation in training for breaking bad news Gueneuc, A., Dagher, C., Rameh, G., Haddad, G., Hivernaud, D., Mousty, E.,... Chalouhi, G. França 2020	Avaliar a perceção dos profissionais de saúde quando confrontados com a necessidade de anunciar uma patologia fetal, com o intuito de colmatar as lacunas de formação neste domínio.	Estudo qualitativo Aplicação de um questionário online, composto por 47 questões, desenvolvido pelos autores, especificamente, para o estudo e validado pelo <i>Collège Français d'Echographie Fœtale</i>, que incluía os seguintes tópicos: características socioeconómicas dos participantes, as dificuldades encontradas aquando da comunicação de uma malformação fetal e a descrição dessas situações, formação na área de comunicação de más notícias, motivação e potencial interesse para participar em formações adicionais sobre comunicação de más notícias, utilizando a prática simulada como método de ensino. Ao questionário responderam 193 participantes	Dos 193 participantes do estudo, 49% admitiu não se sentir confortável aquando da comunicação de uma malformação fetal e 65% relatou não ter recebido nenhum tipo de formação específica sobre comunicação de más notícias durante a sua formação académica. Os resultados demonstraram que os profissionais de saúde desejam ser plenamente compreendidos pelos clientes, simplificando a sua linguagem e vocabulário, providenciando o máximo de informação para responder às suas necessidades. Frequentemente, os profissionais de saúde são obrigados a aprender quando são confrontados com estas situações na sua prática clínica, tendo que agir rapidamente. A partir do ensino baseado na prática simulada, os profissionais de saúde podem aprender com os seus próprios erros e assim melhorar a sua prática. Sabe-se que o método <i>role-play</i> é um excelente método de ensino, pois permite que os participantes tenham a suas primeiras experiências emocionais fortes num ambiente seguro e controlado, promovendo as competências comunicacionais em cenários gradualmente mais complexos. O ensino baseado na prática simulada estabeleceria benefícios não só para os profissionais de saúde, como também para os casais que recebem a notícia de malformação fetal. Quando os profissionais de saúde são capazes de fornecer informação clara, fiável, adequada às necessidades do cliente naquele momento, com empatia, a experiência será menos traumática e facilitará o processo de tomada de decisão.	VI

The Effectiveness of Communication Skills Training on Nurses' Skills and Participation in the Breaking Bad News Yazdanparast, E., Arasteh, A., Ghorbani, S. & Davoudi, M. Irão 2021	Avaliar o efeito da formação sobre competências comunicacionais, o nível de competência e de participação dos enfermeiros na divulgação de más notícias	Estudo quantitativo quasi-experimental Uma amostra de conveniência foi definida e os participantes foram aleatoriamente alocados em dois grupos: grupo de controlo e grupo experimental. Para o grupo experimental, foi realizado um <i>workshop</i> de competências comunicacionais. Antes e depois da intervenção, foi aplicado um questionário SPIKES. Os dados recolhidos foram analisados utilizando o software SPSS. O estudo contou com 60 enfermeiros a trabalhar em hospitais de Birjand, no Irão, em 2019.	A literatura sugere que a comunicação de más notícias deve ser um processo multidisciplinar e que todos os membros da equipa devem estar preparados. Os enfermeiros são recursos efetivos na comunicação com o utente, desempenhando um papel de suporte, quando o médico transmite a notícia. Neste estudo, foi aplicado um questionário a ambos os grupos, mas o grupo experimental participou num <i>workshop</i> sobre competências comunicacionais, que incluía: princípios da comunicação, tipos de comunicação, barreiras à comunicação eficaz, modelos de comunicação e estratégias de melhoria. O método utilizado combinou ensino teórico, discussão em grupo, dramatização e visualização de um filme. Foi realizado um exercício de “<i>role-playing</i>”, com base num cenário em que o enfermeiro tinha de comunicar ao cliente um diagnóstico de cancro. Neste estudo, antes da intervenção, ambos os grupos apresentavam <i>scores</i> médios, de participação no processo de divulgação de más notícias semelhantes. Posteriormente à intervenção, o grupo experimental, à formação sobre competências comunicacionais, apresentou <i>scores</i> de participação superiores aos do grupo de controlo. Assim, o estudo demonstrou que a formação sobre competências comunicacionais permitiu aos enfermeiros desempenhar papéis mais ativos na divulgação de más notícias.	III
Effect of SPIKES-based Education by Role Playing and Multimedia Approaches on Breaking Bad News Skills in Midwifery Students (a Comparison)	Comparar o efeito da educação com o protocolo SPIKES sobre as competências necessárias para a divulgação de más notícias, utilizando duas abordagens diferentes: pacote multimédia, através do ensino à	Ensaio clínico duplo-cego randomizado Este estudo foi realizado na Universidade de Ciências Médicas de Mashhad em 2015, com um total de 90 estudantes de obstetrícia. Os participantes foram aleatoriamente divididos em três grupos: grupo de controlo, o qual	Considerando as necessidades educacionais das enfermeiras especialistas em saúde materna, no terreno, pode dizer-se que o passo mais importante para o ensino das competências necessárias para a divulgação de más notícias, é a escolha do método educacional e do ambiente adequados. No grupo multimédia, um pacote de aprendizagem foi oferecido aos participantes, que incluía a comunicação de más notícias com base na estratégia SPIKES, exposição temática complementada com apresentação <i>powerpoint</i> de 45min, cinco cliques educativos de 15 minutos cada e ainda um clipe sobre comunicação clínica. Ao grupo de “<i>role-play</i>”, foi apresentado uma exposição de 45min, juntamente com a demonstração	III

Baghdari, N., Rad, M. & Sabzevari, M. Irão 2017	distância; e técnica “role-play”.	não foi submetido a nenhuma intervenção; o grupo que recebeu formação à distância, através de um pacote multimédia; e o grupo que recebeu formação através do método de “role-play”.	prática dos princípios da estratégia SPIKES, baseado em cenários pré-concebidos em que seis estudantes desempenhavam o papel de parteira e do cliente; depois de estudar os cenários, cada par de estudantes interpretava-os durante 15min e os restantes participantes avaliavam o seu desempenho utilizando uma lista de verificação específica concebida para o desempenho dos papéis. Após as sessões, foi dado um <i>feedback</i> e as encenações, posteriormente, repetidas com a aplicação das sugestões de melhorias. Antes da intervenção, não foram encontradas diferenças significativas em relação às competências dos três grupos em estudo. Contudo, após a intervenção foi registada uma diferença significativa entre o grupo de “role-play” e de multimédia, quando comparados com o grupo de controlo. Tanto a abordagem multimédia como a de dramatização provaram ser eficazes na aquisição de competências necessárias para comunicar más notícias.	
The Impact of Communication Surrounding Intrauterine Congenital Anomaly Diagnoses: An Integrative Review Berry, S. & Colorafi, K. 2018	Examinar o impacto da comunicação na discussão de um diagnóstico de malformação fetal.	Revisão integrativa da literatura Esta revisão integrativa da literatura utilizou a metodologia PICO para orientar a pesquisa bibliográfica. A população em estudo consistia em pais que estavam a experienciar uma gravidez complicada por uma anomalia fetal, diagnosticada em ecografias. As intervenções centraram-se na investigação de estilos e técnicas de comunicação, adotadas por profissionais de saúde, quando comunicam um diagnóstico de malformação fetal. Uma vez	A maioria dos pais não está preparada para receber um diagnóstico de malformação fetal, sendo que 75% das anomalias são identificadas em gestações de baixo risco. Para prevenir o possível desenvolvimento de resultados psicossociais adversos a longo prazo, associados a um processo de luto complicado, é fundamental identificar e abordar os fatores de risco que intensificam o luto. A amostra era constituída por pais que estavam a experienciar uma gravidez complicada por uma anomalia fetal, diagnosticada por ecografias. As intervenções centraram-se na investigação de estilos e técnicas de comunicação, adotadas por profissionais de saúde, quando comunicam um diagnóstico de malformação fetal. Tal incluía dar tempo adequado aos pais para que processassem a informação, utilizando uma linguagem não técnica e livre de preconceitos, empática e incorporando competências de comunicação especializadas. A observação destes aspetos na comunicação, influenciam	I

		definida a questão problema, foi conduzida uma pesquisa em diferentes bases de dados, resultando em 931 artigos encontrados, dos quais apenas 15 foram submetidos a análise.	positivamente a experiência parental, melhorando a compreensão do diagnóstico e o processo de tomada de decisão. As principais conclusões relatam vários aspectos que influenciam negativamente a experiência dos pais, que incluem extensas lacunas no tempo entre as consultas de acompanhamento, tempo disponível limitado para esclarecer dúvidas dos clientes, cuidados de saúde fragmentados e formação inconsistente relativamente à comunicação de más notícias durante a gravidez. Apesar da falta de diretrizes formalizadas que uniformizem a comunicação de um diagnóstico de malformação fetal, a literatura fornece provas qualitativas, através das experiências dos pais, sobre as quais se pode construir uma base para uma prática mais humanizada.	
The communication of bad news by nurses in the context of obstetric care Rocha, L., Melo, C., Costa, R. & Anders, J. Brasil 2016	Realizar uma análise reflexiva sobre a atuação do enfermeiro na comunicação de más notícias no cenário de cuidados obstétricos	Estudo reflexivo Este estudo não efetuou uma pesquisa bibliográfica sistemática, mas a informação foi obtida a partir de uma vasta gama de, dando prioridade às dos últimos cinco anos.	Uma vez que os enfermeiros acompanham todo o processo da vida humana, desde o nascimento até ao processo de morte, a comunicação de más notícias também faz parte das funções desta equipa. A divulgação das notícias pelos enfermeiros deve acontecer de forma clara e gradual, após terem compreendido o estado emocional do casal, para que saibam até que ponto podem ir naquele momento. Não existe uma técnica universal para transmitir más notícias em Obstetrícia, mas tal desafio deve ser orientado pelos princípios éticos da justiça, autonomia, beneficência e não maleficência. A relação de confiança entre enfermeiro-mãe/casal só poderá ser estabelecida se assentar na verdade e objetividade, fomentada pela honestidade, livre de juízos punitivos, omissões ou mentiras. É importante salientar que o processo de comunicação pode ser influenciado pelos maneirismos linguísticos, podendo levar a distorções causadas pelas diferentes culturas e formas de expressão e de interpretação. Para evitar a desinformação, a divulgação de conhecimentos deve ser adequada à literacia do destinatário, em tempo e detalhes suficientes para permitir a compreensão por parte dos casais. Existe uma lacuna na investigação científica neste campo, no que diz respeito ao papel do enfermeiro, como	

			comunicador de más notícias. É, por isso, essencial que a comunicação de más notícias na saúde seja fundamentada no conhecimento científico e, acima de tudo, que esta comunicação seja clara, humana e harmoniosa.	
Comunicando más notícias sobre malformações congénitas: reflexões bioéticas e jurídicas Gazzola, L., Leite, H. & Gonçalves, G. Brasil 2020	Realizar uma análise reflexiva sobre a atuação do enfermeiro na comunicação de más notícias no cenário de cuidados obstétricos	Não descrito	As reações dos pais perpassam o choque, a descrença e a negação, a frustração, a raiva, a culpa e até mesmo a irritação direcionada ao médico que dá a má notícia, num primeiro momento. Quem recebe informação traumática dificilmente esquece as circunstâncias da comunicação: a pressa e a falta de privacidade também são tidas como fatores que influenciam a percepção da família sobre a equipa de saúde, prejudicando a absorção da notícia pelos atingidos. A atitude da equipa de saúde em relação às notícias que envolvem malformações congénitas e decisões de fim de vida de recém-nascidos deve, portanto, ser a de informar com a maior precisão possível, sem tentar convencer ou persuadir a família. É fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados para amparar e dar suporte emocional aos pais, com abordagem psicológica e assistência social, incluindo também acompanhamento genético e de planeamento familiar para gestações futuras, uma vez que, por vezes, a mãe deseja nova gravidez, mas rebate a possibilidade por temer que a experiência se repita. A adequada comunicação é imprescindível para que a grávida e o casal compreendam e formem um juízo crítico sobre a realidade, fornecendo o amparo necessário.	
Emotional and Cognitive Experiences of Pregnant Women Following Prenatal Diagnosis of Fetal Anomalies: A	Explorar as experiências emocionais e cognitivas de grávidas após o diagnóstico pré-natal de anomalias fetais	Estudo qualitativo Realização de entrevistas semi-estruturadas a 25 mulheres grávidas, em média, cerca de sete semanas após o diagnóstico pré-natal de anomalias fetais, realizado em dois hospitais de referência em Mashhad, no Irão. Das mulheres entrevistadas, sete	De acordo com os resultados do estudo, as mulheres que foram confrontadas com o diagnóstico de anomalia fetal, experienciaram sentimentos de incredulidade, angústia, choque e pânico. Quando optaram pela interrupção da gravidez, experienciaram sentimentos de culpa e vergonha, perda do filho esperado, relatando o processo como angustiante, com medo de recorrência no futuro. As mulheres que optaram por manter a gravidez, relataram sentimentos ambivalentes, esperança e preocupação em relação ao futuro.	VI

Qualitative Study in Iran Irani, M., Khadivzadeh, T., Nekah, S., Ebrahimipour, H. & Tara, F. Irão 2019		optaram pela interrupção da gravidez, sendo cinco primigestas e duas múltiparas, às quais foram diagnosticadas as seguintes anomalias: anencefalia, hidrópsia, trissomia 21 e hérnia diafragmática. As restantes mulheres optaram por manter a gravidez.	Em conformidade com estudos anteriores, os resultados da investigação evidenciaram que os casais que receberam o diagnóstico pré-natal de anomalia fetal se sentiram desorientados, com necessidade de maior atenção clínica. Os profissionais de saúde devem ter em consideração que nem sempre estes casais estão cientes das implicações dos testes de rastreio pré-natais e das opções que podem ter após os resultados. As conclusões do estudo podem propiciar aos profissionais de saúde reconhecimento e compreensão mais profundos sobre as experiências destas mulheres e casais, com o objetivo de identificarem as suas necessidades. É necessário e imperativo formar os profissionais de saúde para a comunicação de más notícias. Por conseguinte, é essencial reconhecer e monitorizar as reações emocionais destes indivíduos após o diagnóstico pré-natal de anomalias fetais, bem como durante o período pós-natal.	
--	--	---	---	--

1.3.4. Análise e discussão dos artigos selecionados

A análise dos artigos permitiu corroborar a ideia de que receber o diagnóstico de anomalia fetal, no período pré-natal, se afigura como um momento negativamente surpreendente, angustiante e doloroso para o casal. Não obstante, na perspectiva dos profissionais de saúde, a divulgação de notícias desta natureza é vista como uma tarefa complexa e desafiante, entre os quais, a maioria não se sente confortável ou preparado.

Tal como referido anteriormente, uma má notícia é definida como “qualquer informação que afete séria e negativamente a visão de um indivíduo sobre o seu futuro” (Buckman, 1984, p. 1597). Sendo esta situação aplicável em qualquer contexto, em Obstetrícia esta questão torna-se ainda mais complexa, pois num cenário que é representado pela vida, uma notícia desta natureza vai contra as expectativas das mulheres, familiares e profissionais envolvidos.

A forma como as notícias são transmitidas afeta a compreensão da informação por parte dos casais e, conseqüentemente, o seu papel no processo de tomada de decisão, na adaptação às novas circunstâncias e a quaisquer alterações implicadas no seu futuro (Carrasco et. al, 2018).

De forma a prestar cuidados sensíveis, que respondam às reais necessidades dos casais afetados, é essencial compreender qual a perceção dos mesmos quando confrontados com a notícia de anomalia fetal. Dado que divulgar uma notícia desta natureza se apresenta como uma situação exigente, importa, também, compreender quais as principais dificuldades e limitações que se colocam aos profissionais de saúde e, ainda, como comunicar a notícia, de forma adequada, e quais as estratégias de comunicação sugeridas pela literatura analisada.

Perceção dos pais quando confrontados com a notícia de anomalia fetal

Visualizar o “bebé” no ecrã é descrito, pelo casal, como um momento prazeroso e agradável. No entanto, a revelação de anomalias fetais durante a ultrassonografia obstétrica é, geralmente, inesperada e chocante para a maioria dos pais. A sua reação pode variar, dependendo da forma como estavam preparados para receber tais notícias e da sua própria

percepção de serem capazes de acolher uma criança tão diferente quanto ela possa ser (Sommerseth & Sundby, 2010 cit. por Luz et. al, 2016).

De acordo com a análise dos estudos, quando confrontados com o diagnóstico de malformação fetal, as reações dos pais permaneceram individuais. Contudo, reações e sentimentos comuns emergiram nos diferentes artigos analisados, tais como choque, negação, descrença, pânico, angústia e raiva, sendo a experiência sempre descrita como devastadora. Para as grávidas, este diagnóstico representava, também, uma ameaça psicológica, uma vez que desafiava a sua identidade como mulher e a crença de ter algum controlo sobre o seu próprio futuro (Lalor, Begley & Galavan, 2009 cit. por Luz et al., 2016). De acordo com os mesmos autores, casais com idade mais jovem, de etnias minoritárias, grávidas com níveis de educação superiores e com historial de tratamento farmacológico antidepressivo, apresentavam maior risco de sofrimento psicológico.

Ao receber uma notícia desta natureza, uma série de sentimentos negativos pode ser manifestada. A gravidez, que outrora significava vida, é transformada em incerteza, desencadeando uma cascata de emoções negativas e sofrimento (Rocha, Melo, Costa & Anders, 2016). O filho idealizado, durante o processo de luto, será substituído pelo filho real, que talvez não nasça com vida. O sofrimento acarretado aos pais é inegável, pois o luto não faz parte do curso normal e esperado de uma gravidez. O luto pela perda irreparável do filho imaginário, a culpa por gerar um bebé malformado e o temor pelas dificuldades inerentes à criação de uma pessoa com deficiências/limitações são sentimentos vivenciados pelo casal (Gazzola, Leite & Gonçalves, 2020).

Nas gravidezes que cursavam com o diagnóstico de anomalia fetal, os casais expectantes experimentaram, igualmente, sentimentos de ambivalência, de vergonha, culpa e afastamento social. A súbita quebra das expectativas da gravidez desejada e a substituição por esses sentimentos gerava nas grávidas reações ambivalentes: ora quererem proteger o filho, ora rejeitá-lo, questionando mesmo a possibilidade de não prosseguir com a gravidez e sentindo culpa, também, por esse pensamento (Statham, Solomou & Chitty, 2000 cit. por Gazzola et al., 2020).

As estratégias de *coping* identificadas pelas grávidas centraram-se numa atitude emocional positiva/distanciamento e não tanto na capacidade ativa de lidar com a situação, como por exemplo, tentando atribuir um sentido. Segundo Öhman, Saltvedt, Waldenström, Grunewald & Olin-Lauritzen (2006) citados no estudo de Luz et al. (2016), numa tentativa de controlarem o tumulto emocional, as mulheres restringiam o investimento afetivo em relação à gravidez.

A procura de informação também foi uma estratégia utilizada pelas grávidas para lidarem com o diagnóstico de anomalia fetal, demonstrando-se satisfeitas com os profissionais de saúde quando estes transmitiam informações claras e sistemáticas. As principais fontes de conhecimento que os casais identificaram, para o seu processo de tomada de decisão, foram

os profissionais de saúde e as pessoas significativas que vivenciaram experiências semelhantes previamente (Luz et al., 2016).

Receber uma notícia de anomalia fetal é um evento devastador para os pais expectantes. A intensa dor que sentem pode evoluir para depressão, para o abuso de substâncias e até para ideação suicida. A interação e a comunicação com os profissionais de saúde potencia, positiva ou negativamente, a experiência do casal enlutado, de forma profunda e duradoura. Por conseguinte, torna-se imperativo adotar uma postura comunicacional empática e sensível em torno do diagnóstico de anomalia fetal (Berry & Colorafi, 2018).

O papel do EESMO na comunicação de más notícias quando a gravidez cursa com o diagnóstico de anomalia fetal

A literatura analisada foi unânime ao afirmar que a comunicação de más notícias em Obstetrícia deve ser um processo contínuo e multidisciplinar, pelo que, todos os membros da equipa devem estar devidamente preparados para lidar com estas situações. Os enfermeiros são elementos chaves no processo de comunicação de más notícias, sendo que, após a divulgação da mesma pelo obstetra, os enfermeiros desempenham um papel essencial no apoio aos casais afetados.

O papel dos enfermeiros inclui preparar os clientes para receber as notícias, informando e apoiando-os na adaptação à nova realidade. Para isso, devem reservar tempo que possa ser despendido nessa ação, garantindo que compreendera a informação transmitida. Entende-se que os enfermeiros desempenham funções autónomas e, em paralelo com outros membros da equipa multidisciplinar, no processo que envolve a comunicação de más notícias aos casais e às suas famílias (Hemming, 2017 cit. por Yazdanparast, Arasteh, Ghorbani & Davoudi, 2021).

Para os enfermeiros, comunicar é um processo de aprendizagem constante, que tem lugar ao longo da sua vida pessoal e profissional. Enquanto profissionais, participam na intimidade de cada cliente e família, que necessitam de cuidados, desde o nascimento até ao processo de fim de vida. Nesta jornada, é necessário estabelecer uma relação terapêutica eficaz (Rocha et al., 2016).

O enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica é o profissional de saúde detentor de conhecimentos e competências técnicas e relacionais que, pela estreita relação que desenvolve com os casais, possibilita o estabelecimento de interações que permitem a construção de um vínculo, resultando num processo interativo e recíproco.

Uma má notícia em Obstetrícia é permeada de significados, responsáveis por reações em todos os envolvidos, principalmente quando existe uma quebra das expectativas e o futuro idealizado se torna, assim, uma realidade distante (Rocha et al., 2016).

Globalmente, as mulheres e casais, que são confrontados com uma anomalia fetal, querem ser entendidos como pais que sofrem, porque para além da dor física experienciam conflitos internos e têm necessidades que, muitas vezes, a tecnologia não pode contemplar (Rocha et al., 2016). Desta forma, o EESMO deve procurar proporcionar conforto perante uma situação em que os sonhos se dissolvem e são substituídos pela tristeza, culpa e desapontamento. O apoio fornecido por estes profissionais poderá possibilitar uma melhor adaptação à situação provocada pela quebra das expectativas de vida idealizadas, muitas vezes, difícil de enfrentar (Rocha et al., 2016).

Tal apoio implica cuidar a pessoa na sua esfera biopsicossocial e cultural, isto é, reconhecer, não só, a patologia, como também a experiência pessoal dos envolvidos, nomeadamente as emoções e preocupações. Isto porque, indivíduos diferentes expostos à mesma situação, podem interpretar e experienciar o momento de forma particular, dependendo das suas experiências, cultura e valores (Rocha et al., 2016).

A heterogeneidade do perfil da população que recorre aos serviços obstétricos, em termos de estatuto sociocultural, exige que o EESMO seja especialmente sensível à necessidade de prestar cuidados culturalmente apropriados. De acordo com o estudo realizado por Carrasco et al. (2018), as características socioculturais dos casais são muito relevantes na comunicação de más notícias, nomeadamente, na forma como são recebidas e na adoção de estratégias de *coping*. Não obstante o supracitado, as necessidades individuais de cada mulher e casal devem ser sempre privilegiadas, na medida em que podem sobrepor-se à cultura e religião que perfilham.

Comunicar o diagnóstico de anomalia fetal

De acordo com a literatura analisada, há várias formas de comunicar más notícias. Ainda que não exista uma forma de comunicar perfeita, algumas poderão ser mais adequadas que outras. A qualidade da interação com os profissionais de saúde pode ter um impacto profundo nos casais (Chaplin, Schweitzer & Perkoulidis, 2005 cit. por Luz et al., 2016). Quando é necessário divulgar uma má notícia, nesta área de cuidados, colocam-se questões como o que deve ser dito, como e quando, e a quem devem ser ditas. Isto porque, a natureza do processo de comunicação exige que os profissionais de saúde tomem, constantemente,

decisões sobre estes aspetos, de acordo com a singularidade de cada caso (Rocha et al., 2016).

Sobre quem deve divulgar o diagnóstico, existe o consenso geral de que deve ser o obstetra, não excluindo o suporte que os outros membros da equipa, tais como o EESMO, possam fornecer, desde que estejam adequadamente informados sobre o caso (Carrasco et al., 2018). No estudo qualitativo realizado pelos mesmos autores, os obstetras entrevistados salientaram o trabalho, louvável, realizado pela equipa de enfermagem, reconhecendo o apoio que dão às mulheres e casais como um elemento essencial para alcançar a satisfação e a colaboração dos mesmos.

No estudo realizado por Carrasco et al. (2018), todos os participantes reconheceram que a grávida deve ser a primeira a receber a notícia, legitimando a sua autonomia e o direito à informação sobre tudo o que se relaciona com a sua própria saúde e a do feto. Os profissionais salientaram, ainda, a importância de informar o parceiro ou, caso não seja possível, uma pessoa significativa que possa constituir um apoio. Não obstante, acrescentaram que a pessoa acompanhante da grávida, geralmente o parceiro ou familiar próximo, deverá ter o seu consentimento para receber os detalhes sobre a evolução da gravidez.

Relativamente à forma como a notícia deve ser transmitida, alguns profissionais referiram optar por “preparar terreno” antes de irem diretamente à questão, outros relataram preferir transmitir otimismo e deixar uma porta aberta de esperança durante o primeiro contacto (Carrasco et al., 2018).

As más notícias, na medicina pré-natal, caracterizam-se por um nível significativo de incerteza, pelo que a comunicação com o casal apresenta dificuldades e dilemas éticos. Outro aspeto a considerar pelos profissionais de saúde é a lidar com a difícil tarefa de gerirem a quantidade de informação a transmitir, quando esta não é totalmente conhecida. No mesmo sentido, necessitam de avaliar os efeitos benéficos de expressar incerteza sobre o processo, sem acrescentar mais dificuldades ao processo de tomada de decisão (Luz et al., 2016). Desta forma, surge a necessidade de avaliar que informação é relevante transmitir e de que forma a transmitir, de modo a que seja compreensível para os casais, tendo em consideração a angústia em que se encontram. No estudo realizado por Carrasco et al. (2018), a maioria dos participantes concordou que a notícia deve ser comunicada de forma gradual e, se possível, de acordo com aquilo que o cliente deseja receber:

“Gradualmente, toda a informação disponível deve ser transmitida e não dissimulada ou ignorada, por mais doloroso que seja. Não obstante, não deve ser de forma abrupta. Ambos os extremos são maus: contar pouco a pouco pode ser agonizante, mas de uma vez pode ser devastador. É importante permitir feedback, dependendo das reações de quem obtém a notícia, sabemos onde colocar mais ênfase e onde ir com mais ligeireza.” (Carrasco et al., 2018, pp. 4)

Por conseguinte, de forma a respeitar o princípio da autonomia, os profissionais de saúde devem permitir que os casais coloquem as suas próprias questões durante os contactos, de forma a acederem à informação que necessitam, para gerirem as suas incertezas e tomarem decisões com as quais possam viver (France, Wyke, Ziebland, Entwistle & Hunt, 2011 cit. por Luz et al., 2016), contudo, devem estar preparados caso os dois membros do casal não estejam dispostos a receber o mesmo tipo e quantidade de informação, ainda que ambos sejam detentores da tomada de decisão.

De acordo com os estudos analisados, os pais tinham necessidade de receber informação relativa ao diagnóstico de malformação, mas não em “demasia”. Os casais, nesta situação, precisavam de uma quantidade suficiente de informação que lhes permitisse compreender o diagnóstico e, assim, tomar as suas próprias decisões informadas. Ao mesmo tempo, valorizavam que os mantivessem atualizados e informados sobre o processo de evolução do diagnóstico. Assim, receber a informação de forma doseada e em *timings* corretos permitiu minimizar a sua ansiedade, angústia, confusão e frustração (Luz et al., 2016).

Podemos dizer que a divulgação das notícias deve acontecer de forma clara e gradual, após compreensão do estado emocional do casal, para se saber até que ponto se pode ir naquele momento. Não existe uma técnica universal para transmitir más notícias em Obstetrícia, mas tal desafio deve ser orientado pelos princípios éticos da justiça, autonomia, beneficência e não maleficência. Portanto, tendo os princípios da bioética como base, pode argumentar-se que comunicar uma verdade diagnóstica aos doentes e às suas famílias é benéfico para os mesmos, pois permite-lhes desempenhar um papel ativo no processo de tomada de decisão (Rocha et al., 2016).

O consentimento informado requer, não só, acesso a informação clara e concisa, bem como a alternativas e a opções de escolha (Menahem & Gillam, 2007 cit. por Luz et al., 2016). Dessa forma, os pais devem ser informados de todas as implicações e os desfechos possíveis, como a provável morte intrauterina ou a sobrevivência por tempo variável, assim como a impossibilidade de prever, com certeza, o resultado da gestação ou o momento da morte do feto ou da criança (Gazzola et al., 2020). Receber informação direta e precisa sobre o diagnóstico, prognóstico e opções de tratamento disponíveis, foi descrito como facilitador tanto para a compreensão da anomalia como para o processo de luto dos pais. Estes relataram ter apreciado a honestidade na comunicação da ambiguidade, relacionada com a anomalia, reconhecendo que a incerteza é inevitável na previsão dos desfechos da gravidez (Berry & Colorafi, 2018).

O casal vai, naturalmente, “querer proteger o filho, a si próprios e à família” (Bijma, van der Heide & Wildschut, 2008 cit. por Luz et al., 2016, p. 28). A noção de proteção é, indubitavelmente, ambivalente nestas situações: interromper a gravidez colocará de lado o peso de toda a família de lidar com uma criança com necessidades especiais. No entanto, o que é realmente benéfico? Os profissionais de saúde devem informar sobre a legislação de

forma eficaz. Muitas vezes os casais procuram um conselho profissional, questionando o que fariam no seu lugar, e tal conselho não deve ser dado (Brown, 2010 cit. por Luz et al., 2016). Aconselhar um casal quando uma anomalia fetal grave é diagnosticada, é um domínio onde podem existir diferenças significativas entre os pais e os profissionais de saúde, uma vez que está intimamente relacionado com os valores morais de cada um. Da mesma forma, importa refletir se as práticas atuais de aconselhamento pré-natal poderão estar a promover a discriminação de indivíduos com deficiência (Parens & Asch, 2003 cit. por Luz et al., 2016).

De acordo com os artigos analisados, a utilização de ferramentas de auxílio visual, tais imagens, diagramas e gráficos de percentis, foram descritas como úteis para melhorar os níveis de compreensão relativos à anomalia. Repetição frequente da informação, avaliação da compreensão do diagnóstico e a diminuição da utilização de termos muito técnicos, facilitaram também esse processo (Berry & Colorafi, 2018). Uma parte considerável da informação terá de ser transmitida várias vezes, uma vez que as pessoas em choque podem não ouvir e/ou compreender a informação seguinte até que a primeira seja superada (Rocha et al., 2016).

No estudo de Carrasco et al. (2018), os participantes salientaram a importância de permitir tempo de reflexão ao casal, após transmitida informação significativa, para considerarem a situação e as eventuais dúvidas que possam surgir. Contudo, por motivos de gestão de serviço e tempo, é-lhes solicitado que abandonem a consulta, para que se possa prosseguir com os agendamentos. Por este motivo, é corroborada a ideia, nos diversos artigos analisados, que a comunicação da má notícia não deve ser vista como um ato único ou isolado, mas sim como um processo que requer tempo e dedicação. Desta forma, o casal deve ser informado de que haverá mais contactos e oportunidades para que possam expressar dúvidas que possam surgir ou simplesmente exprimirem a sua dor.

A experiência negativa dos casais, na sua interação com os profissionais de saúde, foi causada pela perceção de que estes últimos retinham informação propositadamente e utilizavam linguagem demasiado técnica (Guerra, Mirlesse & Baião, 2011 cit. por Luz et al., 2016). Na mesma linha de pensamento, no estudo de Berry e Colorafi (2018), os pais relataram sentir-se sobrecarregados, ansiosos e confusos quando confrontados com uma linguagem demasiado técnica. Não é invulgar que os profissionais de saúde, ainda que bem-intencionados, utilizem terminologia médica e demasiado técnica, quando comunicam notícias a um cliente. A medicina adota terminologias próprias que carregam, para o indivíduo comum e leigo, noções que não correspondem propriamente ao que o termo científico significa. Mesmo quando adotadas em sentido técnico por quem as profere, as palavras nesse contexto têm o condão de alterar completamente a perceção do destinatário (Gazzola et al., 2020). Assim, a literatura analisada é consensual, na medida em que deve ser evitado o uso excessivo de termos técnicos, pelo menos sem a sua tradução laica, e que a linguagem deve ser adaptada ao nível cultural e educacional do paciente.

A postura comunicativa que os profissionais de saúde adotam e a sua abordagem nos cuidados de saúde, incluem a linguagem verbal e não-verbal, que pode influenciar positiva ou negativamente a compreensão e a capacidade de decisão dos pais enlutados. A linguagem não-verbal pode melhorar ou enfraquecer a experiência dos pais quando recebem uma má notícia durante a gravidez. O luto pode ser agravado pela percepção de insensibilidade no tom de voz, pelo uso de vocabulário e atitude percebida, que pode ser interpretada como improvisada, descuidada ou indiferente (Berry & Colorafi, 2018).

A comunicação praticada, de modo a ser eficaz em Obstetrícia, deve passar por fases que vão desde a escuta ativa e cuidadosa das mulheres/casais em sofrimento, até mostrar um olhar atento, observando rostos e expressões, mãos e postura. Durante a comunicação de notícias difíceis, a linguagem corporal é, por vezes, ignorada ou erroneamente interpretada pelos profissionais de saúde. Várias palavras não ditas permanecem escondidas entre as linhas do silêncio, mas são gritadas em cada gesto. Observando os seus gestos, os profissionais de saúde e, nomeadamente, os enfermeiros, conseguem ter o feedback necessário para decidir se devem ou não continuar a partilha de informação (Rocha et al., 2016). Posto isto, a análise dos artigos permitiu concluir que uma atitude de escuta ativa dos profissionais de saúde resultou positivamente para os casais afetados. Permitir períodos adequados de silêncio, nos quais os profissionais de saúde escutam mais do que o que falam, foi percecionado como uma atitude empática pelos pais.

Relativamente ao ambiente no qual as notícias devem ser comunicadas, o ruído e as interrupções foram considerados as principais barreiras ao estabelecimento de um clima de confiança durante os contactos com os casais, sendo que, frequentemente, os profissionais de saúde têm a necessidade de improvisar um espaço adequado, uma vez que, ao nível institucional, não existe nenhum espaço físico propositadamente concebido para este efeito. Não obstante, o espaço físico ideal para o estabelecimento destes contactos deve proporcionar privacidade, tranquilidade, conforto e, preferencialmente, deve ser afastado de locais em que os ruídos obstétricos são audíveis (Carrasco et al., 2018).

Vários autores recomendam a adaptação do protocolo SPIKES à comunicação de más notícias perinatais, compreendendo o impacto significativo da comunicação durante a informação aos pais sobre uma anomalia fetal. Originalmente concebido para informar os doentes oncológicos de um diagnóstico terminal, o protocolo SPIKES fornece um quadro orientador para a comunicação de más notícias (Berry & Colorafi, 2018). Foi desenvolvido por Baile et al. (2000) e consiste em seis passos:

1. S – *setting up* (Preparar a entrevista);
2. P – *perception* (Avaliar a percepção do cliente);
3. I – *invitation* (Obter consentimento do cliente para divulgar informação);
4. K – *knowledge* (Fornecer conhecimento e informação ao cliente);

5. E - *emotions* (Dirigir-se às emoções do cliente com respostas empáticas);
6. S – *strategy and summary* (Resumir e propor estratégias para o futuro).

A primeira etapa inclui a abordagem inicial do cliente e a forma como o profissional prepara o ambiente, preservando o sigilo e a privacidade. A segunda preconiza que se analise a conceção e a perceção do cliente sobre sua condição de saúde e possibilidades futuras. Na terceira fase, deve ser avaliado o quanto o indivíduo deseja saber sobre a sua condição e, na quarta etapa, comunicar a notícia propriamente dita, que deve ser transmitida com linguagem compreensível, de forma realista, empática e afável. Na quinta etapa, a partir da receção da notícia, o profissional de saúde deve ser sensível às emoções do cliente, qualquer que seja a sua reação. E a sexta e última etapa refere-se às estratégias que podem ser adotadas para conduzir o tratamento do cliente e minimizar a dor, o receio e a ansiedade que a notícia provoca (Baile et al., 2000 cit. por Gazzola et al., 2020).

Assim, em Obstetrícia, o ambiente ou cenário em que a conversa deve ocorrer, deve maximizar o nível de conforto do casal. Avaliar a perceção que têm sobre o diagnóstico permite um cuidado apropriado e individualizado. Ao pedir consentimento aos pais para partilhar a informação, é proporcionada uma sensação de controlo por parte dos mesmos sobre a situação. Evitar terminologias médicas durante os contactos permite aos pais compreenderem a informação relativa ao diagnóstico. Finalmente, os profissionais de saúde podem demonstrar empatia, através da adoção de uma postura comunicativa, na qual, repetem pacientemente a informação fornecida, evitando expressões “sei como se está a sentir”, o que é, frequentemente, interpretado como desonesto (Berry & Colorafi, 2018).

Principais dificuldades e limitações percecionadas pelos profissionais de saúde aquando da divulgação de más notícias em Obstetrícia

O anúncio de um diagnóstico adverso, tal como uma anomalia fetal, carrega consigo uma carga emocional intensa, não só para o recetor, mas também para o transmissor da notícia. Esta situação caracteriza-se como crítica na relação clínica, que expõe os clientes e quem divulga a notícia, a uma sensação de desconforto, bem como a um considerável sofrimento mental e psicológico (Baghdari, Rad & Sabzevari, 2017).

A área da medicina fetal foi descrita, pelos profissionais de saúde, como sendo pessoal e profissionalmente desafiante, salientando a natureza inesperada das más notícias e as mudanças indesejadas que estas provocam na vida de quem as recebe. Mesmo em áreas onde más notícias são comunicadas com frequência, apenas 6-15% dos profissionais declararam ter formação formal sobre como transmitir más notícias. Os estudantes

analisados foram concordantes, demonstrando que a formação sobre competência comunicacional e, especificamente, como transmitir más notícias, foi limitada e inadequada (Adler, Riba, & Eggly, 2009; Arnold & Koczwara, 2006 cit. por Luz et al., 2016; Gueneuc et al., 2020). A experiência foi descrita:

“Somos deixados à nossa própria apreciação, experiência e imparcialidade quando nos envolvemos nestas complexas conversas com os casais. O nosso conhecimento é imperfeito, a tecnologia é imprecisa e a nossa neutralidade é falível. O melhor que podemos fazer é aprender estratégias para comunicar com estes casais, mesmo que não saibamos exatamente o que dizer.” (Brow, 2010 cit. por Luz et al., 2016, p. 26)

Os resultados analisados nos estudos, também permitiram concluir que sentimentos de frustração e impotência, por parte dos profissionais de saúde, podem ser agravados por preocupações jurídico-legais, na medida em que um cliente insatisfeito pode apresentar uma queixa oficial. Além disso, a aplicação de um consentimento informado nem sempre garante a realidade de uma comunicação bidirecional, servindo, muitas vezes, apenas como salvaguarda dos profissionais (Carrasco et al., 2018).

Não obstante, o sistema de saúde é, frequentemente, afetado por limitações de tempo para as interações com os pacientes, resultado de rácios irrealistas de profissionais de saúde/clientes. Efetivamente, de uma forma geral, os estudos analisados enfatizaram a falta de tempo dos profissionais de saúde, associada a uma sobrecarga de responsabilidades, como motivos para diminuição da qualidade e da atenção prestadas aos casais. Proporcionar tempo apropriado para os casais afetados processarem a notícia devastadora, bem como possibilitar intervalos de tempo adequados, pode diminuir a ansiedade dos mesmos, aumentando a compreensão e o processo de tomada de decisão (Berry & Colorafi, 2018).

Não sendo a comunicação um dom, predominantemente, inato, mas sim uma habilidade que pode ser aprendida e que não melhora, necessariamente, com a experiência (Moore, Mercado, Artigues & Lawrie, 2013; Shaw, Brown & Dunn, 2013 cit. por Carrasco et al., 2018), a formação sobre comunicação e o treino das competências comunicacionais devem ser contemplados na formação dos profissionais de saúde, juntamente com o desenvolvimento de competências técnicas e práticas, específicas para cada área de atuação.

Importância da formação sobre comunicação de más notícias/estratégias de aprendizagem

Como referido anteriormente, pela análise dos artigos, depreende-se que, a maioria dos profissionais de saúde, inclusive os enfermeiros, adquire os seus conhecimentos ao longo da prática clínica, seguindo como exemplo, a prática de colegas mais velhos ou com mais

experiência (Adler, Riba, & Eggly, 2009; Arnold & Koczwara, 2006 cit. por Luz et al., 2016; Gueneuc et al., 2020). Contudo, este tipo de aprendizagem nem sempre está disponível e, colegas com mais experiência não utilizam, necessariamente, formas e estratégias de comunicação adequadas. Por conseguinte, os profissionais de saúde são obrigados a aprender quando confrontados com estas situações, tendo de agir naquele momento, com as ferramentas de que dispõem. As lacunas na comunicação não são alvo de análise ou monitorização e, como tal, perpetuam-se práticas menos adequadas. Ainda que, indiscutivelmente, o ser humano aprenda com os erros, no caso da medicina pré-natal, quando a gravidez cursa com um diagnóstico adverso, quem sofre com esses erros são as grávidas/casais (Carrasco et al., 2018).

Formas e estratégias de aprendizagem têm vindo a ser exploradas, tais como a prática da simulação ou dramatização em que, a partir da técnica *“role-playing”*, os participantes podem experimentar emoções fortes num ambiente controlado. Os resultados dos artigos evidenciam que as dificuldades que os profissionais de saúde encaram aquando da comunicação de uma má notícia são comuns. Posto isto, esses mesmos medos e dificuldades poderiam ser utilizados para recriar situações semelhantes, em cenários num ambiente seguro e controlado, permitindo aos profissionais identificar e melhorar aspetos relacionados com a comunicação (Baghdari et. al, 2017).

O estudo desenvolvido por Yazdanparast et al. (2021) demonstrou que os enfermeiros que participaram em formações sobre comunicação de más notícias, desempenharam papéis mais ativos e efetivos quando confrontados com estas situações, demonstrando uma diferença estatisticamente significativa quando comparados com o grupo controlo, isto é, não submetido a nenhuma intervenção. Tal, permite concluir que, enfermeiros que apostam na aquisição e/ou no desenvolvimento e treino de competências comunicacionais participam mais e com mais qualidade nos processos de tomada de decisão clínica, podendo, desta forma, prestar cuidados significativos que respondem às verdadeiras necessidades dos indivíduos afetados. Em concordância, na investigação realizada por Baghdari et al. (2017), os autores relataram um aumento significativo, após a intervenção, na pontuação atribuída às competências necessárias para comunicar más notícias, tanto no grupo *“role-playing”* como no grupo multimédia. No grupo de controlo tal não se verificou.

Os estudos analisados sugerem, assim, a técnica da simulação e *“role-playing”* como a ferramenta educacional mais eficaz, capaz de potenciar nos participantes a autoconfiança, necessária para estabelecerem contactos efetivos com os casais. A abordagem da dramatização poderia criar visualmente a situação desejada, sendo um método adequado para o objetivo emocional, bem como a alteração de abordagens, valores e melhorar a perceção das pessoas em relação às suas competências comunicacionais (Baghdari et al., 2017).

1.3.5. Conclusões

A capacidade de comunicar na área da saúde tem sido vista, erroneamente, como uma habilidade menos importante quando comparada com os aspetos técnicos, mas na realidade, é um elemento essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança (Carrasco et al., 2018). Os estudos demonstraram uma lacuna significativa relativamente às competências para a comunicação de más notícias durante a gravidez, considerando a sua importância pelo impacto duradouro na vida dos casais afetados (Berry & Colorafi, 2018).

De acordo com os estudos consultados, de forma a melhorar a comunicação terapêutica, deve ser dada mais atenção ao ser humano, contemplando, não só, as suas necessidades físicas, como também a dimensão emocional e espiritual dos cuidados, atuando com empatia, autenticidade e desenvolvendo escuta ativa, sem impor as próprias interpretações. As mulheres e casais precisam de se sentir cuidados, confortados e compreendidos pelos profissionais que os assistem. Expressões de empatia, compaixão e afeto na comunicação e cuidados prestados, trazem-lhes a garantia de que são uma parte importante de um todo. Isto resulta em sensações de proteção e conforto, para além de proporcionar paz interior, numa situação de tanta dor e sofrimento. Esta demonstração de afeto não é vista pelos casais como falha, mas sim percebida e aceite como humanidade da parte do profissional, ao mostrar-se sensível à situação (Rocha et al., 2016).

É importante compreender que o comportamento, por si só, é uma forma de comunicação, e que todos os tipos de comunicação podem influenciar o comportamento (Rocha et al., 2016). As capacidades comunicacionais na área da saúde, permitem manter relações eficazes entre os profissionais de saúde e os seus clientes, proporcionando um ambiente clínico, ética e legalmente humanizado. Quando a comunicação em Obstetrícia é feita de forma inadequada, pode conduzir a erros, ameaçando a credibilidade profissional.

Quem recebe informação traumática dificilmente esquece as circunstâncias da comunicação. A crescente dependência de certos procedimentos de diagnóstico e recursos tecnológicos pode ser prejudicial para as relações interpessoais, tornando-as frias e distantes. Para os profissionais de saúde, a qualidade da relação humana tem vindo a deteriorar-se, principalmente devido à sua sobrecarga de trabalho, o que limita, cada vez mais, o tempo dedicado a cada mulher/casal (Carrasco et al., 2018).

Apesar da falta de diretrizes formalizadas que uniformizem a comunicação de um diagnóstico de malformação fetal, a literatura fornece provas qualitativas, através das

experiências dos pais, sobre as quais construir uma base para uma prática mais humanizada. De forma alcançar resultados positivos, devem ser criados e implementados e, constantemente, atualizados protocolos de assistência aos casais quando a gravidez cursa com o diagnóstico de anomalia fetal, centrando os cuidados prestados numa esfera biopsicossocial e cultural dos casais afetados. Tal só poderá ser alcançado com o esforço conjunto da equipa multidisciplinar, constituída por médicos, EESMOs, psicólogos, entre outros. Os protocolos de orientação sobre a comunicação adequada de más notícias devem ser compreendidos apenas como um parâmetro de orientação, já que cada casal é único e as suas reações e estratégias de *coping* individuais, pelo que a previsão protocolar não tem o condão de abarcar todas as possibilidades e a complexidade das relações.

Relativamente às instituições, devem incentivar e possibilitar formação contínua para o desenvolvimento de competências comunicacionais e sociais. Por conseguinte, devem apostar na criação de espaços adequados para o estabelecimento destes contactos, que permitam a privacidade e o conforto.

As principais dificuldades encontradas na realização da presente revisão integrativa da literatura relacionaram-se com o facto, da maioria dos artigos científicos, limitar a comunicação de más notícias à equipa médica. Contudo, as práticas na área da saúde, nomeadamente em Obstetrícia, não abrangem apenas um grupo profissional, mas sim uma equipa multidisciplinar. Crê-se que seria benéfico que mais estudos fossem realizados no sentido de explorar o papel do EESMO na comunicação de más notícias em Obstetrícia. Pela estreita e privilegiada relação que estabelece com o casal ao longo do ciclo gravídico e puerperal, desempenha um papel ativo e integrante na prestação de cuidados, pelo que não pode ser descurada a sua participação em situações em que a gravidez cursa com desfechos desfavoráveis.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO

O parto constitui um dos momentos mais marcantes na vida mulher/casal, pois é o evento que resulta no nascimento de uma nova vida. É uma experiência que perpassa aspectos psicológicos, emocionais e sociais, sendo vivida de acordo com a cultura em que cada um está inserido.

Este momento, carregado de expectativas, representa o culminar de um processo vivido pela grávida/casal, que exigiu um conjunto de adaptações fisiológicas e emocionais. Para garantir o bem-estar materno-fetal, ao longo do trabalho de parto e parto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica deve adequar as suas intervenções a cada casal, promovendo a individualização e a continuidade dos cuidados. Ao desenvolver práticas específicas, apoiadas pela evidência científica, o EESMO favorece a promoção do processo fisiológico do parto.

Neste sentido, reconhece-se a necessidade de transferir o protagonismo para a tríade, capacitando a mulher para que seja o centro de todo este processo, reconhecendo e respeitando as necessidades individuais de cada grávida/casal e a forma como pretendem passar por esta experiência, com o objetivo de proporcionar cuidados humanizados e promover a autonomia, a autodeterminação e o *empowerment* da mulher (WHO, 2018).

O trabalho de parto (TP) é definido como um conjunto de fenómenos fisiológicos que levam à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior, assim como dos restantes produtos de concepção, nomeadamente, a placenta e membranas amnióticas. De acordo com Graça (2017), este processo inicia-se pelo desencadear de contrações uterinas regulares, em frequência e intensidade, com sensação dolorosa, ocorrendo ao mesmo tempo a extinção cervical e a dilatação. A literatura convencionou a divisão do TP em quatro estádios: o primeiro estadio corresponde à dilatação e extinção do colo do útero, o segundo estadio inicia-se com a dilatação completa e termina na expulsão do recém-nascido (período expulsivo), o terceiro estadio vai desde o nascimento até à dequitação, sendo o quarto e último estadio correspondente ao período de duas horas pós-dequitação, isto é, o período de hemóstase ou puerpério imediato (Fatia & Tinoco, 2016).

2.1. Contextualização do estágio

O estágio de “Trabalho de parto e parto” decorreu entre o dia 10 de novembro de 2020 e o dia 1 de março de 2021, no núcleo de partos do Centro Materno Infantil do Norte, sob supervisão de uma EESMO.

O serviço compreende a urgência de ginecologia/obstetrícia, uma sala de triagem, onde era realizado o exame físico da grávida e CTG, uma sala para mulheres submetidas a indução de TP ou que se encontravam na fase latente do TP; era constituído, ainda, por sete quartos individuais para parto (box), sendo uma delas, habitualmente, reservada a trabalhos de abortamento. O serviço abrange, ainda, um bloco operatório e uma sala para recobro.

Durante o estágio foi possível assistir e executar o parto a 48 parturientes, conforme representado na Tabela 3. Não obstante, foram prestados, ainda, cuidados intraparto a mais 17 parturientes que tiveram parto distócico por ventosa/fórceps.

Tabela 3. Experiências no âmbito do estágio: trabalho de parto e parto

EXPERIÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO						
Parturientes assistidas		Partos executados		Partos assistidos		
Baixo risco	Alto risco	Com episiotomia	Sem episiotomia	Pélvico	Ventosa	Fórceps
35	13	16	32	1	15	1
Total: 48		Total: 48		Total: 17		

Foi comum observar que as causas que mais motivavam as grávidas/parturientes a recorrer prendiam-se com a diminuição da percepção dos movimentos fetais, metrorragias ou queixas algícas associadas à contratilidade uterina.

Primeiramente, estas eram admitidas na urgência, sendo posteriormente encaminhadas para a sala de triagem, local onde se procedia à avaliação do bem-estar materno-fetal, recolhidas informações para avaliação inicial e história clínica/obstétrica. Após avaliação médica e de enfermagem, era decido o internamento da grávida no núcleo de partos ou no serviço de grávidas de risco. Deste último serviço, também poderiam ser transferidas para

o núcleo de partos as grávidas que já estivessem internadas e que iniciassem TP espontâneo ou para indução de TP.

2.2. Desenvolvimento de competências no âmbito do trabalho de parto e parto

No internamento, no núcleo de partos, era realizado o acolhimento à grávida/parturiente, mostrando-lhe as instalações do serviço, sugerindo que vestisse uma roupa mais confortável. Devido às regras impostas pela instituição, no que diz respeito à pandemia por SARS-Cov2, a maior parte das grávidas/parturientes eram admitidas sem acompanhante, o qual poderia entrar após confirmação negativa do teste de rastreio e quando esta estivesse em trabalho de parto ativo, numa sala de parto individual.

Permitir a presença de um acompanhante, escolhido livremente pela mulher, é reconhecida como uma prática de atenção do parto humanizado. A literatura reconhece e explana os benefícios alicerçados a esta prática, nomeadamente, o apoio emocional oferecido à mulher, que se traduz num aumento da sua confiança durante o trabalho de parto e parto, e o vínculo estabelecido com esta pessoa de confiança, possibilita-lhe verbalizar com mais facilidade os seus sentimentos, que não se sente tão à vontade de referir aos profissionais de saúde. Não obstante, a literatura evidencia os laços familiares que se estabelecem, na medida em que a pessoa que a vivencia o momento do parto é alguém especial para a parturiente (Gomes et. al, 2019). Assim, reconhece-se que este aspeto poderá ter dificultado o decurso do TP, contribuindo para o aumento dos níveis de ansiedade na grávida.

No primeiro contacto com a grávida, era tida em consideração a nossa apresentação, bem como a explicação do nosso papel enquanto enfermeiras e estudantes da especialidade. A forma como nos apresentamos e comunicamos pode ser preponderante para o estabelecimento de uma relação terapêutica com a grávida, demonstrando disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e preocupações.

Posto isto, durante todo o processo de acompanhamento de uma grávida/parturiente, ao longo do estágio, foi tida em consideração a definição de experiência de parto positiva que, segundo a WHO (2018), compreende uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a grávida. Desta forma, o nosso papel, enquanto enfermeiras responsáveis pela assistência à grávida/casal, pautou-se pelo respeito, garantido que a mulher era informada e consentia com os procedimentos realizados, durante todo o processo. Desta forma, as competências

comunicacionais surgem como ferramentas de trabalho básicas do enfermeiro, porque serão o alicerce de uma prática de qualidade. Mais do que tudo, o EEMO deverá demonstrar empatia e transmitir segurança à grávida/casal. A visão mecanista da prestação de cuidados é um estereótipo que deverá ser ultrapassado, principalmente em Obstetrícia: quem cuida da pessoa é uma pessoa, humana, que entende, que se esforça para dar o seu melhor (Fonseca, 2016).

Tradicionalmente, através dos tempos e culturas, as mulheres grávidas estavam rodeadas de mulheres experientes, família e amigos mais chegados, que lhes ofereciam, entusiasmados, o apoio na transição para a maternidade. Esta realidade foi sendo, paulatinamente, substituída pelo parto hospitalar e por intervenções invasivas de alta tecnologia. Na realidade dos hospitais portugueses existem, ainda, algumas dificuldades de aceitação do plano de parto, muitas vezes, pelo desconhecimento sobre o que estes podem proporcionar e como devem ser colocados em prática (Lopes, 2016).

O plano de parto constitui uma ferramenta, elaborada pelo casal, que manifesta as suas escolhas, reflete os seus desejos e vontades, para o decurso do trabalho de parto e parto, que culminará no nascimento do filho. E, como tal, deve ser valorizado pelos profissionais de saúde. A disponibilidade do EESMO e a relação terapêutica estabelecida devem permitir que a grávida/casal expresse as suas necessidades para que, em parceria, obtenha informação e esclarecimento, no sentido de poder deliberar as soluções mais oportunas que respeitem as suas vivências, cultura e contextos (Kaufman, 2007 cit. por Lopes, 2016). Durante a prática clínica, foi comum observar algum ceticismo por parte dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiras especialistas e médicos obstetras, relativamente ao plano de parto que, muitas vezes, confrontavam e questionavam as preferências do casal, não reconhecendo a sua importância. O plano de parto era, muitas vezes, encarado como uma simples lista de opções e escolhas e não encarado como uma reflexão, desenvolvida de forma consciente e informada, pelo casal. Este deve ser encarado como um plano de desenvolvimento pessoal, que confere confiança ao casal, permitindo criar um ambiente seguro que culmine com uma experiência satisfatória (Lothian, 2000 cit. por Lopes, 2016). Posto isto, considera-se a necessidade de atribuir a devida importância ao plano de parto em contexto hospitalar, pois nele está refletido o percurso que a grávida e o/a seu/sua companheiro/a delineou e planeou, sendo que, ética e moralmente as suas escolhas e preferências devem ser conhecidas e respeitadas, sempre que não coloquem em risco a sua saúde ou a do feto, por toda a equipa multidisciplinar. O nascimento pode ser mais um número para as estatísticas, mas é o momento mais importante na vida da grávida/casal (Lopes, 2016).

2.2.1. 1º Estadio do trabalho de parto e parto e Indução do TP

As grávidas que se encontravam na fase latente do 1º estadio de TP, ou que chegavam para indução de TP, eram encaminhadas para a sala destinada para o efeito. Segundo a WHO (2018), esta fase corresponde a uma dilatação até 5 cm com presença de contrações uterinas de intensidade e dor variáveis, sem uma duração estabelecida e variando de mulher para mulher, não se estendendo para além das 12 horas nas nulíparas e das 10 horas nas multíparas.

Durante esta fase, as grávidas eram submetidas a algumas atividades de vigilância materno-fetal, nomeadamente, a avaliação dos sinais vitais uma vez por turno ou caso a evolução do estado hemodinâmico o justificasse. Algumas condições mais específicas na gravidez como pré-eclâmpsia ou hipertensão arterial e episódios de febre intraparto exigiam uma avaliação mais frequente. A febre intraparto define-se como o aumento da temperatura corporal $\geq 38^{\circ}\text{C}$ durante o TP, podendo estar associada a causas infecciosas, como coriomnionite, infeção do trato urinário e infeção respiratória e causas não infecciosas como desidratação, analgesia epidural e sobreaquecimento do quarto (Prada & Rafael, 2016). A febre tem repercussões diretas na dinâmica do trabalho de parto, estando associada ao aumento de partos instrumentados e cesarianas. Não obstante, também se pode refletir no RN, apresentando este índices de Apgar ao 1º e 5º minuto mais baixos, hipotonia, convulsões e encefalopatia.

As atividades de vigilância materno-fetal também incluíam a monitorização cardiotocográfica (CTG). Sobre esta prática, importa considerar a sua necessidade de forma contínua, ou a possibilidade de poder ser realizada de modo intermitente. De acordo com o ACOG (2017), a monitorização CTG contínua não acarreta benefícios para a parturiente de baixo risco e recomenda a monitorização intermitente como uma alternativa segura, podendo estar associada ao aumento de partos instrumentados e o número de intervenções realizadas. De igual modo, a literatura demonstra que a monitorização CTG contínua tem também repercussões na mobilidade e, consequentemente, na adoção de estratégias não-farmacológicas para controlo da dor por parte da mulher (Alfirevic, Gyte, Cuthbert & Devane, 2017).

Este aspeto coincidiu com a prática clínica, sendo realizado CTG intermitente a fase latente e na ausência de analgesia epidural ou indução de TP. Este era interrompido para as grávidas pudessem realizar as refeições, deambular ou utilizar a bola de partos sempre que desejassem. O serviço usufruía de um longo corredor, possibilitando às parturientes, nesta

fase de TP, manterem a deambulação e verticalização como método não farmacológico para alívio da dor.

A indução do TP (ITP) é um procedimento que tem gerado controvérsia e discussão em Obstetrícia (Fonseca, 2016). Trata-se de induzir artificialmente contratilidade uterina, de forma a que se inicie o trabalho de parto antes do que seria suposto espontaneamente, a partir das 24 semanas de gestação (ACOG, 2009). De acordo com a Direção-Geral de Saúde (DGS, 2015), deve avaliar-se individualmente a necessidade de maturação cervical ou de ITP, atentando-se o estado de saúde materna e fetal, os riscos que o prolongamento da gravidez acarreta para ambos, a idade gestacional, a avaliação do colo uterino (índice de *Bishop* a ser registado no processo clínico) e da pelve materna, a estimativa do peso e a apresentação fetais.

O Índice de Bishop correlacionada uma série de dados durante a observação cervical da grávida que, juntos, corroboram a decisão da indução e até mesmo a escolha do método mais adequado. Estes dados são a posição, consistência e dilatação do colo do útero e a altura da apresentação fetal face às espinhas isquiáticas (Fonseca, 2016).

De acordo com a literatura, constituem indicações para maturação cervical e ITP, patologia médica ou obstétrica grave que põe em risco a saúde materna ou fetal, oligoâmnios em gestação de termo, RCIU com alterações fluxométricas, morte fetal e gravidez não complicada que atinge as 41 semanas completas. Esta deverá ser evitada, sempre que possível, sob prejuízo de conduzir a complicações neonatais, antes das 39 semanas de gestação, exceto em situações em que exista um claro benefício de saúde para a mãe ou para o feto (DGS, 2015). De acordo com a mesma organização, a existência de duas ou mais cesarianas anteriores ou uma cesariana anterior com incisão não segmentar, a cirurgia uterina prévia envolvendo o miométrio e todas as situações que contraindicam o parto vaginal, constituem-se como contraindicações absolutas. Segundo Graça (2017), podem distinguir-se três métodos de indução do TP, nomeadamente, a maturação cervical através de prostaglandinas (dinoprostona ou misoprostol), a dilatação mecânica com recurso a sonda de Foley e a administração de ocitocina em perfusão.

De forma a determinar a progressão do TP era realizado o exame vaginal, intervenção esta que permite avaliar um conjunto de dados importantes, nomeadamente, a dilatação e a extinção do colo uterino, a integridade da bolsa amniótica, as características das perdas vaginais (presença de sangue ou líquido amniótico (LA), coloração e cheiro) e, ainda, a estática fetal. Não obstante, este é um procedimento que gera algum contrassenso quanto à sua frequência e utilidade, enquanto procedimento de rotina. A WHO (2018) recomenda intervalos de 4 horas entre a sua realização, por rotina, sem sinais que justifiquem um exame imediato. Durante a prática clínica, o recurso a esta intervenção era ponderado, recorrendo-se mediante as necessidades da evolução do TP, aquando da colocação do cateter epidural ou mediante as alterações do traçado CTG. Compreende-se que, do ponto de vista

académico, seja importante obter um maior número de experiências possíveis, que contribuam para o enriquecimento da nossa formação prática, não obstante, não pode ser descurado o facto de que, muitas vezes, este se constituir um procedimento desconfortável para a maioria das mulheres. Efetivamente, não existe evidência científica suficiente que nos permita apoiar ou rejeitar o uso, por rotina, dos exames vaginais. Se, por um lado, nos permite tranquilizar quanto à evolução normal do TP, por outro, o facto de a parturiente apresentar extinção e dilatação completa do colo não é, por si só, preditor de que o bebé vá nascer naquele momento, o que pode levar a intervenções desnecessárias para acelerar o TP.

Relativamente à dor do TP, sendo este um fenómeno muito complexo individual, influenciado por um conjunto de fatores de natureza distinta, o processo de tomada de decisão da mulher foi sempre apoiado e respeitado. De acordo com Graça (2017), não existem evidências científicas que indiquem que a dor do parto é benéfica para a parturiente nem para o RN, pois o stress, ansiedade e dor promovem alterações de homeostasia materna e provocam efeitos prejudiciais sobre a mulher e feto, influenciando a normal evolução do parto.

Assim que as parturientes entravam em fase ativa de TP, isto é, com o colo totalmente extinto e com mais de 5cm de dilatação (WHO, 2018), eram transferidas para uma das salas de parto individuais. A maior parte das parturientes assistidas, expressaram a vontade de realizar analgesia epidural. Durante o estágio profissional, foi possível colaborar com o médico anestesista na colocação do cateter epidural, preparando o material e posicionando as parturientes para o procedimento.

De acordo com a WHO (2018), a analgesia epidural é o método farmacológico mais eficaz para alívio da dor quando comparada com a analgesia opióide. Não obstante, a mesma organização defende que, para evitar complicações e para que a função motora seja preservada tanto quanto possível, deverá optar-se pela menor concentração de fármaco eficaz possível. Contudo, ao longo do ensino clínico, verificou-se, frequentemente, que os anestesistas optavam pela administração do fármaco em perfusão contínua, em vez da administração em bólus, pelo que, na maioria dos casos, as parturientes apresentavam elevado nível de bloqueio motor. Tal aspeto conduzia a que o repouso no leito fosse a única possibilidade.

Sendo a liberdade de movimentos durante o TP a resposta fisiológica à dor, na medida em que permite à parturiente adotar instintivamente posições mais confortáveis, em que a resistência e a compressão sejam reduzidas. Desta forma, a parturiente protege-se de lesões na bacia, colo do útero e períneo, enquanto que, ao mesmo tempo, protege o feto de posições inadequadas que poderiam causar pressão excessiva sobre a cabeça. Ao agir desta forma, a parturiente pode reduzir os níveis de stresse do feto, bem como a sua própria dor (Veringa, Buitendijk, Miranda, Wolf & Spinhoven, 2011).

Contudo, devido aos aspetos supracitados, verificou-se que a mobilidade das parturientes se encontrava bastante limitada e a adoção de outras posições que não o decúbito dorsal era difícil. A literatura salienta que a verticalidade promove o equilíbrio do corpo da mulher, no sentido da força gravitacional, promovendo os mecanismos de encravamento e a descida fetal (Ferrão & Zagão, 2017). Durante o estágio, de forma a colmatar esta circunstância, eram incentivados os decúbitos laterais e a posição de sentada na cama com a cabeceira elevada, numa tentativa de verticalização. Efetivamente, e de modo geral, este aspeto colidiu com as expectativas que a parturiente tinha do seu próprio trabalho de parto, uma vez que diminuía, de certa forma, o poder e o controlo sobre o seu próprio corpo.

O parto normal é definido pela WHO (2018) como o parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até o nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição. Posto isto, durante a prática clínica foi possível observar alguns desvios ao TP normal, designadamente, o prolongamento da fase latente ou ativa do 1º estadio do TP. A mesma organização define TP prolongado como o progresso lento e anormal do TP, decorrente de contrações uterinas ineficazes, incompatibilidades feto-pélvicas e anormalidades na apresentação fetal ou nas estruturas ósseas e/ou tecidos moles pélvicos, estado associado a taxas mais elevadas de mortalidade e morbidade materno-fetal, decorrente de infeções, rotura uterina ou intervenções cirúrgicas.

Perante este diagnóstico, durante a prática clínica, as intervenções passavam pela maturação e dilatação cervical, sendo para tal administrada ocitocina em perfusão, conforme protocolo, e realizada amniotomia.

De acordo com as orientações mais atuais da WHO (2018), a administração da ocitocina para prevenção do TP prolongado deve ser apenas realizada mediante um diagnóstico efetivo de TP prolongado e quando a dilatação cervical é >5 cm. A realização desta prática implica a monitorização contínua da frequência cardíaca fetal (FCF) e da contratilidade uterina, pelo que eram avaliadas constantemente. Esta prática pode provocar taquissístolia uterina, que se caracteriza pelo aparecimento de cinco ou mais contrações, de características normais num período de dez minutos, sem elevação significativa do tônus basal. Tal aspeto pode conduzir à diminuição da troca gasosa que ocorre habitualmente nos intervalos das contrações e, conseqüentemente, conduzir à hipoxia fetal (Graça, 2017). Recomenda-se, perante estas situações, a suspensão do fármaco, administração de fluídos e o posicionamento da parturiente de forma a promover a perfusão uteroplacentária, recorrendo-se, ainda, à administração de salbutamol IV, conforme protocolo.

No que concerne à rotura artificial de membranas (amniotomia), também a sua utilidade na progressão do TP não é consensual na literatura. No estudo realizado por Subramaniyam e Rudra (2019), os resultados obtidos demonstraram que a amniotomia, durante a fase ativa

do TP, reduz significativamente a duração do trabalho de parto quando comparado à prática de manter as membranas intactas e não está associado ao aumento de desfechos neonatais adversos, pelo que, a realização seletiva desta prática, ajuda a reduzir a duração do trabalho e a incidência de trabalho de parto prolongado. Não obstante, a revisão sistemática da literatura realizada por Smyth, Markham e Dowswell (2013) onde foram identificados 15 estudos e englobou 5583 mulheres, não encontrou relação entre a realização da amniotomia e o encurtamento do TP, havendo uma possível relação com o aumento da taxa de cesarianas, pelo que não recomenda a intervenção por rotina como parte da gestão do trabalho de parto normal. Esta prática, não obstante, não se apresenta como um procedimento inócuo, conduzir ao prolapso do cordão umbilical, a compressão do pólo cefálico com implicações na FCF e ao aumento da taxa de infeção ascendente (Souza et al., 2010).

No contexto da prática clínica, este procedimento foi realizado após obter o consentimento da parturiente, sob supervisão da enfermeira tutora, apoiando-se a descida da apresentação de modo a reduzir o risco de prolapso do cordão. Posteriormente, recolhiam-se dados tais como as características do LA, nomeadamente, a quantidade, cheiro e cor, mantendo-se a monitorização CTG com o objetivo de detetar qualquer alteração.

2.2.2. 2º Estadio do trabalho de parto/período expulsivo

De acordo com a WHO (2018), o 2º estadio inicia-se aquando da dilatação completa e corresponde ao período expulsivo que terminará no momento da expulsão do feto. É nesta fase que a mulher sente uma vontade involuntária de realizar esforços expulsivos, como resultado da contratilidade uterina. Não obstante, atua também uma nova força, nomeadamente, a contração da musculatura do diafragma e da parede abdominal que, associados às contrações, comprimem o útero, de cima para baixo e da frente para trás (Fatia & Tinoco, 2016).

De acordo com as *guidelines* mais atuais da WHO (2018), este período pode demorar até três horas nas nulíparas e até duas horas nas múltíparas, sendo que, a estes *timings* se associa mais uma hora caso se verifique analgesia epidural. Não obstante, a mesma organização, defende que a duração deste período é muito variável de mulher para mulher e que o seu prolongamento, para além destes tempos, não pode ser considerado como preditor dos resultados materno-fetais, desde que o traçado CTG se mantenha tranquilizador e a parturiente esteja hidratada e confortável. São considerados sinais de alerta as

desacelerações tardias e de recuperação lenta e as bradicardias sustentadas (Fatia & Tinoco, 2016).

Poderá ser condicionante da duração desta fase, a eficácia das contrações uterinas, a condição física e emocional da parturiente, a analgesia, a posição adotada, paridade e adequação pélvica no TP, tamanho e apresentação e situação do feto, não descurando o apoio recebido pelos profissionais de saúde (Fatia & Tinoco, 2016).

Durante este estadio, a posição materna volta a encarnar um pael fulcral para o desenrolar do TP. Todas as parturientes, quer tenham optado ou não pela analgesia epidural, devem ser incentivadas a adotar posições que considerem mais confortáveis, sobretudo posições verticalizadas (WHO, 2018). Entende-se por posições verticais, todas as posições que proporcionam um ângulo de 45° entre o tronco e os membros inferiores da mulher, tais como a posição de cócoras, ajoelhada, de pé, sentada e de quatro apoios. A literatura evidencia um conjunto de vantagens a estas associadas, designadamente, a melhoria do fluxo uteroplacentário, na medida em que impede a compressão de grandes vasos, como a artéria aorta e a veia cava, pelo útero gravídico; permitem que a força da gravidade atue, potenciando o encaixe da apresentação fetal; aumentam os diâmetros ântero-posterior e transversos da bacia e, essencialmente, permitem que a parturiente participe ativamente no nascimento do seu filho, uma vez que reforça o controlo materno sobre o seu próprio TP (Mineiro, Rito, Cardoso & Sousa, 2016). De acordo com o Royal College of Midwives (RCM, 2012), as parturientes que adotam posições verticalizadas ou lateralizadas durante o 2º estadio do TP, apresentam um encurtamento deste período, uma menor taxa de partos instrumentados, menores taxas de episiotomia e taxas mais elevadas de satisfação materna.

Contudo, e ainda que a literatura seja categórica em relação a este assunto, a realidade da maioria dos contextos hospitalares, incluindo o CMIN, preconiza a posição de litotomia neste período. Tal como já oportunamente referido, a generalidade das parturientes assistidas apresentava a mobilidade bastante limitada, resultado da administração da analgesia em perfusão, pelo que não foi possível a adoção de posições verticalizadas durante o período expulsivo. Como tentativa de contornar esta circunstância, eram encorajados decúbitos laterais, posição de sentada na cama com a cabeceira levantada; foi, ainda, possível adotar aposição de quatro apoios. Contudo, a posição de litotomia foi a utilizada para o período expulsivo.

Durante este estadio, as parturientes apresentam-se exaustas e vulneráveis, sendo que a progressão da apresentação fetal no canal de parto desencadeia na parturiente o estímulo involuntário do puxo, designado por reflexo de Ferguson. A literatura recomenda que as mulheres devem ser encorajadas a seguir o seu próprio desejo para realizar esforços expulsivos (WHO, 2018). Não obstante, constatou-se que na grande maioria das vezes tinha de ser empregue o puxo dirigido, devido ao nível de bloqueio motor induzido pela analgesia epidural.

A realização da episiotomia, por rotina, continua a ser uma prática não recomendada pelas *guidelines* mais atuais, não existindo evidência clínica de que esta diminua a frequência de lesão perineal, incontinência urinária ou futuros prolapso vaginais (Graça, 2017). O ACOG (2018) e a WHO (2018) recomendam a realização da episiotomia de forma ponderada, seletiva e individual, pois a sua utilização rotineira consiste numa prática prejudicial para a mulher. A sua realização poderá estar indicada em partos vaginais distócicos, macrosomia fetal, cicatrizes prévias na área genital que possam resultar em lacerações graves na passagem do feto e situações de sofrimento fetal agudo, de forma a diminuir o tempo da extensão (Fatia & Tinoco, 2016).

Esta foi efetivamente uma das práticas que suscitou mais reservas ao longo da prática clínica, relacionada com a verdadeira necessidade da sua realização. Nos casos em que foi praticada a episiotomia, identificaram-se sinais como a palidez do períneo e o estiramento de tecidos com pouca elasticidade, tensos e friáveis. Não obstante, sempre que possível, o objetivo foi salvaguardar e promover a integridade do períneo, tendo em conta que a literatura recomenda que se evite a manipulação do mesmo durante o segundo estadio, e que se promova a verticalidade do parto, os esforços expulsivos espontâneos, e não dirigidos, e a aplicação de calor local durante o período expulsivo (Marshal, et al., 2014 e Chapman, et al., 2010, citados por OE, 2008).

Dos 48 partos realizados, em 16 foi realizada a episiotomia, pelo que se reconhece a sua prática numa taxa superior à recomendada. Esta era efetuada na direção mediolateral esquerda, uma vez que, em relação à episiotomia mediana, apresenta menor risco de atingimento da mucosa anal. Apesar de provocar menor lesão nas estruturas perineais, este tipo de episiotomia encontra-se associada a maior dor no pós-parto e a maior perda sanguínea (Fatia & Tinoco, 2016).

Durante a prática clínica, foram observadas, frequentemente, manobras para facilitar a expulsão fetal, utilizando uma abordagem *hands-on*, em que uma mão suporta a cabeça fetal e a outra apoia o períneo. De acordo com a WHO (2018), a abordagem *hands-off*, em que se adota uma atitude expectante e observacional, não aumenta a incidência de períneos íntegros e parece estar associada a um aumento da taxa de lacerações de 1º grau e, por isso, recomendam as manobras *hands-on* para proteção do períneo.

Após o nascimento do recém-nascido, atenta-se o momento em que este começa a chorar, e avalia-se a sua capacidade de adaptação à vida extrauterina, tendo como referência o Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minutos. O índice de Apgar permite uma rápida avaliação das condições de vitalidade do RN, estando ancorado à avaliação de cinco sinais: frequência cardíaca, frequência respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa e, finalmente, a coloração da pele, descrita como pálida, cianótica ou rosada. A cada um dos cinco sinais é atribuída uma pontuação de 0 a 2, sendo que a soma das pontuações traduz um *score*, que pode ter um valor mínimo de 0 e um valor máximo de 10. Assim, um *score* entre 7 e 10,

presente em cerca de 90% dos RN, significa que não houve dificuldade de adaptação à vida extrauterina; um valor entre 4 e 6, traduz dificuldade de grau moderado; e de 0 a 3 uma dificuldade de ordem grave. O índice de Apgar caracteriza de forma sistemática o período de transição, sendo indicador de cuidados imediatos/reanimação, contudo, não prevê resultados neurológicos futuros (Freitas & Baptista, 2016).

A grande maioria dos recém-nascidos de termo (cerca de 90%) nascem bem, sem necessidade de assistência; 10% necessitam de alguma intervenção e apenas 1% necessitam de reanimação (Kattwinkel et al., 2010 cit. por Freitas & Baptista, 2016). Durante a prática clínica, seguiram-se as recomendações do ACOG (2017) no que concerne à não aspiração de secreções intraparto por rotina, uma vez que a sucção na faringe posterior pode desencadear a estimulação do nervo vago e, conseqüentemente, períodos de apneia ou bradicardia. No que diz respeito à termorregulação, a exposição ao frio aumenta o consumo de oxigênio e glicose, pelo que a temperatura ambiente deve manter-se entre os 23°C e os 26°C, tal como se verificou na prática. Não obstante, quando o RN era colocado sobre o abdômen materno, era coberto com um pano aquecido e, quando retirado, era mantido sob fonte de calor, de forma a manter a temperatura corporal entre os 36,5°C e os 37°C (Freitas & Baptista, 2016).

Relativamente à clampagem do cordão umbilical, a prática instituída no serviço seguia as recomendações da WHO (2019), que defende a clampagem ao fim de pelo menos um minuto de vida, sendo esta uma prática muitas vezes realizada pela puérpera ou pelo acompanhante, caso desejassem. O atraso na clampagem do cordão potencia a passagem contínua de sangue da placenta para o RN durante mais um a três minutos após o nascimento, o que favorece o aumento das reservas de ferro até 50%, com conseqüente diminuição em 61% da anemia na infância, redução da incidência de hemorragia intraventricular em 59% nos recém-nascidos prematuros e redução da incidência de enterocolite necrosante (62%) e sépsis neonatal (29%) (WHO, 2019). É da competência do EESMO observar a presença de três vasos sanguíneos do cordão umbilical, nomeadamente, duas artérias e uma veia.

O contacto pele-a-pele, imediatamente após o nascimento, é uma prática reconhecida pela comunidade científica como tendo uma influência positiva na interação entre a mãe e o recém-nascido pela estimulação sensorial que produz (ACOG, 2016), na medida em que permite ao RN uma termorregulação eficaz, diminui os seus níveis de stress, incrementa o aumento dos níveis de ocitocina na puérpera, promove o início precoce da amamentação, potenciando a vinculação da díade (Moore, Bergman, Anderson & Medley, 2016).

A amamentação na 1ª hora de vida é praticada no CMIN, sempre que é essa a vontade manifestada pela puérpera. A WHO (2018) recomenda que, sempre que a condição clínica da díade seja favorável, todos os recém-nascidos, incluindo aqueles com baixo peso, devem ser colocados a mamar o mais rápido possível após o nascimento.

2.2.3. 3º Estadio do trabalho de parto/ dequitação

O 3º estadio do TP, designado, habitualmente, por dequitação, decorre desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta. Após a expulsão do feto, as dimensões uterinas diminuem subitamente, o que associado à contratilidade, levam a uma redução significativa da área de implementação da placenta, sofrendo esta um espessamento. A tensão que daí resulta conduz à rutura das vilosidades, formando-se um hematoma retroplacentar, o que acelera o processo de descolamento do revestimento basal e a sua expulsão (Fatia & Tinoco, 2016). De acordo com Graça (2017), este período pode variar entre cinco minutos a uma hora, sendo estes *timings* considerados fisiológicos, caso a perda sanguínea não seja excessiva.

A literatura recomenda que se adote uma atitude expectante durante este estadio, respeitando o tempo fisiológico, atentando-se aos sinais de separação placentar, designadamente: hemorragia de separação (repentina perda de sangue escuro, oriunda do introito vaginal), elevação do fundo uterino 2-3cm acima do umbigo, contrações uterinas, prolongamento evidente do cordão umbilical (quando a placenta se aproxima do introito vaginal), o útero passa de uma forma discoide para ovoide (com a passagem da placenta para o segmento inferior) (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

Podem distinguir-se dois tipos de mecanismo de descolamento placentar: mecanismo de *Schultze* e mecanismo de *Duncan*. O primeiro caracteriza-se pela separação inicial na zona mais central da placenta, formando um hematoma que só é expulso após a exteriorização da placenta, a face fetal sai em primeiro lugar, com sangramento somente após a expulsão completa e corresponde ao mecanismo mais frequente; o segundo mecanismo, menos comum, inicia-se pela periferia, separando as membranas da parede uterina, com descida lateral da placenta. A superfície materna apresenta-se em primeiro lugar, acompanhada de direto e contínuo sangramento (Fatia & Tinoco, 2016).

Durante a prática clínica, realizava-se a manobra de Kustner, como forma de comprovar o completo descolamento das membranas. Esta consiste em colocar a mão acima do bordo superior da sínfise púbica e exercer pressão na vertical em direção à coluna vertebral, sendo que caso se verificasse retração do cordão umbilical a separação ainda não estava completa. Após confirmar-se o descolamento completo, efetuava-se a manobra de Brandt-Andrews, isto é, procedia-se à tração controlada do cordão, conforme recomendação da WHO (2018), enquanto se incentivava os esforços expulsivos. Durante a exteriorização da placenta, recorria-se à manobra de Dublin, isto é, a placenta era apoiada e utilizavam-se movimentos

rotativos de forma a facilitar a saída completa das membranas (Fatia & Tinoco, 2016). Por fim, era instituído o protocolo do serviço respeitante à administração de ocitocina EV.

Após a dequitação, era necessário proceder-se à verificação da formação do globo de segurança de *Pinard*, bem como da perda sanguínea e a integridade da placenta e membranas. Esta última vigilância permite a deteção de uma eventual retenção placentar, a qual está associada a quadros hemorrágicos e infeções puerperais (ACOG, 2017). Das parturientes acompanhadas, foi observado um caso de retenção placentar e de membranas fragmentadas, em que foi realizado dequite manual pelo médico obstetra. Verificou-se, ainda, um caso de hemorragia pós-parto (HPP), após um parto instrumentado, sendo o controlo hemorrágico alcançado após administração fármacos uterotómicos e de massagem uterina.

Posteriormente, procedia-se à observação cuidada do canal de parto, identificando-se estruturas potencialmente afetadas e que carecessem da respetiva correção/episiorrafia. Em seguida procedia-se à prestação dos cuidados de higiene, deixando a puérpera o mais confortável possível.

O período de Greenberg imediato corresponde à primeira hora após a saída da placenta, sendo fundamental nos processos hemostáticos. Os mecanismos pelo qual o organismo atua no processo de hemóstase são o miotamponamento e o trombotamponamento. O primeiro inicia-se, imediatamente, após a saída da placenta e consiste na contração potente da musculatura uterina, tamponando a saída dos vasos sanguíneos que irrigavam a placenta. Caso este mecanismo não ocorra adequadamente, resulta um sangramento excessivo, hipotonia uterina, que poderá colocar em risco a vida da mulher. O trombotamponamento depende da formação de pequenos coágulos (trombos) que obliteram vasos uteroplacentários (Fatia & Tinoco, 2016).

Durante este período, na prática clínica, avaliava-se o útero através da palpação abdominal, assegurando-se a sua adequada contração, vigiavam-se as perdas sanguíneas, o períneo, os sinais vitais, bem como a valorização das queixas maternas.

Ao longo deste processo, sempre que possível e desejado, promoveu-se o contacto pele-a-pele e a amamentação na 1ª hora da vida. Esta é considerada um fator protetor da mortalidade neonatal devido à colonização intestinal de bactérias encontradas no leite materno e aos fatores imunológicos presentes no colostro materno (Antunes et al., 2017).

Relativamente ao RN, este era avaliado pelo pediatra, realizando-se, posteriormente, a avaliação de parâmetros como o peso, o perímetro cefálico e o comprimento. Procedia-se ainda à administração de vitamina K, como forma de prevenção de hemorragia no RN, bem como a aplicação de pomada oftálmica, conforme protocolo, explicando aos pais os procedimentos. A pessoa significativa que assistia ao parto, geralmente o pai do RN, era

incentivado, se assim o desejasse, a vestir a primeira roupa ao bebé, com o objetivo de promover a relação futura através deste contacto inicial.

Após prestados os cuidados e garantida a estabilidade da puérpera e do RN, em condições de normalidade, duas horas após o parto, a díade era transferida para o serviço de puerpério.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO AUTOCUIDADO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE

Ao conjunto de modificações físicas e psíquicas que ocorrem na fase do pós-parto, denomina-se puerpério. Estas alterações físicas e psicológicas da mulher correspondem ao retorno ao estado que a caracterizava antes da gravidez, normalmente ao fim de seis semanas após o parto (Ferreira, 2016). Este pode ser dividido em três períodos: o puerpério imediato, correspondente às primeiras 24 horas pós-parto, em que podem ocorrer com maior frequência algumas complicações; o puerpério precoce, que se estende à primeira semana após o parto; e o puerpério tardio, até à sexta semana pós-parto, ou até ocorrer a involução completa do útero e o regresso do ciclo menstrual (Graça, 2017).

As alterações fisiológicas que surgem são distintas, e estão relacionadas com todo o processo de regressão associado à gravidez. Existem vários fatores que contribuem para uma melhor adaptação a esta fase, entre eles: o nível de energia, grau de conforto, saúde e bem-estar do recém-nascido (RN), o apoio e o cuidado oferecido pela família, amigos e profissionais de saúde (Ferreira, 2016).

É da competência do EESMO cuidar da *“mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade”*. De igual modo, *“diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde”* e *“providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal”* (OE, 2019).

3.1. Contextualização do estágio

O estágio de “Autocuidado no pós-parto e Parentalidade” decorreu entre 9 de março e 5 de abril de 2021, no Serviço de Obstetrícia-puerpério do CMIN, sob supervisão de uma EESMO, perfazendo um total de 100h. Durante o ensino clínico proporcionou-se o contacto com várias mulheres, casais e recém-nascidos, tal como evidencia a Tabela 4:

Tabela 4. Experiências no âmbito do estágio: Autocuidado no pós-parto e Parentalidade

EXPERIÊNCIAS NO ÂMBITO DO PUERPÉRIO			
Puérperas		Recém-nascidos	
Baixo risco	Alto risco	Baixo risco	Alto risco
94	31	90	33
Total de experiências: 125 puérperas e 123 recém-nascidos			

O serviço tem 34 camas, das quais 16 são em quartos individuais e as restantes em quartos duplos. Um dos quartos individuais, pela sua disposição e por possuir pressão negativa, funciona como quarto de isolamento para puérperas com covid. O serviço dispõe, ainda, de uma sala de enfermagem e uma sala de tratamentos.

O internamento dura, em média, 48 horas no caso de um parto eutócico/distócico por ventosa/fórceps, sem intercorrências, e 72 horas no caso das cesarianas. Embora estes *timings* sejam os recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), verifica-se que, sobretudo as puérperas/casais que vivenciam esta experiência pela primeira vez, deixam de poder partilhar, precocemente, as suas dúvidas com um profissional de saúde de competência.

No CMIN, os RN de baixo risco permaneciam junto da mãe até à alta hospitalar. Este sistema de alojamento conjunto dentro da unidade hospitalar favorece um ambiente propício à prestação de cuidados, podendo o profissional de saúde centrar-se no autocuidado e cuidados ao binómio, o incentivo à amamentação para saúde do bebé e da mãe (Mesquita, 2019 cit. por Silva et. al, 2019). Não obstante, esta proximidade entre a puérpera e o seu bebé promove a ligação/vinculação do binómio, sendo essencial para o desenvolvimento infantil (Shrivastava, S., Shrivastava, P. & Ramasamy, 2013). No que concerne à presença de acompanhante, era permitida a sua permanência 24h, num quarto individual, após confirmação de um teste de rastreio negativo para a Covid-19 e, nos casos dos quartos duplos, era permitida a visita de uma pessoa significativa no período das 15h às 19h. Na maioria dos casos, a pessoa significativa era o pai do RN, o que facilita o processo de integração do novo membro na família.

3.2. Desenvolvimento de competências no âmbito do autocuidado pós-parto e parentalidade

A prestação de cuidados à mulher e ao RN no puerpério imediato é fundamental para a saúde materna e neonatal. Assim, é de salientar o papel crucial do EESMO no pós-parto, na medida em que este promove a saúde da mulher e do RN; diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do RN e providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde de ambos. Não obstante, no momento do puerpério, o EESMO assume uma relação privilegiada com a mulher/casal, o que lhe permite identificar precocemente as suas necessidades, de modo a poder agir no *timing* adequado, desempenhando um papel determinante na promoção e na adaptação à parentalidade.

3.2.1. Atividades de vigilância face à puérpera

São várias as alterações físicas, fisiológicas e psicológicas na puérpera. De forma a auxiliar a mulher nesta transição, o EESMO deve centrar a sua intervenção na prevenção de complicações e na promoção da autonomia da mulher no autocuidado, maximizando o seu bem-estar (Santos & Baptista, 2016). Ainda que as alterações anatómicas e fisiológicas sejam comuns a todas as puérperas, a sua experiência é influenciada por um conjunto de fatores, tais como, a paridade, o tipo e duração do trabalho de parto, a presença ou ausência de episiorrafia/correção de lacerações, experiências anteriores, entre outros. Desta forma, considerou-se a necessidade de recolher dados individuais, durante o processo de avaliação, que permitissem a formulação de diagnósticos de enfermagem específicos às necessidades de cada puérpera e recém-nascido.

De uma forma geral, as puérperas davam entrada no serviço de puerpério, duas horas após o parto, oriundas do núcleo de partos ou do recobro cirúrgico, no caso das cesarianas. À chegada ao serviço, era realizado o acolhimento e avaliação inicial. A informação, previamente transmitida pela EESMO do núcleo/bloco de partos e processo clínico da puérpera, incluía: tipo e hora do parto, antecedentes pessoais de relevo e história obstétrica, alergias conhecidas, grupo de sangue e fator Rh, presença/ausência do agente

SGB na mucosa vaginal/retal, condição do períneo e características da contração uterina e lóquios, bem como a amamentação na 1ª hora de vida.

As atividades de vigilância e diagnóstico da puérpera incluíram um exame geral, no sentido céfalo-caudal, pelo menos uma vez turno, tendo em consideração: os sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura e dor), pele e mucosas, as mamas, a contração e tônus uterino, o períneo, a eliminação (vesical e intestinal) e os membros inferiores.

Sendo a fase de puerpério um período de grande adaptação psicossocial, na medida em que inclui a sua adaptação ao papel parental, bem como às alterações da sua imagem corporal, torna-se importante vigiar o seu estado emocional e psicológico. A sociedade veicula a imagem que a mulher vive a maternidade envolta em imensa felicidade, o que faz com que, ao confrontar-se com a realidade, sinta a necessidade de omitir ou esconder aos profissionais de saúde e aos que lhe são mais próximos o que realmente sente (Leitão, 2016).

A disforia no pós-parto é uma alteração de humor observada em cerca de 80% das puérperas e que pode ocorrer até 7-10 dias após o parto, regredindo espontaneamente após um período de duas semanas. É caracterizado por choro, labilidade do humor, perturbação do sono, tristeza, crises de ansiedade, diminuição da concentração e perdas gerais de interesse (Leitão, Calado e Gonçalves, 2020). Este quadro, geralmente, não está associado à necessidade de intervenção farmacológica, sendo a abordagem principal no sentido de garantir suporte emocional, compreensão e auxílio nos cuidados com o RN (Amorim, 2010).

Durante o ensino clínico, não se observou nenhuma situação de *blues* pós-parto, contudo, foi possível observar que muitas puérperas apresentavam alguns sinais de labilidade emocional, ansiedade e sentimentos de insegurança em relação ao exercício do papel parental. Esta necessidade de adaptação, combinada com a recuperação física pós-parto, a satisfação das necessidades básicas do RN e a exigência dos cuidados, tornam este período de extrema vulnerabilidade para a puérpera. Desta forma, os cuidados foram geridos de forma a privilegiar os momentos de repouso da puérpera, proporcionando-se apoio emocional e incentivando-se à partilha de sentimentos e dúvidas, o apoio instrumental foi proporcionado sempre que necessário e, ainda, quando possível, promoveu-se a participação do acompanhante nas atividades de cuidado ao RN. Foi, ainda, adotada, junto da puérpera/casal, uma postura não crítica e de disponibilidade, sensibilizando-a/os para as alterações psicológicas que poderiam ocorrer no pós-parto, alertando para o expectável e para sinais de alerta para perturbações mais graves.

Os sinais vitais eram avaliados no acolhimento, 1x/turno ou sempre que necessário, de acordo com a evolução das alterações detetadas e/ou fatores de risco. Relativamente à tensão arterial e frequência cardíaca, refletiam a compensação cardiovascular que se estabelece no sentido de manter a homeostasia hemodinâmica - a tensão sobe ligeiramente (considera-se uma subida aceitável até aos 140/90mmHg) e a um pulso que pode ser bradicárdico, mas cheio e regular, devido ao aumento do retorno venoso dos membros

inferiores (Sequeira et. al, 2020). As puérperas apresentavam, tendencialmente, uma temperatura corporal ligeiramente aumentada, não atingindo os 38 °C, nas primeiras 24h pós-parto.

Desta forma, considerou-se sinais de alarme, temperatura corporal > 38 °C após as primeiras 24h, taquicardia ou bradicardia e, ainda, hipotensão ou hipertensão. Uma hemorragia uterina que não foi diagnosticada ou uma excessiva perda de sangue durante o parto vai originar uma descida da tensão arterial. Uma subida da tensão arterial, acompanhada de cefaleias, epigastralgias ou alterações visuais pode sugerir um quadro de pré-eclâmpsia (Ferreira, 2016).

Quando se avaliava o estado da pele e mucosas, pretendia-se identificar, precocemente, sinais de alarme como palidez cutânea e mucosas descoradas (possível anemia pós-parto), pele fria e viscosa ao toque (em situações de choque hipovolémico) e seca (desidratada). Os achados normais foram a presença de estrias nas mamas, abdómen, coxas e anca, hiperpigmentação das aréolas e linha branca abdominal (Santos & Baptista, 2016).

A dor é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP), como *“uma experiência multidimensional, desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”* (DGS, 2008). É um fenómeno referido pela maioria das mulheres no pós-parto, independentemente do tipo de parto, estando presente em diferentes locais anatómicos, sendo que, a sua presença, poderá dificultar o exercício do papel parental e o regresso ao quotidiano normal. No entanto, esta é muitas vezes desvalorizada pela própria puérpera, na medida em que o RN toma prioridade e as necessidades da mulher passam para segundo plano.

Os resultados obtidos no estudo realizado por Santos et al. (2016), que pretendia avaliar a frequência, o local e a intensidade da dor no período pós-parto, demonstram que 72,9% das puérperas referiram dor, não ocorrendo diferenças significativas entre o parto vaginal e a cesariana. Das 309 mulheres que referiram dor, a algia na região supra-púbica foi a mais mencionada (44%), seguida pela dor nas regiões abdominal (29,4%), perineal (23%), epigástrica (9,4%), lombar (6,1%), cefálica (3,9%) e mamária (2,9%), independentemente da via de parto.

A dor era avaliada com recurso à Escala Numérica da Dor (era pedido à puérpera que classificasse a sua dor, em intensidade, numa escala de zero a dez, sendo que zero se refere à ausência de dor e dez a pior dor que já sentiu). O seu controlo passava pela aplicação de medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas de acordo com o tipo e intensidade da dor verbalizada pela puérpera. A intervenção farmacológica consistia na administração de analgésicos e anti-inflamatórios por via oral ou intravenosa. Os fármacos protocolados no parto eutócico eram: paracetamol 1gr e ibuprofeno 400mg via oral, num máximo de 8/8h cada um deles; na cesariana, morfina por cateter epidural 2,5mg de 12/12h, ceterolac 30mg

de 8/8h, tramadol 100mg endovenoso de 8/8h e paracetamol 1gr via endovenosa ou oral de 8/8h.

No que concerne a medidas não farmacológicas, a crioterapia foi o método mais adotado. De acordo com Beleza, Ferreira, Driusso, Santos & Nakano (2017) a crioterapia está associada a diminuição do edema e alívio da dor, referindo segurança e eficácia com a aplicação de gelo por períodos entre 10-20 minutos. Não obstante, os mesmos autores verificaram que durante duas horas o alívio da dor se mantinha, pelo que será contraproducente aplicar crioterapia antes deste período, correndo-se o risco de se verificarem efeitos adversos.

As dores na região abdominal podem ser intermitentes e de intensidade variável. Resultam das contrações uterinas que se iniciam após a expulsão da placenta. Habitualmente, estão presentes nas primeiras 48h a 72h após o parto e especialmente durante a amamentação, porque o reflexo de sucção do RN estimula a secreção de ocitocina que, por sua vez, vai estimular as contrações uterinas. Estas são mais frequentes na multipara, porque o tônus da sua musculatura uterina é mais reduzido do que nas primíparas (Santos & Baptista, 2016). No caso das puérperas submetidas a cesariana, a esta também se associada a dor da ferida cirúrgica, na medida em que são libertadas substâncias nociceptivas que estimulam os nociceptores periféricos através da pele, conferindo a sensação dolorosa (Gómez, Jiménez, Cabrera & Isaías, 2006).

Alterações ao nível do sistema músculo-esquelético durante a gravidez, nomeadamente a distensão abdominal e a diminuição do tônus muscular, associadas, frequentemente, às posições de TP e durante a amamentação, podem justificar o desconforto da mulher a este nível no pós-parto (Graça, 2017). No sentido de colmatar este desconforto, durante a prática clínica, as puérperas questionavam, com alguma frequência, quanto à utilidade da cinta abdominal. Neste sentido, as puérperas eram informadas quanto à evidência científica mais atual a esse respeito, sendo que esta não demonstra benefícios diretos quanto à sua utilização durante o puerpério. De acordo com a OE (2009), a sua utilização, quando prolongada, contribui para a redução da dimensão das fibras musculares, favorecendo a flacidez.

Outra das dores mais frequentemente referidas pelas puérperas é a dor mamilar aquando as primeiras mamadas, sendo que 80 a 90% das mulheres que amamentam sofrem de dor e, mais tarde, fissuras mamilares (Niazi et al., 2018). Assim, as mamas devem ser alvo de vigilância do EESMO aquando do exame físico da puérpera, avaliando-se a sua consistência e a integridade dos mamilos. Os sinais de complicações tidos em atenção foram a tensão mamária, o rubor, calor, dor, integridade dos mamilos e tumefações palpáveis, uma vez que, nas primeiras 24h pós-parto, as mamas se devem apresentar moles e com presença de colostro (Santos & Baptista, 2016).

Durante a prática clínica, foi recorrente observar-se que as puérperas apresentavam mamilos macerados, com o consequente aparecimento de fissuras. A incidência do trauma mamilar durante a amamentação varia entre 11% a 96%, sendo este fator determinante para a interrupção do aleitamento materno e desmame precoce. De entre os fatores associados ao trauma mamilar, a literatura destaca a técnica inadequada de amamentação quanto ao posicionamento e à pega do RN, uma vez que interferem na dinâmica de sucção e extração do leite materno (Morais, Souza, Viera, Júnior & Jesus, 2020). Estas devem ser prevenidas ou tratadas atempadamente e de forma adequada, pois, para além do desconforto que provocam podem constituir “vias de entrada” para microrganismos e dar origem a infeções. A identificação da causa é relevante para o planeamento e execução das intervenções de enfermagem (Santos & Baptista, 2016).

Neste sentido, a intervenção primordial passou pela correção da pega efetuada pelo RN, garantindo que a boca deste estava adaptada, não só ao mamilo, mas também à aréola mamária. Não obstante, foi importante incentivar a mulher a não suspender a mamada abruptamente, esperando que o RN largue espontaneamente o mamilo ou interrompendo a sucção introduzindo o dedo entre a aréola e a língua do bebé, de modo a desfazer o vácuo (Levy & Bértolo, 2012).

Para além das intervenções relacionadas com a promoção da técnica de amamentação, a literatura recomenda a aplicação de colostro no mamilo. O colostro através da imunoglobulina secretora A apresenta propriedades protetoras e cicatrizantes, após o que é importante deixar o mamilo secar ao ar antes de aplicar as conchas protetoras/arejadoras ou vestir o soutien (Levy & Bértolo, 2012).

Não obstante a esta técnica disponível a todas as puérperas e sem custos, uma variedade de soluções comerciais é também utilizada para ajudar a prevenir e gerir danos nos mamilos e subseqüentes dores, incluindo cremes e pomadas. Um desses produtos é lanolina, sendo esta uma substância estruturalmente muito semelhante aos lípidos encontrados no interior da pele, atua como um eficaz hidratante e emoliente, formando uma emulsão estável com a água na pele para prevenir a evaporação e reter a humidade. O Ester é o principal componente da lanolina e possui propriedades anti-inflamatórias assim como antibacterianas, protetor da pele e cicatrizante (Bourdillon, McCausland & Jones, 2020).

A maior parte das dificuldades referentes às mamas surgem quando se dá a transição da secreção de colostro para a secreção do leite pela glândula mamária, entre as 48h a 72h pós-parto, produzindo tensão mamária que é caracterizada por mamas cheias, duras, tensas, quentes e pesadas (Santos & Baptista, 2016). Neste sentido, as puérperas eram encorajadas, de forma a prevenir o ingurgitamento mamário, a amamentar RN em horário livre (sempre que este solicitasse), garantindo o posicionamento e a pega correta (Levy & Bertólo, 2012).

A vigilância do tónus uterino através da palpação abdominal é recomendada em todas as mulheres para possibilitar a identificação precoce da atonia uterina pós-parto (OMS, 2014).

A causa mais frequente de hemorragia pós-parto é a atonia uterina, definida pela incapacidade do músculo uterino para se contrair eficazmente. Nesta situação, o útero fica cheio de sangue e coágulos, impedindo a hemóstase dos vasos do local de inserção da placenta. A atonia deve ser prevenida, observando com frequência o tônus do útero e efetuando massagem suave no fundo uterino sempre que esteja pouco firme (Santos & Baptista, 2016). A pesquisa de sinais que possam evidenciar falta de tonicidade uterina, como a distensão vesical, assume especial relevância (Graça, 2017).

Desta forma, durante a prática clínica, esta atividade de vigilância era executada uma vez turno e antes do primeiro levante. Na 1ª e 2ª hora após o parto a palpação do útero era realizada para verificar a contração uterina e a formação do globo de segurança de *Pinard*. Assim, palpação do útero era realizada de bexiga vazia, seguindo-se as recomendações de Graça (2017), na medida em que dilatação vesical empurra o útero para cima e interfere na sua contração, sendo por isso necessário verificar previamente o esvaziamento da bexiga (Graça, 2017).

De acordo com o mesmo autor, nas primeiras horas após o parto, é expectável que o útero se encontre palpável perto da linha da cicatriz umbilical, começando a regredir após as primeiras 24h pós-parto, cerca de 1 a 2 cm por dia, permanecendo no hemisfério inferior do abdómen. Ao décimo dia de puerpério, o fundo uterino já não é palpável na cavidade abdominal. A involução uterina torna-se completa num período compreendido entre três a seis semanas pós-parto. Um atraso na involução uterina pode ser decorrente de infeção, de retenção de fragmentos placentares, de traumatismos do trato genital ou perineal, de alterações da coagulação ou de atonia uterina (Graça, 2017).

Para além de ser explicado às puérperas o processo de involução uterina, as características e duração dos lóquios, eram realizados os ensinamentos acerca da higiene íntima diária e frequência da troca do penso higiénico. De acordo com as recomendações da Ordem dos Enfermeiros (2011), os cuidados de higiene perineais após o parto devem ser realizados após cada micção e/ou dejeção, no sentido ântero-posterior, com água e produtos específicos para a higiene íntima. No que concerne à troca do penso higiénico, a OE (2011) recomenda que seja realizada a cada 4-6 horas e de acordo com a perda sanguínea.

Aquando da vigilância do tônus e contração uterina e perda sanguínea, observava-se o estado do períneo. Nos primeiros dias, o períneo encontra-se edemaciado, especialmente na região da episiorrafia ou da sutura perineal. O processo de cicatrização é semelhante ao de outra ferida cirúrgica. No entanto, uma higiene cuidada e a manutenção deste local o mais seco possível, com a mudança dos pensos higiénicos frequentemente, como já referido anteriormente, é essencial para que a cicatrização decorra sem intercorrências (Santos & Baptista, 2016).

Durante a prática clínica, vigiava-se a ferida perineal, para a deteção precoce de infeção perineal, designadamente, calor e rubor local, serosidade purulenta com cheiro fétido e

temperatura corporal aumentada. Não obstante, considerou-se essencial que a puérpera reconhecesse ela própria estes sinais, podendo identifica-los e alertar a equipa de saúde.

Relativamente às puérperas submetidas a cesariana, vigiar a ferida abdominal faz parte das competências do EESMO. Durante a prática clínica, o penso cirúrgico era vigiado 1x turno e realizado o tratamento à ferida cirúrgica no dia da alta, isto é, ao 3º dia após a cesariana, ou em SOS, caso este se encontrasse moderadamente repassado. As puérperas submetidas a cesariana eram incentivadas a evitar esforços ou levantar pesos que aumentassem a pressão intra-abdominal nas primeiras duas semanas e, ainda, a levantar-se da cama virando-se de lado e utilizar o braço para o impulso, do mesmo modo que fazia durante a gravidez (Santos & Baptista, 2016).

Os traumatismos provocados pelo parto, o aumento da capacidade vesical e a anestesia, são fatores que predispõem a diminuição da vontade de urinar nas horas subsequentes ao parto. Em consequência e, também, devido ao aumento da diurese, o risco de distensão da bexiga está aumentado, podendo ser causador de hemorragia. A distensão vesical provoca compressão e a deslocação do útero acima do umbigo e afasta-o da linha média, impedindo a sua contração normal, aumentando o risco de atonia uterina e de HPP, assim como uma maior suscetibilidade a infeções urinárias (Graça, 2017).

Aquando da avaliação física da puérpera, eram avaliados sinais/sintomas de retenção urinária, através da palpação abdominal para identificação da presença do globo vesical, queixas de dor e disúria, associado a dificuldades em iniciar a micção ou incapacidade de urinar. Nestes casos, a puérpera era incentivada a deambular, estimulada a micção através da abertura da torneira no WC e dando tempo e espaço à puérpera para que relaxasse. Na incapacidade de urinar espontaneamente, era efetuado, segundo protocolo do serviço, um esvaziamento vesical com cateter urinário, nas 6 a 8h após o parto.

De igual modo, as puérperas eram questionadas regularmente quanto ao restabelecimento do trânsito intestinal, na medida em que, no pós-parto, existe risco de obstipação. A obstipação é um fenómeno habitualmente presente desde a gravidez, devido à ação da progesterona, que condiciona o relaxamento da musculatura lisa do intestino, diminuindo o peristaltismo e, consequentemente, dificultando a progressão das fezes e a sua expulsão. Após o parto, a recuperação do tônus muscular intestinal ocorre de forma gradual, sendo que é esperado que a eliminação intestinal espontânea ocorra cerca de 2 a 3 dias após o parto (Graça, 2017).

Frequentemente, as puérperas verbalizavam não conseguir restabelecer o trânsito intestinal, associando-o à dor e estado da ferida perineal, bem como à presença de hemorroidas. Assim, durante a prática clínica, as puérperas eram informadas sobre os fatores que poderiam contribuir para a demora do restabelecimento do trânsito intestinal, incentivadas ao reforço hídrico e à deambulação. No dia da alta, em último recurso, poderia ser administrado um laxante.

Durante a fase do puerpério, a atividade fibrinolítica está aumentada, tornando-se uma forma de proteção contra os fenómenos tromboembólicos. Não obstante, devido ao aumento dos fatores de coagulação durante a gravidez e no pós-parto imediato, associado aos danos vasculares e imobilidade, o risco de tromboembolismo encontra-se aumentado. Pelo supracitado, durante o exame físico da grávida avaliava-se o sinal de *Homans*, assim como outros sinais característicos da trombose venosa profunda. Considerou-se ainda importante que as puérperas reconhecessem estes sinais, bem como encorajando-as à mobilização precoce.

Uma vez que, após o parto, há um maior risco de hipotensão ortostática, devido à rápida diminuição da pressão intra-abdominal, o primeiro levante da puérpera é um procedimento que exige vigilância e acompanhamento do EESMO. Segundo o protocolo do serviço, o primeiro levante, no caso dos partos vaginais, foi incentivado o mais precocemente possível e até seis horas pós-parto e, no caso das mulheres submetidas a cesariana, poderia variar de seis a oito horas pós-parto. Antes da realização do primeiro levante, avaliou-se a sensibilidade dos membros inferiores e verificou-se se as puérperas se tinham alimentado e hidratado, previamente, no núcleo de partos. Privilegiou-se o levante gradual, elevando-se a cabeceira da cama a 45 graus e posteriormente a 90 graus, não se verificando hipotensão ou outras queixas, encorajou-se a que a puérpera se sentasse na beira da cama com os membros inferiores pendentes e, posteriormente, a que realizasse o levante e deambulasse.

3.2.2. Atividades de vigilância face ao recém-nascido

O recém-nascido era transferido do núcleo/bloco de partos, acompanhado pela puérpera, 2h após o parto. A EESMO destes serviços fornecia informações relativamente à hora e tipo de parto, índice de Apgar, amamentação na 1ª hora de vida e eliminação vesical/intestinal. Ao consultar o processo clínico do RN, tínhamos acesso à hora da rotura das membranas amnióticas, bem como à avaliação realizada pelo Pediatra aquando do nascimento, que incluía a presença de anomalias/malformações, características das fontanelas, presença de vernix caseoso/lanugo/mancha mongólica e avaliação dos reflexos.

Ao longo do internamento foram várias as atividades de vigilância e diagnóstico desenvolvidas com o intuito de avaliar a adaptação do RN ao meio extrauterino. A promoção do desenvolvimento das competências parentais não pode ser desvinculada, uma vez que em todos os momentos da prestação de cuidados, eram implementadas intervenções no

domínio do conhecimento e capacidade dos pais, com o objetivo de apoiar a adaptação à parentalidade.

A observação do RN obedecia a um exame geral, no sentido céfalo-caudal, em que se observava a pele e mucosas, sendo expectável uma coloração rosada, embora a cianose nas extremidades seja um achado normal nesta fase, devido à lenta circulação periférica. Na cabeça era confirmada a presença ou ausência *caput succedaneum*, cefalohematoma e/ou escoriações do couro cabeludo, no sentido de posteriormente vigiar a sua regressão. Na observação do tórax, vigiavam-se sinais de dificuldade respiratória, como tiragem intercostal e a retração do apêndice xifóide. Ao nível abdominal observou-se a adequada clampagem do cordão umbilical e a presença de duas artérias e uma veia. Na região genital, foram observados os órgãos genitais externos e confirmada a perfuração do ânus.

Não obstante, foi confirmada a presença de pulseira de identificação com o nome da puérpera e, ainda, a presença da pulseira eletrónica “HUGS”, que corresponde a um sistema de alarme anti rapto, instalado na maioria dos hospitais portugueses.

Com frequência no RN observavam-se lesões cutâneas, consideradas fisiológicas e outras que, apesar de não fisiológicas, têm carácter benigno e transitório. Desta forma, o EESMO deve reconhecer estas alterações, quer para impedir procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários, quer para tranquilizar os pais. Foram verificados sempre achados normais e, face ao potencial de melhorar o conhecimento sobre as características do recém-nascido, era ensinado aos pais sobre a pele apresentar uma cor rosada ou avermelhada, a presença de vernix caseoso, mília, lanugo e eritema tóxico, em que consistem e porque surgem.

A alteração da coloração normal da pele é comum nos recém-nascidos e quando a pele e escleróticas se apresentavam com uma coloração amarelada, surgia a suspeita de uma icterícia neonatal. Segundo a SPN (2016), a icterícia neonatal manifesta-se pela coloração amarela da pele e das escleróticas quando os níveis de bilirrubina total sérico excedem os 5mg/dl. O seu aparecimento ocorre no sentido céfalo-caudal, tendo início na face (escleróticas e mucosas) e progredindo até às extremidades, e o seu desaparecimento ocorre de forma inversa. Na primeira semana de vida cerca de 60% dos RN de termo ficam ictéricos e nos pré-termo pode chegar aos 80%.

A hiperbilirrubinemia, na maioria das vezes não traduz patologia subjacente, definindo-se como icterícia fisiológica que ocorre após as 24 horas de vida, habitualmente entre o 3º e 5º dia de vida, e resulta das características inerentes ao RN, como a produção aumentada de bilirrubina, resultante da massa eritrocitária elevada, curta vida dos eritrócitos e imaturidade hepática, sendo considerada clinicamente benigna (SPN, 2016). Contudo, quando ocorre nas primeiras 24h, tem início após a 1ª semana de vida ou duração prolongada (RN termo: >8-10 dias), deve ser considerada patológica (Ullah, Rahman & Hedayati, 2016). Está normalmente associada a quadros tais como a isoimunização e sépsis, ficando o recém-

nascido sujeito a manifestações de disfunção neurológica por toxicidade (Kernicterus), uma vez que a bilirrubina livre/não conjugada é capaz de ultrapassar a barreira hematoencefálica, pelo que o seu tratamento é imperativo (Cochran, 2020).

Durante a prática clínica, o doseamento dos níveis de bilirrubina era efetuado ou com recurso a bilirrubiómetro ou a partir da bilirrubina transcutânea, por punção capilar no pé do RN. A fototerapia é a intervenção mais comumente utilizada no tratamento da icterícia, sendo descrita como segura e eficaz na redução da BT, prevenindo a sua neurotoxicidade (SPN, 2016). No CMIN, a fototerapia simples era realizada através de dispositivo Bilibed, que consiste num berço transmissor de luz fluorescente, promovendo a excreção mais fácil da bilirrubina através da fotoisomerização (Silva, 2011). Durante a prática clínica, foi possível o contacto com quatro casos de icterícia neonatal diagnosticada entre o 2º e o 3º dia de vida, sendo que a terapia era realizada no quarto da puérpera, promovendo a manutenção do alojamento conjunto.

Face à necessidade de fototerapia, surgia o diagnóstico de potencial de melhorar o conhecimento dos pais sobre o tratamento da icterícia, especialmente naquilo que concerne à importância do padrão de alimentação e eliminação do recém-nascido, uma vez que a hidratação através da mamada e as dejeções são importantes para o processo de eliminação da bilirrubina (Cochran, 2020).

Durante a prática clínica, foi proporcionado o contacto com recém-nascidos com risco de hipoglicemia neonatal. De acordo com a SPN (2016) são considerados fatores de risco maternos a DG, a diabetes *mellitus* tipo 1 e 2, a pré-eclâmpsia, a HTA, historial de macrosomia fetal, a toxicodependência, a terapêutica com tocolíticos beta-agonistas, terapêutica com antidiabéticos orais, e administração de glicose durante o parto e, em relação ao RN, a prematuridade, RCIU, RN grande para a idade gestacional e leve para a idade gestacional, hipoxia-isquémica perinatal, sépsis, hipotermia, policitemia, eritoblastosis fetal, malformações cardíacas, e recusa alimentar.

A SPN (2016) indica que, para o RN com mais de 34 semanas de idade gestacional, nas primeiras 24 horas de vida, um valor de glicemia de 30-35 mg/dL pode ser aceitável uma vez, aumentando o limiar mínimo para 45 mg/dL após a alimentação. A partir das 24 horas de vida, este limiar mantém-se nos 45 mg/dL. Qualquer RN com níveis de glicemia inferiores a 20-25 mg/dL requer a administração de glicose por via endovenosa até restabelecer os níveis plasmáticos para valores superiores a 45 mg/dL.

Assim, em concordância com a SPN (2016), a monitorização da glicemia capilar era reservada para casos em que o RN se encontrava sintomático (letargia, tremores, irritabilidade, choro gritado, recusa alimentar); tinha algum fator de risco conhecido (mais frequentemente filhos de mães diabéticas, pré-termos, LIG/GIG, risco séptico). Quando os valores de glicemia se encontravam diminuídos, o RN era colocado à mama e procedia-se à observação da mamada para determinar a sua eficácia. O facto de um RN ter um valor de glicémia baixo

após alimentação com leite materno não implica que deva ser de imediato suplementado com fórmula para lactentes, devendo manter leite materno e aumentar a frequência da alimentação que deverá ser 10 a 12 vezes nas 24 horas (SPN, 2016). Não obstante, durante a prática clínica, verificou-se que a suplementação com leite adaptada era, habitualmente, recorrente.

Relativamente à vigilância da eliminação urinária e intestinal, no primeiro dia de vida, é expectável que o recém-nascido tenha a sua primeira micção num período de 12 horas, no segundo dia, duas micções, no terceiro dia, três micções e, a partir daí, ocorrerem cerca de seis a oito micções por dia, com urina de cor amarela límpida. É um achado normal se as primeiras micções se apresentarem mais alaranjadas ou avermelhadas, o que traduz a eliminação de cristais de urato, compostos por cálcio e ácido úrico devido à composição do leite materno. Na eliminação intestinal é expectável o recém-nascido produzir mecónio nas primeiras 48 horas de vida. Ao terceiro dia, as fezes começam a ser amareladas e moles, com um padrão de eliminação de duas a dez vezes por dia, se o recém-nascido for amamentado. Ou fezes amareladas e pastosas, com um padrão de uma vez por dia ou em dias alternados, se recém-nascido alimentado com leite artificial (Lowdermilk & Perry, 2009).

De acordo com o protocolado no CMIN, o peso do recém-nascido era monitorizado no dia da alta. A perda de sete a 10% do peso corporal nos primeiros três/quatro dias, é considerada fisiológica, sendo que até ao décimo quarto dia ou até à terceira semana de vida (21 dias) o peso do nascimento deve ser recuperado (Lyons & Naylor, 2018).

3.2.3. Assistir na amamentação no puerpério

A amamentação exclusiva até aos seis meses de vida é, consensualmente, aceite como a melhor forma de se alimentar uma criança. As vantagens do aleitamento materno são inúmeras, quer para o recém-nascido, quer para a mãe e a relação entre ambos. Relativamente ao RN, previne infeções gastrointestinais, respiratórias, urinárias, modula o sistema imunitário, previne diabetes e linfomas. Em relação à mãe, amamentar facilita a involução uterina, diminui a probabilidade de desenvolvimento de cancro mamário, tratando-se do “método mais barato e seguro de alimentar os bebés e, na maioria das situações, protege as mães de uma nova gravidez” (Levy & Bértolo, 2012).

A amamentação continua a ser um dos maiores desafios no pós-parto. Apesar de natural, é um processo complexo que exige o desenvolvimento de competências, sendo que a maioria

das puérperas requer o acompanhamento de um profissional de saúde capacitado, desde o início e como apoio constante.

O apoio na amamentação é a competência do EEESMO que mais tempo requer nos cuidados no serviço de puerpério. O regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica define que o EESMO concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, bem como as medidas corretivas ao processo de aleitamento materno (OE, 2019). A mesma organização refere, inclusive, que as intervenções do EESMO devem ir ao encontro do domínio não só informativo e prático, mas também emocional e motivacional, pelo que, durante o ensino clínico, era elogiado o esforço das puérperas, bem como a sua dedicação e aprendizagem.

Primeiramente, é necessário perceber quais as motivações da puérpera em relação à alimentação do RN. A decisão de amamentar é uma decisão pessoal, sujeita a muitas influências, resultantes da socialização de cada mulher. Para algumas mulheres, que cresceram num ambiente em que o aleitamento materno era praticado de forma natural, a questão de como alimentar os seus bebés, nem sequer é colocada; outras mulheres, decidem amamentar porque valorizam positivamente as consequências do aleitamento materno, quando comparado com outro tipo de alimentação. Não obstante, uma mulher que decide não amamentar, não pode ser culpabilizada, sendo que, nestes casos, deve ser providenciado os conselhos adequados à prática de uma alimentação com leites artificiais. O passo essencial, passa pela tomada de decisão de amamentar, isto é, é preciso não só a puérpera/mãe decidir que quer amamentar, como também o pai decidir que está disposto a apoiar a amamentação e, acima de tudo, a apoiar a puérpera/companheira. Para a mulher, podem haver diversas razões de natureza psicológica, cultural ou física que se revelam condicionadoras na sua decisão. Será individual e deve ser respeitada (Levy & Bértolo, 2012).

A mamada, durante o internamento, era observada, sempre que possível, do início ao fim, e avaliados os conhecimentos e capacidades da mãe sobre o posicionamento para amamentar, sobre os reflexos presentes no recém-nascido para a sua alimentação e a forma de os estimular, sobre os sinais de uma pega correta, sinais de fome e de saciedade do recém-nascido. Só observando a mamada, o EEESMO é capaz de identificar dificuldades, agir no sentido de as corrigir e instruir como fazê-lo.

Foi, relativamente, frequente constatar que as puérperas vinham com a ideia pré-definida que o bebé deveria mamar de 3/3h. Neste sentido, e face ao potencial de melhorar conhecimento sobre frequência e duração das mamadas, era explicado à puérpera/casal que o bebé deve mamar em regime de livre demanda, isto é, sempre que apresente sinais de fome, não impondo restrições na frequência e duração das mamadas. Não obstante, neste período de adaptação inicial, especialmente até a amamentação estar bem estabelecida,

era explicado ao casal que o intervalo entre mamadas não deveria exceder três horas (Levy & Bértolo, 2012).

As dificuldades, generalizadas a quase todos os casais, consistia no reconhecimento dos sinais de boa pega e na estimulação do RN. Assim, durante a mamada, eram observados os seguintes sinais, corrigindo-os consoante necessário: boca do RN abrangendo a maior parte da aréola (e não apenas o mamilo); queixo a tocar na mama; boca bem aberta com lábios voltados para fora; movimentos de sucção e deglutição audíveis. De igual modo, era instruído o posicionamento correto do bebé, devendo estar abdómen com abdómen, cabeça em linha reta com o corpo, de frente para o mamilo (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar [APMGF], 2019).

As posições mais utilizadas durante o internamento para amamentar foi a posição de decúbito lateral ou sentada. Existem várias posições possíveis, dependendo da preferência da puérpera e/ou características do recém-nascido. Durante a mamada, foi também importante esclarecer aos pais que o RN pode adormecer, sendo por vezes necessário proceder à sua estimulação, sendo que esta passava por despir o bebé, mudar a fralda ou estimulação sensorial nos pés ou orelhas.

Os sinais de fome do recém-nascidos observados e demonstrados aos pais eram o reflexo de procura, com a boca aberta, virando a cabeça para os lados, levar as mãos à boca, colocar a língua de fora e emitir sons suaves (Vargas et al., 2016). Os sinais de saciedade são a indicação do fim da mamada, determinado pelo recém-nascido e que os pais devem ser ensinados a reconhecer, sendo eles: adormecer e largar a mama, aspeto relaxado e satisfeito (Levy & Bértolo, 2012).

Como já referido anteriormente, a amamentação é um processo de envolvimento e aprendizagem, sendo uma prática que gera sentimentos de ansiedade e insegurança, muitas vezes decorrentes da desinformação que existe. Estas emoções negativas podem influenciar todo o processo de lactação, através de mecanismos psicossomáticos. Neste sentido, o EESMO, no puerpério, deve ser alguém que acredita e defende a amamentação, respeitando sempre as decisões informadas da mulher/casal.

3.2.4. Promoção das competências parentais

A descoberta das necessidades de cuidados e a identificação das competências que os casais pretendem adquirir, de modo a desenvolverem autonomia relativamente aos cuidados ao

recém-nascido, no momento do regresso a casa, são uma prioridade no contexto da transição para a parentalidade (Silva & Carneiro, 2018).

As competências parentais são inúmeras, sendo que existem momentos, ao longo do processo de transição, em que a abordagem de umas são prioritárias a outras. De acordo com o estudo realizado por Silva e Carneiro (2018), no serviço de obstetrícia num hospital central do Porto, os entrevistados reconheceram como imprescindíveis, para o processo de transição para a parentalidade, durante o período de internamento, a aquisição de competências associadas à amamentação e aos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente, os cuidados de higiene ao recém-nascido e cuidados ao coto umbilical.

Procurar avaliar o significado atribuído aos cuidados ao filho, o que os pais já sabem e demonstram habilidade em fazer foi uma atividade diagnóstica efetuada durante o ensino clínico que permitiu orientar as intervenções de forma específica para cada casal, ao invés de se seguir um guião de informações a serem debitadas a todos os casais.

O banho do recém-nascido constitui-se, não só, como uma prática para manter a higiene, mas também como uma atividade que promove a vinculação entre o casal e o bebé. Tal como o preconizado pela WHO (2018), o banho do RN no CMIN ocorria após as primeiras 24 horas de nascimento, preferencialmente no turno da tarde, de forma a privilegiar a presença do pai neste momento de aquisição de competências, tendo ciente que *“os pais demoram mais tempo do que as mães a atingir níveis de eficácia e de satisfação com o exercício do papel paternal do que as mães”* (Cardoso, 2011, p. 38). O primeiro banho tinha como objetivo a demonstração da técnica e a avaliação dos conhecimentos do casal. Neste sentido, conforme os conhecimentos do casal e face ao potencial para melhorar o conhecimento, eram feitos ensinamentos sobre a escolha dos produtos de higiene, a frequência e horário do banho, reunir e preparar material necessário, preparar o ambiente e a água para o banho e prevenção de acidentes durante o procedimento.

Relativamente à escolha dos produtos de higiene, o objetivo foi informar os pais sobre aquilo que a evidência científica mais atual sugere. A maturação estrutural da pele do RN inicia-se durante o 3º trimestre e continua durante as primeiras semanas de vida, sendo que as funções cutâneas dependem da ótima maturação e incluem a prevenção de toxicidade por agentes externos potencialmente nefastos e termorregulação, prevenindo a perda de fluídos (Lund, Kuller & Durand, 2020). De acordo com a evidência científica mais atual, a água, por si só, pode também aumentar o pH da pele e, por conseguinte, modificar a sua função fisiológica e acrescenta que utilizar um produto líquido de limpeza, constituído por agentes tensioativos, juntamente com a água é mais eficaz na remoção de substâncias prejudiciais como fezes e urina. Assim, é recomendado selecionar produtos de limpeza que não perturbem o microbioma da pele, que sejam neutros ou ligeiramente ácidos, reduzindo, assim, o risco de secar e irritar a barreira cutânea (New, 2019).

No que concerne ao ensino sobre os cuidados ao coto umbilical a instituição preconizava a desinfecção com álcool a 70°, sendo um cuidado cuja evidência científica já tem vindo a contestar, recomendando-se atualmente, para o nosso país, o “dry care” - limpar e secar. A literatura demonstra que não existe o benefício da utilização de antissépticos nos países desenvolvidos, acrescentando, ainda, evidência significativa que suporta o uso do *dry care*, no que toca à eficácia e rapidez de queda do coto umbilical, sem aumentar o risco de onfalite (Barbosa, Moreira & Ferreira, 2017). Para além da desinfecção do coto umbilical, os pais eram ensinados a colocar a fralda por baixo do coto umbilical, pelo risco de contaminação de fezes e urina e, ainda, sobre como identificar precocemente sinais de infeção que requerem observação por um profissional de saúde, nomeadamente, calor, edema, rubor e dor ao toque no local de inserção do coto umbilical, odor fétido, exsudado purulento e prostração ou letargia do recém-nascido (Silva et al., 2020).

ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

O percurso percorrido enquanto estudante do MESMO pode ser descrito como desafiante, exigente e muito gratificante. Ao longo do mesmo, considero ter adquirido competências que permitiram, não apenas, a conclusão dos ensinamentos clínicos com sucesso, como também o enriquecimento pessoal.

As atividades desenvolvidas, tal como descrito nos capítulos anteriores, procuraram pautar-se pela evidência científica mais atual. Efetivamente, a maioria das intervenções implementadas nos estágios estiveram de acordo com a evidência científica encontrada, não obstante, na medida em que o processo de aprendizagem se regia sob a tutela dos EESMOs orientadores, algumas práticas foram realizadas segundo as indicações dos mesmos.

Em relação à ordem cronológica pela qual os ensinamentos clínicos ocorreram, considero que teria sido mais interessante, tendo em conta o processo natural da gravidez, ter desenvolvido em primeiro lugar o ensino clínico no âmbito da gravidez com complicações, de seguida no âmbito do TP e parto e, por fim, no âmbito do pós-parto e parentalidade. Não obstante, compreende-se que por uma questão de gestão de serviços e recursos tal não tenha sido possível e, efetivamente, não considero que tenha prejudicado a aquisição e o desenvolvimento das competências preconizadas. O aspeto do tempo e o facto dos estágios terem sido muito compactados, principalmente o do Núcleo de partos, é o que pode ser apontado como o aspeto mais desfavorável, por ter exigido uma grande habilidade na flexibilização na gestão da vida profissional e pessoal.

Ao longo deste percurso, considero ter atingido os objetivos a que me havia proposto, desenvolvendo as competências preconizadas pela OE (2019). No estágio de natureza profissional houve a possibilidade de acompanhar as diferentes fases da gravidez, desde o período gravídico, saudável ou acompanhado de riscos, o desenrolar do TP, o parto e nascimento, assim como o puerpério imediato e os primeiros dias de vida do RN.

A Ordem dos Enfermeiros (2019) preconiza para a atribuição do título de EESMO que o estudante deverá realizar, ao longo do seu percurso: 100 exames pré-natais e cuidados a mulheres com patologia no domínio da ginecologia e da obstetrícia; cuidados a 40 parturientes e realização de, pelo menos, 40 partos eutócicos; participação ativa em, pelo menos, um parto de apresentação pélvica ou, quando impossível, uma simulação; práticas de episiotomia e episiorrafia; cuidados a, pelo menos, 100 puérperas e recém-nascidos. Ao longo do estágio foi possível cumprir estes requisitos. A Tabela 5 reflete o número de experiências vivenciadas ao longo do estágio de natureza profissional.

GRÁVIDAS		PARTURIENTES							PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS			
Assistência pré-natal (100)	Com complicações (40)	Assistência intraparto (40)		Partos executados (40)			Partos colaborados		Puérperas (100)		Recém-nascidos (100)	
		Baixo risco	De risco	Com Episio	Sem Episio	Episiorrafia	Pélvico	Outras	Normais	De risco	Normais	De risco
133	90	35	13	16	32	16	1	16	94	31	90	33

Tabela 5. Registo de experiências global

Gostaria ainda de refletir sobre a medicalização e as práticas institucionalizadas. Como foi possível de constatar, ao longo deste percurso, estas exercem uma forte influência e até uma certa autoridade moral, que acabam por legitimar a sua interferência na construção dos valores da sociedade. Destarte e ainda que, indiscutivelmente, os princípios e pressupostos das ciências biomédicas sejam o pilar das ciências de enfermagem, importa considerar se não estamos a olhar a mulher apenas na sua vertente biológica. É precisamente esse aspeto que faz com que, em alguns casos, os desejos e preferências dos principais protagonistas desta história não sejam considerados. A verdade é que o volume de trabalho e a desproporcionalidade entre os rácios enfermeiro/recetores de cuidados, e tal foi possível confirmar, podem ser apontados como fatores propícios aos aspetos supracitados. Contudo, parte também da consciência do profissional de saúde e falo aqui, em particular, do EESMO esta reflexão sobre os benefícios de certas intervenções ou se serão apenas mais uma interferência nestes processos. Posto isto, considero que há ainda um longo caminho a percorrer para que o modelo de cuidados centrados na mulher/casal/tríade seja mais adequado às necessidades dos mesmos e que as abordagens, assentando na prática baseada em evidência, sejam verdadeiramente individualizadas e humanas.

No final deste percurso é possível fazer um balanço bastante positivo. Ainda que tenha sido bastante exigente conciliar a vida académica com a vida profissional e pessoal, os frutos que daqui se colhem são, indiscutivelmente, ricos. O crescimento pessoal e profissional sustentou-se a diversos níveis, seja com o desenvolvimento de competências comunicacionais, práticas e instrumentais, como também pelo conhecimento de visões e histórias de vida, cujo percurso se pauta e destaca por ser diferente do meu. Assim, em retrospectiva, os sentimentos que prevalecem são o orgulho e gratidão.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros que acompanham a mulher e a respetiva família mantêm a relação privilegiada e dinâmica do decurso do ciclo gravídico, pelo que a pertinência da atuação deve ser cada vez mais refletida. Assim, a realização do presente relatório contribui para o desenvolvimento de uma reflexão crítica das atividades traçadas ao longo do estágio de natureza profissional, entre 10 de novembro de 2020 e 31 de maio de 2021. No sentido de cumprir os objetivos traçados inicialmente, descreve-se as atividades desenvolvidas ao longo dos três módulos - gravidez com complicações; trabalho de parto e parto; autocuidado no pós-parto e parentalidade. Não obstante, expõe o confronto entre as práticas realizadas no contexto clínico e o que a evidência científica preconiza face a um cuidado de excelência, humanizado e personalizado. Considera-se que, tanto ao nível do desenvolvimento de competências, como ao nível do número mínimo de experiências, se cumpriram as competências profissionais preconizadas pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019).

A vivência da gravidez e parentalidade constituem processos dinâmicos e únicos para cada mulher/casal, influenciados por inúmeros fatores, como o biológico, sociocultural, económico, familiar e conjugal. O EESMO, quer na presença do processo fisiológico saudável, quer na presença de complicações, é o profissional mais habilitado para a assistência a estes casais, detendo conhecimentos e competências fundamentadas em evidências científicas.

Os demais ensinamentos clínicos permitiram compreender que, mais do que a sistematização dos cuidados de enfermagem a prestar, é fundamental a flexibilidade no planeamento e execução dos mesmos, adaptando-os de acordo com as vivências, expectativas e necessidades de cada mulher/casal e, posteriormente, tríade. Foi fundamental conhecer a mulher de forma atenta e individual, de forma a satisfazer as suas necessidades individuais de uma forma culturalmente competente, em prol de cuidados padronizados.

Sendo os enfermeiros constantemente desafiados na procura de conhecimento científico, com o objetivo de promoverem a melhoria dos cuidados prestados aos seus clientes, a PBE é uma constante aliada no exercício profissional. Neste sentido, a realização de uma revisão de literatura permitiu analisar a evidência científica mais atual sobre a comunicação de más notícias em obstetrícia, nomeadamente, quando a gravidez cursa com o diagnóstico de malformação fetal. Esta investigação poderá constituir um contributo para uma prática de enfermagem mais refletida e sensível, pois nela se reflete, não só, a natureza complexa da experiência dos casais, como também as principais dificuldades dos profissionais de saúde aquando da divulgação de uma má notícia, na área da medicina pré-natal, e aponta, o que a literatura sugere como eventuais estratégias para promover as capacidades dos mesmos para lidar com esta desafiante tarefa.

Ainda que se considere, como anteriormente referido, atingidos os objetivos no que concerne ao ganho de conhecimentos, competências e investigação, salienta-se que aprendizagem do EESMO não termina com o processo formativo académico. Este último deve ser permanentemente questionado, renovado e mantido em constante atualização. Só dessa forma se pode prestar cuidados especializados de excelência no âmbito da saúde materna e obstétrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfirevic, Z., Gyte, G., Cuthbert, A. & Devane, D. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), 1-137. Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006066.pub3/epdf/abstract?cookiesEnabled>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009). Practice bulletin: induction of labor. Recuperado de <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2009/08/induction-of-labor>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Optimizing support for breastfeeding as part of obstetric practice. Recuperado de <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-andPublications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Optimizing-Support-forBreastfeeding-as-Part-of-Obstetric-Practic>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Preterm (premature) labor and birth. Recuperado de: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Preterm-Premature-Labor-and-Birth>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Approaches to limit interventions during labor and birth. Recuperado de <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committeepinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth.pdf>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Delivery of a newborn with meconium-stained amniotic fluid. Recuperado de: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-andPublications/CommitteeOpinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Delivery-of-aNewborn-With-Meconium-StainedAmniotic-Fluid>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Postpartum hemorrhage. Recuperado de http://clinicalinnovations.com/wpcontent/uploads/2017/10/ACOG_Practice_Bulletin_No_183_Postpartum-Hemorrhage2017.pd

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. Recuperado de <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2018/09/prevention-and-management-of-obstetric-lacerations-at-vaginal-delivery>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Practice bulletin - gestational hypertension and preeclampsia. Recuperado de <https://www.acog.org/clinical/clinicalguidance/practicebulletin/articles/2020/06/gestational-hypertension-and-preeclampsia>
- Amorim, S. (2010). *Tristeza no pós-parto – importância do diagnóstico precoce*. Universidade Fernando Pessoa. Recuperado de https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1574/1/MONO_17381.pdf
- Ânima Educação. (2014). Manual revisão bibliográfica sistemática integrativa: a pesquisa baseada em evidências. Belo Horizonte: Grupo Ânima Educação. Recuperado de http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/manual_revisao_bibliografica-sistematica-integrativa.pdf
- Antunes, M., Demitto, M., Soares, L, Radovanovic, C., Higarashi, I., Ichisato, S. & Pelloso, S. (2017). Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional. *Avances en Enfermería*, 35(1), 19-29. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n1/v35n1a03.pdf>
- Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. (2019). Boas práticas em aleitamento materno. Recuperado de <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2020/07/Guia-Aleitamento-Materno.pdf>
- Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. & Kudelka, A. (2000). SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302-311. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10964998/>
- Barber, C. & Starkey, N. (2015). Predictors of anxiety among pregnant New Zealand women hospitalised for complications and a community comparison group. *Midwifery*, 31(9), 888–896. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25987104/>

- Barbosa, M., Moreira, S., & Ferreira, S. (2017). Desinfecção do cordão umbilical: Revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar*, 33(1), 41-47. Recuperado de <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12022>
- Baghdari, N., Rad, M. & Sabzevari, M. (2017). Effect of SPIKES-based education by role playing and multimedia approaches on breaking bad news skills in midwifery students (a Comparison). *Acta Facultatis Medicae Naissensis*, 34(2), 137-146. Recuperado de <http://archive.sciendo.com/AFMNAI/afmnai.2017.34.issue-2/afmnai-2017-0015/afmnai-2017-0015.pdf>
- Beleza, A., Ferreira, C., Driusso, P., Santos, C. & Nakano, A. (2017). Effect of cryotherapy on relief of perineal pain after vaginal childbirth with episiotomy: a randomized and controlled clinical trial. *Physiotherapy* 103(2017), 453–458. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/309874973_Effect_of_cryotherapy_on_relief_of_perineal_pain_after_vaginal_childbirth_with_episiotomy_a_randomized_and_controlled_clinical_trial
- Berry, S. & Colorafi, K. (2018). The impact of communication surrounding intrauterine congenital anomaly diagnoses: an integrative review. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 33(4), 301-311. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30741752/>
- Bourdillon, K., McCausland, T. & Jones, S. (2020). Latch-related nipple pain in breastfeeding women: the impact on breastfeeding outcomes. *British Journal of Midwifery* Vol, 28(7). Recuperado de <https://www.magonlinelibrary.com/doi/epub/10.12968/bjom.2020.28.7.406>
- Buckman R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult?. *British medical journal*, 288(6430), 1597–1599. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6426658/>
- Cardoso, A. M. (2011). *Tornar-se Mãe, Tornar-se Pai - Estudo Sobre a Avaliação das Competências Parentais*. (Tese de Doutorado). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto. Recuperado de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornar-se%20mae_tornar-se%20pai_Estudo%20sobre%20avaliacao%20compet%C3%Aancias%20parentais.pdf

- Carrasco, J., Abad, M., Ruiz, M. & Gil, I. (2018). Breaking bad news to antenatal patients with strategies to lessen the pain: a qualitative study. *Reproductive Health*, 15(11), 1-12. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5781305/pdf/12978_2018_Article_454.pdf
- Cochran, W. J. (2020). Jaundice in the newborn. Children's health issues - msd manual consumer version. Recuperado de <https://www.childrens.health.qld.gov.au/fact-sheet-jaundice-in-newborns/>
- Craig, J. & Smyth, R. (2004). Prática baseada na evidência. *Manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Direção-Geral da Saúde. (2008). Programa nacional de controlo da dor. Recuperado de https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-programa_nacional_controlo_de_dor_-_2008.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Indução do trabalho de parto. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. Recuperado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Registo de indicações para cesariana. Recuperado de https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_001_2015%2001.2015.pdf
- Diz, R. (2014). *Hipertermia Materna Intraparto de Causa Não Infeciosa – Qual a sua Importância?*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Recuperado de https://sigarra.up.pt/fmdup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=32292

- Dodd, J., Givell, R., O'Brien, C. & Deussen, A. (2017). Prenatal administration of progestogens for preventing spontaneous preterm birth in women with a singleton pregnancy (Protocol). *The Cochrane database of systematic reviews*, (1), 1-11. Recuperado de https://www.cochrane.org/CD012531/PREG_prenatal-administration-progestogens-preventing-spontaneous-preterm-birth-women-singleton-pregnancy
- Dutton, P., Warrander, L., Roberts, S., Bernatavicius, G., Byrd, L., Gaze, D., ... Heazell, A. (2012). Predictors of poor perinatal outcome following maternal perception of reduced fetal movements-a prospective cohort study. *PloS one*, 7(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0039784>
- Ferrão, A. & Zagão, M. (2017). Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(1), 886-900. Recuperado de <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/22704>
- Ferreira, A. F. (2016). Fisiologia do puerpério. In Néné, M., Marques, R. & Batista, M., *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 438-442). Lisboa: Lidel
- Fonseca, S. (2016). Indução do trabalho de parto. In Néné, M., Marques, R. & Batista, M., *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 353-355). Lisboa: Lidel
- Freitas, M. J. & Baptista, M.C. (2016). Adaptação à vida extrauterina: cuidados imediatos ao recém-nascido. In Néné, M., Marques, R. & Batista, M., *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 486-491). Lisboa: Lidel
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Galvão, C. & Sawada, N. (2003). Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(1). 57-60. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/reben/a/rtV56ThJyGnxWTY4xTPZB3v/?lang=pt>
- Gazzola, L., Leite, H. & Gonçalves, G. (2020). Comunicando más notícias sobre malformações congênitas: reflexões bioéticas e jurídicas. *Revista bioética*, 28(1). 38-41. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/bioet/a/BdpvdbwVWCFZ9yFhv76Ypzq/?lang=pt>

- Gómez, A., Jiménez, A., Cabrera, E. & Isaías, M. (2006). El manejo del dolor postoperatorio en obstetricia: ¿Es seguro?. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 29(4), 231-239. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2006/cma064g.pdf>
- Gomes, I., Padoin, S., Langendorf, T., de Paula, C., Gomes, C. & Ribeiro, A. (2019). Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 9(61), 1-18. Recuperado de <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/34170/html>
- Graça, L. (2017). *Medicina materno-fetal*. Lisboa: Lidel
- Gueneuc, A., Dagher, C., Rameh, G., Haddad, G., Hivernaud, D., Mousty, E.,... Chalouhi, G. (2020). Announcing fetal pathology: Challenges encountered by physicians and potential role of simulation in training for breaking bad news. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 50(4). Recuperado de <https://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=f07f8781-d3b3-49a7-9325-4ae6b7ba96a7%40sessionmgr4008&bdata=Jmxbhmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=33346160&db=mnh>
- Infante, L. & Avendaño, M. (2015). Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 80(6), 493-502. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000600010
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2020). Registo nacional de anomalias congénitas: relatório 2016-2017. Recuperado de <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/6918>
- International Council of Nurses. (2012). Combater a desigualdade: da evidência à ação. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- International Council of Nurses. (2017). CIPE, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lusodidacta. Recuperado de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/cipe2015.html?fbclid=IwAR1u9YSHVQPkiGX2xPamiqLYUFxTjOJH8VcXQRTbrCE4JONEfouVPS6Rwg8>

- Irani, M., Khadivzadeh, T., Nekah, S., Ebrahimipour, H. & Tara, F. (2019). Emotional and cognitive experiences of pregnant women following prenatal diagnosis of fetal anomalies: a qualitative study in Iran. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 7(1). Recuperado de <https://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=5211e4e3-60cc-48a1-ac55-217200362b6f%40pdc-v-sessmgr01>
- Kent, R., Yazbek, M., Heyns, T. & Coetzee, I. (2015). The support needs of high-risk antenatal patients in prolonged hospitalisation. *Midwifery*, 31(1), 164–169. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.08.003>
- Leitão, M. (2016). Alterações psicológicas no puerpério. In Néné, M., Marques, R. & Batista, M., *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 443-454). Lisboa: Lidel
- Leitão, M., Calado, M & Gonçalves, M. (2020). Fatores de risco para blues puerperal: uma revisão integrativa. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit*, 6(2), 123-134. Recuperado de <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/7508/4293>
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). Manual de aleitamento materno. Comité português para a UNICEF. Recuperado de <https://unicef.pt/media/1584/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Lopes, M. O. (2016). Plano de parto. In Néné, M., Marques, R. & Batista, M., *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 167-169). Lisboa: Lidel
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2009). *Enfermagem na maternidade*. Loures: Lusodidacta.
- Lund, C., Kuller, J. & Durand, D. (2019). Baby's first bath: Changes in skin barrier function after bathing full-term newborns with water vs liquid baby cleanser. *Pediatric Dermatology*, 37(1), 115–119. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/pde.14037>

- Luz, R., George, A., Spitz, E. & Vieux, R. (2016). Breaking bad news in prenatal medicine: a literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(1), 14-31. Recuperado de <https://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=4ab4be23-55a1-41f3-af37-d532113240fb%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1aG9zdC1saXZl#AN=121044420&db=a9h>
- Lyons, L. & Naylor, J. (2018). Trust guideline for the prevention and management of excessive weight loss in healthy breastfed newborns. NHS Foundation Trust. Recuperado de <https://www.nnuh.nhs.uk/publication/prevention-and-management-of-excessive-weight-loss-in-healthy-breastfed-newborns-mid23-v3/>
- Magro, C. Guerreiro, E. & Fidalgo, F. (2016). Ameaça de parto pré-termo e parto pré-termo. In Néné, M., Marques, R. & Batista, M., *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 211-215). Lisboa: Lidel
- Marques, T. P. (2016). Aceitação e vivência da gravidez pelo casal. In Néné, M., Marques, R. & Batista, M., *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 70-72). Lisboa: Lidel
- Mendes, K., Silveira, R. & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-764. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt>
- Mineiro, L., Rito, B., Cardoso, V. & Sousa, C. (2016). A posição da mulher no trabalho de parto. In Néné, M., Marques, R. & Batista, M., *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 335-347). Lisboa: Lidel
- Monteiro, F. & Leite, C. F. (2016). Estados hipertensivos da gravidez. In Néné, M., Marques, R. & Batista, M., *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 182-199). Lisboa: Lidel
- Moore, E., Bergman, N., Anderson, G. & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11). Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub4/full>

- Morais, T., Souza, T., Viera, G., Júnior, J. & Jesus, G. (2020). Técnica de amamentar e a incidência de traumas mamilares em puérperas atendidas em um hospital municipal: estudo de intervenção. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 20(3), 705-714. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/gNhcTykjFzFBrvBptkLSVdf/?lang=pt&format=pdf>
- National Library of Medicine. (2021). Medical Subject Headings. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>
- New, K. (2019). Evidence-based guidelines for infant bathing. A research review educational series. Recuperado de <https://www.researchreview.co.nz/getmedia/0a9e5190-b8ac-419f-8f44-43b8e5ba8c4b/Educational-Series-Evidence-based-guidelines-for-infant-bathing.pdf.aspx?ext=.pdf>
- Niazi, A., Rahimi, B., Soheili-Far, S., Askari, N., Rahmanian, P., Far, Z. . . Askari, V. (2018). A systematic review on prevention and treatment of nipple pain and fissure: are they curable? *Journal of Pharmacopuncture*, 21(3), 139-150. doi:10.3831/KPI.2018.21.017
- Nunes, A. P. (2016). Aspectos éticos ao longo do ciclo gravídico e puerperal. In Néné, M., Marques, R. & Batista, M., *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 512-516). Lisboa: Lidel
- Oliveira, F. (2019). *Comunicação de más notícias em obstetrícia: impacto de treinamento institucional da percepção dos profissionais de saúde*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-10122019-085629/pt-br.php>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Episiotomia: realização seletiva ou rotineira. Indicador de Evidência. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Episiotomia_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Utilização de Cinta Durante o Puerpério. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerCE-117-2009.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Procedimento de Cuidados Perineais à Puérpera Durante o Internamento Hospitalar. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_23_MCEESMO.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República - Regulamento n.º 391/2019, 85(2ª Série). Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>

Orfão, A. (2016). Determinação do risco materno-fetal. In Néné, M., Marques, R.& Batista, M., *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 108-116). Lisboa: Lidel

Organização Mundial da Saúde. (2014). Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44703/9789248548338_por.pdf;jsessionid=815EEB5FD42106C18EE2D3E9770CA204?sequence=11

Organização Mundial da Saúde. (2017). Guia de implementação da lista de verificação da OMS para partos seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e recém-nascidos. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458_por.pdf?sequence=5

Pereira, M. (2016). Preparação para o nascimento e parentalidade. In Néné, M., Marques, R.& Batista, M., *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 152-162). Lisboa: Lidel

Pereira, R., Cardoso, M. & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7). 55-62. Recuperado de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2301&id_revista=9&id_edicao=46

- Pio, D. & Capel, M. (2015). Os significados do cuidado na gestação. *Revista Psicologia e Saúde*, 7(1), 74-81. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100010
- Prada, F. & Rafael, M. (2016). Desvios ao trabalho de parto normal. In Néné, M., Marques, R.& Batista, M., *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 368-375). Lisboa: Lidel
- Richter, M., Parkes, C., & Chaw-Kant, J. (2007). Listening to the voices of hospitalized high-risk antepartum patient. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 36(4), 313–318. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00159.x>
- Rocha, L., Melo, C., Costa, R. & Anders, J. (2016). The communication of bad news by nurses in the context of obstetric care. *Revista Mineira de Enfermagem*, 20 (981). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/313939691_THE_COMMUNICATION_OF_BAD_NEWS_BY_NURSES_IN_THE_CONTEXT_OF_OBSTETRIC_CARE
- Royal College of Midwives. (2012). Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour: second stage of labour. Recuperado de <https://www.rcm.org.uk/promoting-professional-practice/standards-guidance/>
- Santana, A. & Figueiredo, M. (2016). Manutenção do bem-estar materno-fetal intraparto. In Néné, M., Marques, R.& Batista, M., *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 388-399). Lisboa: Lidel
- Santos, M. & Baptista, M. (2016). Necessidades em cuidados de enfermagem a puérpera e do recém-nascido. In Néné, M., Marques, R.& Batista, M., *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 455-472). Lisboa: Lidel
- Santos, C., Pimenta, C. & Nobre, M. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 1-4. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf

- Santos, J., Pacheco, T., Oliveira, P., Hino, P., Gabrielloni, M. & Barbieri, M. (2016). Avaliação da dor no período puerperal: estudo comparativo entre os tipos de parto. *Journal of the Health Sciences Institute*, 34(4), p. 200-205. Recuperado de: https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/2020/12/V34_n4_2016_p200a205.pdf
- Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C. (2020). Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica. Lisboa: Lidel
- Shrivastava, S., Shrivastava, P. & Ramasamy, J. (2013). Fostering the practice of rooming-in in newborn care. *Journal of Health Sciences*, 3(2), 177-178. Recuperado de <http://www.jhsci.ba/OJS/index.php/jhsci/article/view/85>
- Silva, S. M. (2011). *Icterícia Neonatal*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, (Tese de Mestrado Integrado em Medicina). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/61080/2/Ictercia%20Neonatal.pdf>;
- Silva, C. & Carneiro, M. (2018). Pais pela primeira vez: aquisição de competências parentais. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(4), 366-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800052>
- Silva, M. & Neves, J. (2016). Exames complementares de avaliação materno-fetal. In Néné, M., Marques, R. & Batista, M., *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 140-150). Lisboa: Lidel
- Silva, N., Avelino, M., Almeida, M., Mota, P., Sena, C., Moraes, Â. & Oliveira, J. (2019). Os benefícios do alojamento conjunto na ótica do enfermeiro: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*, 7(2), 15982-15991. Recuperado de <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/download/24776/19756>
- Silva, N., Silva, F., Pimentel de Oliveira, C., Silva, J., Cordeiro, J., & Neto, R. (2020). Abordagem dos cuidados com o coto umbilical na atenção básica para prevenção da onfalite: relato de experiência. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(5). Recuperado de <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/16740>

- Smyth, R. M. D., Markham, C. & Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(6), 1-84. Recuperado de https://www.cochrane.org/CD006167/PREG_amniotomy-for-shortening-spontaneous-labour
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). Consenso Clínico - Hipoglicemia neonatal. Recuperado de https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Hipoglicemia_neonatal.pdf
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). Icterícia Neonatal: Avaliação e tratamento no recém-nascido de termo e pré-termo. Recuperado de https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). Consenso clínico – Restrição de crescimento fetal. Recuperado de <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/Consenso-RCF.pdf>
- Sosa, C., Althabe, F., Belizán, J., & Bergel, E. (2015). Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane database of systematic reviews*, 2004(1). Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14974024/>
- Souza, A., Wanderley, G., Pereira, M., Franco, M., Sousa, D., Girão, E., . . . Guerra, G. (2020). Parâmetros maternos e fetais em gestante submetida a tocólise com nifedipina. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 20(2), 459-466. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/8PmBCwVyTg59VMdxWtdHfDd/?lang=pt>
- Subramaniam, B. & Rudra, M. (2019). Comparative study of outcome of labour with artificial rupture of membranes and spontaneous rupture of membranes in uncomplicated pregnancies in a district medical college. *International Journal of Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 3(6), 10-13. Recuperado de <https://www.gynaecologyjournal.com/articles/434/3-6-25-154.pdf>
- Ullah, S., Rahman, K., Hedayati, M. (2016). Hyperbilirubinemia in neonates: Types, causes, clinical examinations, preventive measures and treatments: A narrative review article. *Iranian Journal of Public Health*, 45(5), 558–568. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4935699/>

- Vargas, P., Vieira, V., Queiroz, A., Alves, V., Aguiar, R., & Rodrigues, D. (2016). Experiências de puérperas na identificação de sinais de fome do recém-nascido. *Revista Baiana de Enfermagem*, 30(1), 335-343. Recuperado de https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/12011/pdf_30
- Veringa, I., Buitendijk, S., Miranda, E., Wolf, S. & Spinhoven, P. (2011). Pain cognitions as predictors of the request for pain relief during the first stage of labor: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 32(3), 119–125. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21824042/>
- World Health Organization. (2014). Who recommendations for prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia: implications and actions. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119627/WHO_RHR_14.17_eng.pdf
- World Health Organization. (2015). WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Recuperado de https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/
- World Health Organization. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Recuperado de <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- World Health Organization. (2019). Optimal timing of cord clamping for the prevention of iron deficiency anaemia in infants. Recuperado de https://www.who.int/elena/titles/cord_clamping/en/
- Yazdanparast, E., Arasteh, A., Ghorbani, S. & Davoudi, M. (2021). The effectiveness of communication skills training on nurses' skills and participation in the breaking bad news. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26 (4). Recuperado de <https://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=5f08ecbb-00bf-4e18-8541-d25c5f0de444%40sessionmgr4006&bdata=Jmxhbm9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=151704637&db=a9h>