



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**BOAS PRÁTICAS PARA CUIDADOS
ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTÉTRICA EM MULHERES QUE
OPTAM PELA INTERRUPÇÃO MÉDICA DA
GRAVIDEZ**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL DE
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA
DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA**

Isabel Cristina Fonseca da Silva

Porto, 2025

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

BOAS PRÁTICAS PARA CUIDADOS
ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTÉTRICA EM MULHERES QUE
OPTAM PELA INTERRUPÇÃO MÉDICA DA
GRAVIDEZ

BEST PRACTICES FOR SPECIALIZED NURSING
CARE IN MATERNAL AND OBSTETRIC HEALTH
FOR WOMEN WHO CHOOSE MEDICAL
TERMINATION OF PREGNANCY

Relatório de estágio orientado pela
Professora Doutora Alexandrina Cardoso e
coorientado pela Professora Mónica Silva.

Porto, 2025

“Tem coragem, porque força tu já tens.”

DEDICATÓRIA

Ao Afonso. Que passou pelas nossas vidas de uma forma tão breve, mas tão cheia de amor e oportunidade de transformação.

AGRADECIMENTO

Chegado ao fim mais um ciclo tão importante da minha vida, é importante refletir e agradecer a todos aqueles que cruzaram o meu caminho nestes dois longos anos.

Em primeiro lugar agradecer a mim própria, pela minha persistência e resiliência e por, mesmo no meio de uma noite escura da alma, ter a força para completar aquilo a que me propus. Não foi como queria, mas foi como pude. E isso é tudo.

Ao Zé, que foi meu companheiro durante tantos e tantos anos, e pai dos meus dois maravilhosos filhos. Um sentimento de gratidão profunda. Foi uma peça fundamental neste caminho, sem ele nada disto teria sido possível. Por me ter substituído em todos os momentos em que eu não estive presente para eles e por acreditar sempre em mim.

Aos meus filhos, que foram sempre amor incondicional e foram sempre abraço, mesmo após as minhas ausências.

Aos amigos, que tantas vezes me ouviram dizer que não ia conseguir e que foram capazes de me lembrar de que sou capaz de tudo e que às vezes não é como queremos, mas como podemos.

Às minhas colegas do MESMO, em especial à Bárbara, à Luciana, à Olga e à Joana, que foram sempre porto de abrigo, que suportaram tantas lágrimas e tantos desabafos.

Ao Passarinho, que foi força, coragem e abraço na reta final. Por me perguntar todos os dias se o portátil já estava aberto. Por me mostrar que não importa o tempo, importa a intensidade e a verdade.

À querida Professora Alexandrina que foi sempre uma inspiração e que acreditou sempre em mim, mesmo quando eu não me via. Obrigada pelo apoio incondicional, serei eternamente grata.

A todas as EE-ESMO com quem tive o privilégio de me cruzar e de aprender o quer quero e o que não quero ser.

A todas as docentes do MESMO, que ao longo destes dois anos fizeram com que crescesse como pessoa, como enfermeira e como EE-ESMO.

E por fim, a todas as mulheres, casais e bebés com quem tive o gigante privilégio de me cruzar. Gratidão por todas as oportunidades de fazer parte das suas vidas num momento tão importante.

RESUMO

O presente relatório explana o trabalho desenvolvido ao longo do estágio de natureza profissional, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Este relatório de estágio tem como propósito refletir criticamente sobre o percurso de aquisição de competências, comuns e específicas, enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no âmbito da prática clínica. Para além dessa reflexão, procura igualmente compreender quais são as boas práticas para cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica em mulheres que optam pela interrupção médica da gravidez, reconhecendo o desafio e a vulnerabilidade deste evento na vida de uma mulher.

Ao longo deste relatório procurei desenvolver uma análise crítico-reflexiva sobre a metodologia aplicada nos diferentes contextos e campos de estágio, nomeadamente no internamento de grávidas com complicações, no puerpério e na sala de partos. Esta reflexão foi construída a partir da vivência de casos reais que marcaram o meu percurso, permitindo não só aplicar o conhecimento adquirido, mas também reconhecer os desafios e aprendizagens de cada situação. Todo este processo foi orientado pelo Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, ambos regulamentos sob chancela da Ordem dos Enfermeiros, que serviram como referência para a avaliação e consolidação das competências desenvolvidas.

No desenvolvimento das competências na área da investigação, elaborei uma Revisão Narrativa da Literatura com foco nas boas práticas de cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica para mulheres que enfrentam a decisão de interromper a gravidez por indicação médica. A análise evidenciou a reduzida atenção a esta temática, destacando-se a escassez de estudos centrados na experiência da mulher. Compreender as

suas necessidades, neste momento particularmente sensível e doloroso, constitui um ponto de partida essencial para a construção de estratégias de uma proposta de uma *checklist* de boas práticas para guiar os cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica nos casos de interrupção médica da gravidez, que possam, de algum modo, promover o suporte adequado e prevenir que a vivência desta decisão desencadeie um luto disfuncional.

Palavras-chave: Gravidez; Necessidades em cuidados; Interrupção médica da gravidez; Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

ABSTRACT

This report presents a comprehensive account of the work developed during the professional internship undertaken within the framework of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing.

This internship report aims to critically reflect on the process of acquiring both general and specific competencies as a Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing, within the scope of clinical practice. In addition to this reflection, it also seeks to compile the best practices in specialized maternal and obstetric health nursing care for women who undergo medical termination of pregnancy, acknowledging the challenge and vulnerability of this event in a woman's life.

Throughout this report, I sought to develop a critical and reflective analysis of the methodology applied in the different contexts and fields of practice, namely in the hospitalization of pregnant women with complications, in the postpartum period, and in the delivery room. This reflection was based on the experience of real cases that shaped my professional journey, allowing me not only to apply acquired knowledge but also to recognize the challenges and learning opportunities that each situation presented. This entire process was guided by the Regulation of Common Competencies of the Specialist Nurse and by the Regulation of Specific Competencies of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing, which served as references for the assessment and consolidation of the competencies developed.

For the development of research competencies, I carried out a Narrative Literature Review focusing on best practices in specialized maternal and obstetric health nursing care for women facing the decision of medical termination of pregnancy. The analysis revealed the limited attention given to this topic, with a notable scarcity of studies truly centered on women's experiences. Understanding their needs during this particularly sensitive and painful time is an essential starting point for the design of specialized

intervention strategies that can provide appropriate support and prevent the experience of this decision from leading to dysfunctional grief.

Keywords: Pregnancy; Needs; Medical termination of pregnancy; Maternal and Obstetric Health Nursing

CHAVE DE SIGLAS, ACRÓNIMOS e/ou ABREVIATURAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

BPM - Batimentos por minuto

CTG - Cardiotocografia

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECTS - European Credit Transfer System

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

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

HTA - Hipertensão Arterial

IM - Intramuscular

IV - Intravenoso

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - Pressão Arterial

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PQCEESMO - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RCIU - Restrição de Crescimento Intrauterino

SPN - Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SPOMMF - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

IMG - Interrupção Médica da Gravidez

PE - Pré-eclâmpsia

SPN - Sociedade Portuguesa de Neonatologia

PPT - Parto Pré-termo

DPPNI - Descolamento Prematura de Placenta Normalmente Inserida

FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

RCT - Estudo Controlado Randomizado

Índice

INTRODUÇÃO	12
1. CUIDAR A MULHER QUE VIVENCIA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	15
2.1. Contextualização do estágio	15
2.1.1. Caso clínico: “Respirar”	19
2. CUIDAR A MULHER NO PERÍODO PÓS-PARTO	32
3.1. Contextualização do estágio	32
3.1.1. Caso clínico: “A morte do filho imaginado”	38
3. CUIDAR A MULHER EM TRABALHO DE PARTO	55
4.1. Contextualização do estágio	55
3.1.1. Caso clínico: “Rendição”	66
3.1.2. Caso clínico: “Eu mereço, o parto é meu”	76
4. BOAS PRÁTICAS PARA CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA EM MULHERES QUE OPTAM PELA INTERRUÇÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ	93
5.1. Testemunho	93
4.1.1. INTRODUÇÃO	97
4.1.2. METODOLOGIA	100
4.1.3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	102
4.1.4. PROPOSTA DE BOAS PRÁTICAS PARA EE-ESMO NO CONTEXTO DA INTERRUÇÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ (IMG)	106
4.1.2. PROPOSTA DE CHECKLIST DE BOAS PRÁTICAS PARA EE-ESMO NA INTERRUÇÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ (IMG)	108
5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	111
CONCLUSÃO	120
BIBLIOGRAFIA	122

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

BOAS PRÁTICAS PARA CUIDADOS
ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA EM
MULHERES QUE OPTAM PELA INTERRUÇÃO
MÉDICA DA GRAVIDEZ

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório final”, integrada no 2.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), durante o ano letivo de 2024/2025, com o objetivo de descrever e refletir criticamente sobre o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO).

Para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, este relatório será posteriormente sujeito a discussão e apreciação em provas públicas. Para além disso, com este diploma pretendo a obtenção do título profissional de Enfermeira Especialista pela Ordem dos Enfermeiros (OE), o que implicou a opção pela realização do “Estágio de natureza profissional com relatório”. Esta é uma unidade curricular anual com 45 ECTS (European Credit Transfer System), estando estimada que haja uma carga total de trabalho dedicada a esta unidade curricular na ordem das 1260 horas.

Esta unidade curricular tem como objetivos: promover a responsabilização pessoal na construção dos respetivos itinerários e projetos de vida profissional, numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida e de promoção de um espírito empreendedor; capacitar para identificar diagnósticos e implementar intervenções de enfermagem especializadas, centrados nas necessidades em cuidado à mulher com afecções ginecológicas, à mulher/família na gravidez normal e com complicações, no trabalho de parto e parto, no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco; consolidar a capacidade de resolução de problemas em contextos multidisciplinares, valorizando o trabalho em equipa e a colaboração entre profissionais de diferentes áreas; mobilizar a evidência científica para a tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna, obstetrícia e ginecologia; promover uma

consciência profissional sobre a ação profissional do EE-ESMO; e por fim, elaborar e discutir o relatório de estágio, colocando em evidência a relevância das competências adquiridas durante o processo.

O estágio de natureza profissional decorreu entre setembro de 2024 e julho de 2025, num total de 800 horas, distribuídas em três contextos clínicos: 200 horas de contacto em contexto de internamento de grávidas de risco/medicina materno-fetal, 100 horas de contacto em contexto de internamento de puerpério, e 500 horas de bloco de partos.

Relativamente às competências específicas do EE-ESMO (Regulamento n.º 391/2019), este deve cuidar da mulher inserida na família e na comunidade em várias fases da sua vida, nomeadamente no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; no período pré-natal; no trabalho de parto; no período pós-natal; no período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, além de cuidar do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inseridas na comunidade.

A conceção de cuidados será focada nas áreas de atenção ligadas aos diagnósticos e às intervenções que são da responsabilidade específica do EE-ESMO, evidenciando a prática de cuidados em diferentes contextos. Para organizar esta abordagem, serão apresentados e analisados com maior detalhe quatro planos de cuidados: um plano de cuidados desenvolvido em contexto de internamento de grávidas de risco, um outro relativo a um caso em contexto de internamento no puerpério e dois planos de cuidados resultantes de experiências clínicas em contexto de bloco de partos. A identidade das pessoas envolvidas não será associada a estes planos, assegurando-se o anonimato dos dados recolhidos, pelo que serão atribuídos nomes fictícios para lhes conferir um carácter mais pessoal, isto é, tratando-as pelo por um nome próprio, ainda que não o verdadeiro.

Para além da descrição das atividades realizadas ao longo do estágio, foi possível identificar uma temática de interesse pessoal que permitiu aprofundar conhecimentos numa área específica. O tema selecionado foca-se numa reflexão sobre quais as Boas Práticas Para Cuidados Especializados Em

Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica Em Mulheres Que Optam Pela Interrupção Médica Da Gravidez. Perante a decisão de realização de uma interrupção médica da gravidez, e em conformidade com o Regulamento n.º 391/2019, compete ao EE-ESMO assegurar cuidados especializados em situações suscetíveis de comprometer a saúde da mulher. Assim, através de uma revisão narrativa da literatura, foram analisados vários artigos que permitiram explorar quais são os cuidados de excelência a ser prestados à mulher que vivencia uma situação de interrupção médica da gravidez.

O presente relatório está estruturado em sete capítulos principais. O primeiro capítulo inicia-se com a presente introdução. O segundo capítulo aborda a conceção de cuidados à mulher que vivencia uma gravidez com complicações. O terceiro capítulo aborda a conceção de cuidados à mulher no período de puerpério. O quarto capítulo aborda a conceção de cuidados à mulher durante o trabalho de parto e parto. O quinto capítulo incide sobre a revisão narrativa da literatura com o título “Boas práticas para cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica em mulheres que optam pela interrupção médica da gravidez”. No sexto capítulo estabelece-se uma reflexão crítica acerca das competências específicas desenvolvidas, pontos-chave de aprendizagem, crescimento e desenvolvimento pessoal, e por último uma conclusão final do relatório.

1. CUIDAR A MULHER QUE VIVENCIA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

2.1. Contextualização do estágio

O estágio de internamento de grávidas com complicações decorreu entre 11 de novembro de 2024 e 17 de janeiro de 2025, no serviço de obstetrícia e ginecologia de um hospital central na zona Norte do país, sob orientação de uma EE-ESMO.

No que diz respeito aos recursos físicos e estruturais, o serviço de obstetrícia e ginecologia supracitado está, neste momento, a sofrer remodelação, pelo que não existe um serviço ou ala especialmente dedicada ao internamento de grávidas de risco. Existe sim, uma enfermaria composta por duas unidades, separadas por uma cortina, e um cardiotocógrafo. Possuem também uma janela que permite a entrada de bastante luz natural e um ar condicionado que permite ajustar a temperatura para melhorar o conforto de cada mulher internada. Cada unidade é constituída por uma cama, uma mesa-de-cabeceira/refeição e um cadeirão. O quarto de banho é no corredor que serve todas as enfermarias, existindo dois para seis unidades. Esta enfermaria também pode ser ocupada com grávidas ou pacientes do foro ginecológico mediante as necessidades do serviço. A enfermaria onde ficam alocadas as grávidas de risco é a mais próxima à sala de enfermagem e sala de trabalho, para que haja uma vigilância e um contacto mais próximo e mais facilitado em caso de necessidades específicas de cuidados. Fica também próxima ao bloco de partos e ao bloco operatório, para haver uma fácil e rápida mobilização em caso de emergência obstétrica. Apesar de não haver nenhum quarto individual, foi sempre possível gerir a prestação de cuidados e a comunicação mais privada e intimista, garantindo a privacidade das grávidas, através da utilização das cortinas para separação física das unidades e utilização de um tom de voz mais baixo e mais próximo. Apesar de não ser permitido ao acompanhante pernoitar junto com a grávida, a presença deste é permitida entre as 11h e as 20h. Ainda que o serviço esteja em remodelação e não tenha

um aspeto visivelmente novo e moderno, ele está bem cuidado, iluminado e limpo, proporcionando assim um ambiente íntimo, acolhedor e seguro onde as mulheres podem relaxar, tendo em conta todas as suas necessidades e individualidade. Uma vez que não é muito frequente haver grávidas com complicações internadas, estive maioritariamente alocada à consulta de acompanhamento de gravidez de risco. O facto de não existir grande afluência de grávidas internadas nesta unidade de saúde, deve-se ao facto de não existirem recursos físicos e humanos que garantam cuidados de saúde em caso de emergência, tais como Unidade de Cuidados Intensivos de adultos e de neonatologia. Esta consulta decorre às terças-feiras de manhã e às quartas-feiras durante todo o dia, num pólo à parte, mas, ainda assim, nas redondezas do pólo principal. Ao nível dos recursos estruturais e físicos, existem dois consultórios para consulta de enfermagem, equipados com secretária, cadeiras, computador, marquesa, doppler e cardiotocógrafo, para além de todo o material clínico necessário à vigilância da gravidez com e sem complicações. Estes consultórios são privados, com ar condicionado, que permite assegurar a privacidade da grávida e o seu conforto, proporcionando um ambiente ideal para a partilha e discussão de receios e expectativas que possam existir.

Relativamente aos recursos humanos, os cuidados prestados às grávidas internadas em contexto de gravidez com complicações é da exclusiva competência e responsabilidade dos EE-ESMO. Regra geral, a EE-ESMO que fica responsável por essa ala de enfermarias, fica também responsável pelas grávidas com patologia associada. A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2019) recomenda para as unidades de internamento de medicina materno-fetal um rácio EE-ESMO/cliente de 1:3 na gravidez de alto risco e 1:6 na gravidez de baixo risco. No serviço em questão, pode ser mobilizada uma EE-ESMO de qualquer uma das valências onde está alocada (puerpério, bloco de partos, SU) para prestar cuidados às grávidas internadas por complicações. Esta situação não será a ideal, pois pode fazer com que desvios da normalidade não sejam detetados

atempadamente, uma vez que a EE-ESMO não está sempre na proximidade das grávidas em questão. No entanto, e uma vez que há proximidade estrutural e uma boa comunicação e espírito de equipa entre todos os elementos multiprofissionais que integram a equipa, esta falha fica praticamente colmatada.

O método de trabalho é individual, tanto no internamento como na consulta, existindo sempre a preocupação de prestar cuidados individuais e especialmente dirigidos às necessidades individuais da grávida em questão. Considero que isto é um ponto positivo, uma vez que tem em conta a individualidade e autodeterminação de cada mulher e cria uma parceria de cuidados, onde cada interveniente tem uma parte ativa, contribuindo assim para a satisfação de ambos e excelência dos cuidados prestados.

Ao longo destas 200h de contacto presencial que se desenrolaram nas 8 semanas de estágio de gravidez com complicações tive a oportunidade de contactar com 92 grávidas com diversas situações clínicas tais como pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, colestase gravídica, rotura prematura de membranas, gestação gemelar, gestação por técnicas de reprodução medicamente assistida, entre outras. Todas estas experiências foram fundamentais para desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Tornou-se essencial, para além do estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança, aprofundar e dominar conhecimentos sobre cada situação clínica, para mais atempadamente detetar desvios da normalidade e intervir de forma adequada. Foi importante para mim, criar um ambiente e uma relação com estas mulheres de forma que nos encontrássemos ao mesmo nível, para que se criasse um espaço seguro, onde se pudessem sentir acolhidas para a partilha dos seus receios mais íntimos.

Tendo em conta que, no presente contexto de estágio, a pré-eclâmpsia (PE) é uma das complicações que mais frequentemente leva ao internamento de grávidas, e também porque a hipertensão representa a complicação mais comum da gravidez, afetando cerca de 15% de todas as

gravidezes em todo o mundo (Sibai et al., 2005) optei por explorar um caso clínico de uma grávida internada com diagnóstico de pré-eclâmpsia. Um forte motivo que me levou à exploração deste caso foi também o facto de que realmente se percebia naquela mulher, que a falta de conhecimento sobre o que se estava a passar era para ela um motivo de grande ansiedade.

Analisando o Regulamento das competências específicas do EE-ESMO (n.º 391/2019), uma das competências descritas é cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, potenciando a sua saúde, detetando e atuando precocemente no caso de complicações, promovendo desta forma o bem-estar materno-fetal. Considero que o caso clínico escolhido, espelha a aquisição destas competências e ressalva a importância do investimento contínuo no nosso conhecimento, para uma melhor vigilância e adequação da nossa prestação de cuidados especializados.

A intervenção do EE-ESMO não se limita ao âmbito fisiopatológico da gravidez, abrangendo também outras dimensões, uma vez que a transição para a parentalidade envolve inúmeras mudanças. Cada pessoa que vivencia esse processo precisa adaptar-se, ajustar-se e aprender a utilizar os seus recursos internos para superar desafios e lidar com as emoções de forma única. Por isso, focámos o nosso olhar nas necessidades específicas de cada cliente (mulher, homem, feto e familiares) durante esta fase crucial, com o objetivo de capacitá-los para lidar com esta transição de maneira equilibrada e a resolver crises com resiliência (DGS, 2015).

Na maioria das vezes, a gravidez é considerada um “estado de graça”, ainda que envolva pequenos riscos naturais. Contudo, podem ocorrer complicações que frustram as expectativas e comprometem uma vivência saudável do processo gestacional (Lobão, 2017). De acordo com Pedrosa (2020), complicações na gravidez são condições de saúde que podem levar a desfechos negativos para a mãe e o feto, sendo que cerca de 15% das mulheres enfrentam complicações potencialmente fatais durante a gestação (OMS, 2017, citado por Pedrosa, 2020). Quando há um risco significativamente maior para a vida da mãe ou do feto em comparação com a população geral,

trata-se de uma gravidez de alto risco, exigindo maior vigilância e, em alguns casos, a necessidade de internamento torna-se indispensável (Lobão, 2017; Pedrosa, 2020).

A gravidez, por natureza, é um processo complexo que exige diversas adaptações e mudanças. No entanto, quando surgem complicações, a experiência torna-se ainda mais desafiadora (Lobão, 2017), uma vez que o casal se depara com sentimentos de “(. . .) insegurança, incerteza, preocupação, ansiedade e medo sobrepõem-se a tudo o resto, sobretudo se à situação estiver associada a necessidade de internamento” (Pedrosa, 2020, p.23).

A transição de uma gravidez de baixo risco para uma de alto risco constitui um momento crítico para a mulher grávida, resultando em alterações nas suas expectativas (Lobão, 2017). A forma como a mulher e o casal vivenciam esse processo e a sua capacidade de adaptação a esta “crise” e aos riscos envolvidos são determinantes. É essencial que recebam apoio adequado e orientação para lidar com a situação, promovendo assim o desenvolvimento de estratégias que favoreçam uma transição saudável (Lobão, 2017).

2.1.1. Caso clínico: “Respirar”

Rute, 40 anos, primigesta. Gestação de 36 semanas e 0 dias de feto único do sexo feminino. Recorreu ao SU há 4 dias por perceção de aumento de edema dos membros inferiores e valores tensionais aumentados no domicílio. Boa perceção dos movimentos fetais. Sem perda de sangue ou LA.

A pressão arterial foi avaliada tendo sido obtidos valores na ordem dos 150-160/90-100mmHg. Com edema marcado dos membros inferiores (sinal de godet +++). Colhido estudo analítico com alterações ao nível do rácio

proteína/creatinina (~2.0). Sem sintomas prodrômicos de PE. CTG dentro dos limites da normalidade.

Foi admitida no serviço materno-fetal com o diagnóstico de PE sem critérios de gravidade para vigilância materna e fetal, início de terapêutica anti-hipertensora e maturação pulmonar fetal.

Tive contacto com esta grávida no turno da tarde de um dia de dezembro. Este dia corresponde ao 4º dia de internamento. Iniciou terapêutica com metildopa 500mg (3x/dia - 7h, 15h, 23h) no turno da noite do dia 28 de novembro e realizou ciclo de maturação pulmonar fetal com dexametasona (6mg, 12/12h, via intramuscular, 4 doses) no dia 29 às 18h, tendo terminado o ciclo no dia 1 de dezembro às 8h.

No dia anterior ao contacto que tive com a Rute tinha sido colocada a hipótese de ser realizada uma cesariana, tendo a Rute sido mantida em jejum pré-operatório. Ao estabelecer uma relação de empatia e de segurança com a Rute, esta referiu que este evento potenciou o seu stress sendo que, no turno em que permaneci com ela, demonstrou preocupação com o que poderia acontecer à sua bebé caso nascesse mais cedo. O estabelecimento de uma relação terapêutica, de empatia, de proximidade e de cuidado com o ser humano que temos à nossa frente, cuidando com amor, abrindo espaço para que as emoções e receios se manifestem, permitindo-me identificar um foco da atenção de ESMO que mereceu a minha intervenção, que irei explorar mais à frente.

A gestação pode induzir hipertensão arterial (HTA) em mulheres previamente normotensas ou sofrer agravamento em mulheres anteriormente hipertensas. A HTA é a complicação médica mais comum da gestação (Graça, 2018). Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013), revelam que as síndromes hipertensivas ocupam o 2º lugar no *ranking* de causas de morte materna. Grande parte das mortes devido à PE e eclâmpsia podem ser evitadas através da atempada e eficaz prestação de cuidados às mulheres que apresentam essas complicações (OMS, 2013).

Considera-se que a HTA na gravidez é diagnosticada quando um dos seguintes critérios está presente em duas observações espaçadas, no mínimo, por 4 horas: pressão arterial sistólica (PAS) $\geq$ 140 mmHg; pressão arterial diastólica (PAD) $\geq$ 90 mmHg (Graça, 2018).

Segundo o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), a HTA associada à gravidez pode ser classificada do seguinte modo: HTA gestacional em que não há evidência de PE, sendo que o quadro desaparece até à 12^a semana pós-parto; síndrome de pré-eclâmpsia/eclâmpsia; HTA crónica (de qualquer etiologia) e pré-eclâmpsia sobreposta a HTA crónica.

No caso da Rute, não existia uma doença hipertensiva de base. A pressão arterial estava na ordem dos 150-160/90-100 mmHg em várias avaliações, com presença de proteinúria e edema marcado dos membros superiores e inferiores. Estava, portanto, perante um quadro de PE.

A PE é uma síndrome multissistémica de origem desconhecida, que é única à gestação humana (Sibai et al., 2005). Define-se como uma condição médica complexa que afeta mulheres grávidas, caracterizada pela presença de hipertensão arterial e disfunção orgânica, ocorrendo após a 20^a semana de gestação (Coutinho et al., 2023). Apesar de ainda não se compreender totalmente a etiologia da PE, as evidências sugerem que fatores genéticos, imunológicos e vasculares têm um papel importante no seu desenvolvimento (Coutinho et al., 2023). A disfunção placentária tem um papel central na patogénese da PE, havendo forte evidência da presença de uma imperfeita e incompleta invasão das artérias espiraladas pelo trofoblasto na altura da placentação (Graça, 2018). Esta disfunção tem como resultado uma deficiência de fluxo sanguíneo uteroplacentário, conduzindo à hipóxia tecidual e à libertação de substâncias pró-inflamatórias que desencadeiam uma cascata inflamatória sistémica (Coutinho et al., 2023).

As principais complicações maternas e fetais associadas à PE incluem: parto pré-termo (PPT), eclâmpsia, síndrome de HELLP, descolamento

premature de placenta normalmente inserida (DPPNI) e restrição do crescimento fetal intra-uterino (RCIU) (Coutinho et al., 2024).

Uma das grandes preocupações da Rute era quais seriam as implicações para a sua bebé, caso esta tivesse de nascer mais cedo, já que estava a ser considerada a hipótese de ter de ser realizada uma cesariana, inclusive já tendo estado preparada para seguir para o bloco no dia anterior. Identifiquei neste momento que a Rute tinha potencial para melhorar o conhecimento sobre desenvolvimento fetal, com o objetivo de promover o ajustamento à gravidez, e este era o momento certo para intervir, uma vez que ela é que teve a iniciativa e demonstrou essa preocupação. Expliquei-lhe que, apesar de um feto com 36 semanas de gestação ser considerado um prematuro, é um prematuro tardio, e a probabilidade nesta fase do desenvolvimento fetal é que a sua bebé nasça sem qualquer compromisso da adaptação à vida extrauterina. Expliquei-lhe ainda que, nesta fase, a maior preocupação seria pelo facto de os pulmões da sua bebé ainda não estarem totalmente prontos para respirar, mas o objetivo da corticoterapia que lhe foi administrada foi, precisamente, para preparar os pulmões da bebé para a sua primeira respiração após o nascimento.

Os sintomas podem variar de leves até uma forma mais grave da doença, incluindo: hipertensão, edema, principalmente das mãos, face e ao redor dos olhos, dor de cabeça persistente, dor abdominal epigástrica, náuseas, vômitos e alterações visuais (Alves, 2024).

Inicialmente, a PE era diagnosticada perante a presença de HTA, em grávidas anteriormente normotensas, associada a proteinúria, após a 20ª semana de gestação. Atualmente, a proteinúria foi desconsiderada como sendo obrigatória, quando existe evidência de comprometimento sistémico ou lesão em outros órgãos-alvo, como insuficiência renal, insuficiência hepática, trombocitopenia, edema pulmonar ou alterações cerebrais e visuais (Coutinho et al., 2023). A PE com critérios de gravidade é diagnosticada perante a presença de um dos seguintes sinais e sintomas: $PA \geq 160/110$ mmHg em duas avaliações com intervalo de 15 minutos, trombocitopenia ($<100.000/mm^3$),

insuficiência hepática (enzimas hepáticas no dobro do valor normal), dor epigástrica ou dor no hipocôndrio direito, insuficiência renal aguda (creatinina sérica $>1,1$ mg/dl), oligúria, edema pulmonar ou alterações cerebrais e visuais de novo (Phipps et al., 2019, Townsend et al., 2019).

Ao longo do internamento da Rute foi sendo realizada a avaliação da evolução da gravidez, com o objetivo de determinar sinais de complicação da gravidez e/ou do desenvolvimento fetal. No turno em que estive com a Rute, esta apresentava uma PA de 156/89 mmHg, antes da administração da metildopa às 15 horas. Apesar deste valor de PA elevado, a Rute não apresentava sinais nem sintomas de descompensação da PE, tais como alterações visuais, cefaleias, epigastrialgias, náuseas e vômitos. Apresentava sim edema marcado dos membros inferiores e foi-lhe recomendado que fizesse drenagem postural dos membros inferiores, elevando os pés da cama. A Rute apresentava ainda uma normal perceção dos movimentos fetais. Foi ainda avaliada a adaptação à gravidez com complicações, com o objetivo de promover a autogestão de complicações da gravidez. Quando questionada sobre a sua condição de gravidez com complicação associada, a Rute diz que sabe que está com pré-eclâmpsia e que isso tem a ver com o aumento dos valores da pressão arterial na gravidez. Refere ainda que quando soube do diagnóstico, ficou com medo que pudesse ter sido alguma coisa que ela fez de errado durante a gravidez, mas que já lhe explicaram que a pré-eclâmpsia tem mais a ver com a formação da placenta do que com algo que ela pudesse ter feito e que refere que sabe que a pré-eclâmpsia pode ter repercussões no desenvolvimento da sua bebé, mas não lhe explicaram o quê ao certo, só que a bebé poderia ter de nascer mais cedo. Perante estes dados, pude identificar que a Rute está a vivenciar uma adaptação à gravidez com complicações dentro da normalidade. Quando questionada sobre os sinais e sintomas a que deveria estar atenta e que poderiam indicar o agravamento da PE, a Rute soube identificá-los. Perante estes dados, foi possível identificar que a Rute apresenta conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez, associadas à PE.

Associada a estes momentos de avaliação da PA e da realização do traçado CTG, a Rute verbalizava que ficava muito ansiosa e acelerada e que gostaria de lidar melhor com essa ansiedade. Perante estes dados, e por ser perceptível que a Rute ficava visivelmente ansiosa nesses momentos, identifiquei que ela apresentava potencial melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade e intervim, com o objetivo de promover o autocontrolo da ansiedade. A minha intervenção incidiu sobre ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade, explicando que a ansiedade é um sentimento de nervosismo ou preocupação e que esses sentimentos são normais e comuns, principalmente para alguém que está a passar por uma situação de complicações durante uma gravidez tão desejada. Também ajudei a Rute a identificar quais as estratégias que ela utiliza no seu dia-a-dia para relaxar e se tranquilizar quando se sente mais ansiosa ou nervosa com alguma situação. Referiu que costuma tentar realizar uma respiração mais controlada e consciente, mas, ao pedir que me demonstrasse como costuma fazer, percebi que havia melhorias a fazer. Instruí então uma técnica de respiração consciente e diafragmática, que consiste em colocar a mão entre o umbigo e o apêndice xifoide e realizar a respiração “quadrada”, ou seja, inspirar durante 4 segundos, segurar durante 4 segundos, expirar durante 4 segundos e segurar durante 4 segundos. Esta estratégia funcionou de forma positiva para a Rute, sendo que passou a adotá-la em todos os momentos de avaliação da PA e de realização de traçado CTG.

A OMS (2013) determinou uma série de recomendações para a prevenção e gestão da PE e da eclâmpsia, durante os cuidados pré-natais. Recomenda que seja administrado ácido acetilsalicílico para a prevenção de PE em mulheres com alto risco para desenvolver a condição, como era o caso da Rute, que estava medicada com AAS, por este motivo. A gestão da pressão arterial com fármacos anti-hipertensores, mas não diuréticos, como a nifedipina ou a metildopa, para grávidas com hipertensão grave. A OMS (2018) também recomenda que, em mulheres com PE grave e, se houver um feto viável com menos de 37 semanas de gestação, a atitude expectante pode ser

considerada, desde que não ocorram problemas como HTA materna descontrolada, aumento da disfunção orgânica materna ou sofrimento fetal e que a condição materno-fetal possa ser monitorizada. Tendo em conta estas recomendações, a Rute, ficou internada para monitorização do bem-estar materno-fetal, em atitude expectante, com terapia anti-hipertensora com metildopa. Pelo risco de PPT, foi prescrita a administração de corticoterapia para maturação pulmonar fetal.

O objetivo do tratamento farmacológico da PE assenta nos seguintes pontos: reduzir a pressão arterial, prevenir as convulsões, proteger os órgãos-alvo da disfunção e prolongar a gestação. A abordagem terapêutica varia tendo em conta vários fatores, tais como: a gravidade da PE, a idade gestacional e o bem-estar fetal (Coutinho, 2023).

A metildopa é um agente simpaticolítico, mais concretamente, um agonista α -adrenérgico que, através da diminuição do tónus simpático, reduz a resistência vascular periférica, associada a uma pequena diminuição do débito cardíaco. O controlo da pressão arterial é gradual, devido ao seu mecanismo indireto de ação, obtendo-se efeito a partir das 6 a 8 horas. O efeito hipotensor é mais evidente na posição verticalizada do que em posição horizontalizada, sendo pouco frequente a hipotensão ortostática. Sendo um α -agonista central, a metildopa possui alguns efeitos adversos, tais como: redução do estado de alerta, insónia, sensação de cansaço ou depressão e xerostomia (boca seca) (Siqueira, 2011).

Na gravidez a metildopa é o único fármaco anti-hipertensivo classificado como categoria B pela FDA e cujos estudos avaliaram o desenvolvimento a longo prazo de crianças cujas mães foram tratadas com metildopa durante a gestação. Na gravidez, é o fármaco de eleição para o controlo da pressão arterial fora de situações de emergência, sendo que possui história de segurança clínica, apoiada por estudos prospetivos e a longo prazo (Umans, 2019).

A metildopa foi administrada à Rute, em doses sucessivamente maiores até se atingir um controlo eficaz da pressão arterial, sem que esta apresentasse qualquer efeito adverso.

O labetalol está classificado na categoria C pela FDA. É um B-bloqueador não seletivo, ou seja, bloqueia simultaneamente os recetores B1 e B2, e recetores α_1 , pelo que não é recomendada a sua administração em pacientes com asma. Geralmente, é bem tolerado pelas mulheres grávidas, sendo os efeitos adversos mais comuns os seguintes: hipotensão postural, náuseas, vômitos, hipersudorese, rubor facial. Pode ainda exacerbar manifestações pré-existentes de asma, broncospasmo, claudicação intermitente e fenómeno de Raynaud (Infarmed, 2017).

No caso da Rute, o labetalol está prescrito em SOS para administração EV, se a pressão arterial for superior a 160/110 mmHg. Este fármaco está recomendado no tratamento de HTA severa na gravidez e no pós-parto (ACOG, 2018). Após a sua administração EV, tem um início de ação de 5 minutos com efeito máximo ao fim de 5 a 15 minutos, com uma duração de ação de 16 a 18 horas, dependendo da dose administrada (Infarmed, 2017). Ao longo do internamento da Rute não houve necessidade de administração de medicação prescrita em SOS, uma vez que a pressão arterial ficou controlada com a administração da metildopa.

A corticoterapia para maturação pulmonar fetal é administrada a grávidas com risco de PPT espontâneo ou induzido tendo vários benefícios, tais como: diminui o risco de morte neonatal, de síndrome de dificuldade respiratória, de hemorragia intraventricular, enterocolite necrotizante, de necessidade de suporte ventilatório, de admissão em cuidados intensivos neonatais e de infeções sistémicas neonatais nas primeiras 48h de vida extra-uterina (SPOMMF, 2018). O maior benefício da corticoterapia para maturação pulmonar atinge-se quando o intervalo de tempo entre o início da mesma e o nascimento é superior a 24 horas e até 7 dias após.

Apesar dos múltiplos benefícios, a corticoterapia para maturação pulmonar apresenta também alguns riscos. Está demonstrado que, a curto

prazo, interfere com a função placentária, o crescimento fetal e aumenta o risco de hipoglicemia neonatal (em fetos pré-termo tardios). A longo prazo, podem ser observados efeitos ao nível da desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal fetal e neonatal, alterações no desenvolvimento cerebral e impacto em vários órgãos. Por este motivo, a SPOMMF recomenda que o uso de corticoides além de um ciclo único deve ser feito com cautela e, idealmente, dentro do intervalo entre as 24 e as 34 semanas de gestação. Assim, esta terapêutica está indicada entre as 24 e as 33 semanas e 6 dias de gestação, independentemente da integridade das membranas amnióticas ou do número de fetos, em qualquer situação em que exista risco de PPT nos 7 dias seguintes (SPOMMF, 2018).

Apesar dos benefícios superarem os riscos, estão descritos efeitos transitórios (~72 horas) dos fármacos corticoides na fluxometria umbilical e cerebral, bem como na diminuição dos movimentos corporais e variabilidade da frequência cardíaca fetal (SPOMMF, 2018). Esta evidência é importante para este caso em específico, porque de facto se observou, no traçado cardiotocográfico da Rute, que havia uma baixa variabilidade, associada a diminuição de movimentos fetais e consequentemente diminuição de acelerações da frequência cardíaca fetal, o que constituía uma fonte de preocupação para a Rute, sempre que se realizava a monitorização do bem-estar fetal. Essas alterações são geralmente transitórias e não indicam comprometimento fetal. No entanto, é fundamental que nós, EE-ESMO, estejamos cientes dessas possíveis mudanças nos parâmetros fetais durante o período de monitorização após a administração de corticoterapia para maturação pulmonar fetal. Apesar de termos conhecimento sobre esta evidência, foi nossa intervenção referenciar compromisso da gravidez ao médico por baixa variabilidade e ausência de acelerações no CTG, o que motivou a avaliação ecográfica do bem-estar fetal e doppler da artéria umbilical e artéria cerebral média, que estaria sem alterações.

Um dos focos da minha atenção foi qual o significado que a Rute atribuía a esta gravidez. A gravidez, enquanto etapa de transição no

desenvolvimento humano, é um processo que implica uma reorganização tanto interna (física e emocional) como externa (social). Trata-se de um momento em que a mulher, e também o homem, revê a forma como se sente e se compreende no mundo. Essa reorganização torna-se visível através de mudanças de comportamento e de atitudes concretas, necessárias para enfrentar as novas tarefas que esta fase traz consigo. Entre essas tarefas encontram-se a redefinição de papéis, a reestruturação da própria competência pessoal, a adaptação das relações interpessoais e a gestão das emoções no contacto com os outros (Meleis et al., 2000). Importa referir que a transição para a parentalidade não termina no nascimento do bebé. Inicia-se sim, com as transformações psicológicas internas, com a incorporação gradual do papel materno e com a reconfiguração das relações, sobretudo com o pai da criança.

Vários estudos têm demonstrado que a forma como a mulher interpreta e atribui significado à gravidez influencia diretamente as suas emoções, os seus comportamentos e as suas relações durante este período. Martini e colaboradores (2018), por exemplo, analisaram a ligação entre o significado atribuído à gravidez e a qualidade de vida, concluindo que as mulheres que viam esta etapa como uma oportunidade de crescimento pessoal ou como expressão de amor apresentavam uma melhor qualidade de vida. De forma semelhante, Papastathi e colaboradores (2019) investigaram o impacto do significado da gravidez no bem-estar emocional, verificando que uma perceção positiva se associava a menos sintomas de depressão e ansiedade. Em contraste, quando a gravidez era percecionada de forma negativa – como um fardo ou uma perda de liberdade – surgiam com maior frequência sintomas de depressão e ansiedade.

A gravidez constitui um período único e complexo na vida da mulher (Bjelica et al., 2018; Calou et al., 2018). Embora muitas mulheres descrevam esta fase como um período de alegria e felicidade, as exigências e transformações associadas, bem como o contexto social em que decorre, podem gerar níveis elevados de stress e ansiedade. Trata-se de uma etapa

que exige múltiplas adaptações — fisiológicas, familiares, financeiras, profissionais e outras — que podem desencadear sofrimento emocional, sobretudo nas mulheres com menor estatuto socioeconómico ou com problemas de saúde. Acresce ainda a preocupação frequente com a saúde do feto, o momento do parto e as responsabilidades inerentes à parentalidade (Guardino & Schetter, 2014). Muitas mulheres vivem esta experiência de forma ambivalente, oscilando entre alterações de humor, fadiga, exaustão, sonolência, episódios depressivos e sentimentos de entusiasmo. As mudanças próprias da gravidez abrangem, para além do corpo e da aparência, a esfera da afetividade e da sexualidade (Bjelica et al., 2018).

Perante isto, ao longo das interações entre o EE-ESMO e a mulher grávida, será possível, pela avaliação da resposta verbal e não verbal a diversas questões, recolher dados que permitam aceder ao(s) significado(s) atribuído(s) à gravidez. Quando questioneei a Rute sobre como esta gravidez entrou na sua vida, ela sorriu e disse que era um projeto há muito desejado e que estavam a tentar há já algum tempo. E que quando finalmente aconteceu foi uma coisa muito boa. A Rute referiu que já sabia que existia o risco de poder vir a ter PE nesta gravidez, pelo resultado do rastreio bioquímico do 1º trimestre e que, apesar de estar triste e ansiosa com a sua condição, acredita que ela e a sua bebé são fortes e vão sair bem desta situação. Com estes dados foi possível identificar o diagnóstico significado atribuído à gravidez facilitador.

Durante todo o meu turno com a Rute foi perceptível que esta acariciava constantemente a barriga e ficava visivelmente feliz por ouvir a frequência cardíaca fetal da bebé aquando da realização do CTG e demonstra preocupação com o seu bem-estar. Estes dados assumem particular importância uma vez que um dos focos da minha atenção foi a ligação mãe-filho, com o objetivo de determinar a sua presença e a sua evolução.

A ligação mãe-filho pode ser entendida como a construção de uma relação íntima e próxima entre ela e o recém-nascido (CIPE, 2019). Este processo é de natureza emocional, marcado pela interação e reciprocidade,

permitindo o fortalecimento de laços afetivos que despertam nela o desejo e a motivação para cuidar do seu bebê (Mercer & Ferketich, 1990; Mercer, 1995; Rubin, 1984). O investimento afetivo da mãe, constitui um alicerce essencial para a qualidade dos cuidados parentais e para a forma como se estabelecem as primeiras interações, aspetos decisivos para o desenvolvimento saudável e o bem-estar do feto e, posteriormente, do recém-nascido (Branjerdpor et al., 2017; Trombetta et al., 2021). O vínculo que se constrói ainda durante a gravidez favorece a disponibilidade e a prontidão da mãe/pai para se envolverem, procurando informação, estando presentes, oferecendo proteção e experienciando sentimentos de alegria e prazer perante a presença e as respostas do feto (GoBP - Adaptação à parentalidade, 2024).

A ligação mãe/pai-filho pode assumir características próprias, dependendo de quem estabelece o vínculo. No caso da mãe, a ligação mãe-filho é descrita como o conjunto de emoções e sentimentos que ela experiencia em relação ao seu bebê (Tichelman et al., 2019). Trata-se de um vínculo unidirecional, que tem início ainda durante a gravidez (Kennell & Klaus, 1998; Tichelman et al., 2019;). Verifica-se que mães que desenvolvem uma ligação forte e saudável ao feto durante a gravidez tendem a interagir de forma mais positiva com o recém-nascido, o que contribui para o seu desenvolvimento emocional, cognitivo e social. Em contrapartida, uma ligação afetiva mais frágil está associada a práticas parentais menos sensíveis e responsivas, o que poderá estar relacionado com uma menor sensibilidade neural às necessidades do bebê, como, por exemplo, à interpretação das suas expressões faciais (Dudek et al., 2018).

Além disso, a investigação mostra que mulheres com uma ligação mais débil ao filho revelam menor interesse pela sua saúde e, com maior frequência, adotam comportamentos prejudiciais durante a gravidez. Estas atitudes têm sido associadas a consequências negativas no desenvolvimento cognitivo e socioemocional a longo prazo. Nesse sentido, Tichelman e colaboradores (2019) sublinham a importância de implementar estratégias que

promovam e reforcem a qualidade da ligação mãe-filho. Como recomendação, os autores defendem que os profissionais de saúde materna devem avaliar, de forma sistemática, esta ligação ao longo da gestação, a fim de prevenir desfechos desfavoráveis. Os EE-ESMO possuem uma posição privilegiada no que diz respeito à proximidade das mães/pais durante o processo de gravidez, parto e pós-parto, o que permite avaliar o estado da ligação mãe/pai-filho ao longo do tempo e intervir, caso se justifique, no sentido de promover o desenvolvimento desta relação vital.

De acordo com os estudos de Cranley (1981), a avaliação da ligação mãe/pai-filho no período pré-natal contempla cinco dimensões principais: 1) a capacidade de diferenciar o feto de si próprio; 2) a interação estabelecida com o feto; 3) a atribuição de características e intenções ao feto; 4) a atenção e dedicação às suas necessidades; e 5) a vivência ou ensaio do papel de mãe/pai. Estas dimensões podem manifestar-se através de comportamentos que os profissionais conseguem observar ou que são relatados durante a consulta tais como: a aceitação da gravidez, a atribuição de características positivas ao feto, o significado facilitador atribuído ao filho e às mudanças que a chegada deste implica, o interesse na informação sobre saúde, sobre o desenvolvimento fetal e/ou recém-nascido, Integração no dia a dia das mudanças necessárias no estilo de vida para uma gravidez saudável, a preparação da casa para a chegada do recém-nascido, o preparar os outros elementos da família para a chegada do recém-nascido (ex. irmãos mais velhos, animal doméstico) e apresenta gestos que revelam afetividade pelo filho/a (acariciar o abdómen, sorrir quando fala dele(a) etc.). Perante a minha avaliação do comportamento da Rute durante o turno em que permaneci com ela foi possível identificar que esta apresentava uma ligação mãe-filho facilitadora.

2. CUIDAR A MULHER NO PERÍODO PÓS-PARTO

3.1. Contextualização do estágio

O estágio de puerpério decorreu entre de janeiro e fevereiro de 2025, no serviço de obstetrícia e ginecologia de um hospital na zona Norte do país, sob orientação de uma EE-ESMO. Decorreu ao longo de um total de 100 horas de contacto presencial, as quais se mostraram fundamentais para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE-ESMO.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, para a obtenção do título de enfermeiro especialista, é fundamental que *“para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde”* (p. 4744). Na descrição deste caso será evidente as competências comuns desenvolvidas, nomeadamente no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, especificamente ao *“demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica”* (p.4746) sendo que esta competência *“assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente”* (p.4746). Também ao demonstrar uma *“prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes”* (p.4746) foi possível desenvolver a competência *“Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”* (p.4746).

Ao olharmos para o Regulamento n.º 391/2019, que define o perfil de competências específicas do EE-ESMO, pode ler-se que este *“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal”* (p. 13563), mais especificamente *“Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos”* (p. 13563) e *“Concebe, planeia, implementa e avalia*

intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e/ou funcionais do recém-nascido” (p. 13563).

As condições físicas e organizacionais do local onde decorre a aprendizagem têm forte influência sobre a qualidade do processo formativo, a segurança das práticas desenvolvidas e o desenvolvimento de competências clínicas e relacionais por parte de quem está a aprender. No que diz respeito aos recursos físicos e estruturais, o serviço de obstetrícia em questão está, como já foi referido, a sofrer obras de remodelação para que seja possível trazer mais conforto e comodidade aos casais que lá são recebidos, uma vez que o edifício é centenário e, por esse motivo, apresenta desgaste da estrutura e condições de hotelaria obsoletas.

O serviço de obstetrícia conta com duas alas distintas (situação provisória) com o total de dezassete camas, distribuídas por três quartos individuais e sete enfermarias (duas camas por enfermaria). Cada ala dispõe de um quarto de banho, sendo que esse quarto de banho serve a puérpera e a sua pessoa significativa, para que estes permaneçam o maior tempo possível em alojamento conjunto. Existe um móvel muda-fraldas com banheira integrada para cada ala, para possibilitar os cuidados de higiene ao recém-nascido. Em cada unidade existe uma cama, uma mesa-de-cabeceira, um cadeirão e um berço. As enfermarias são pequenas e não existe espaço para que a puérpera e a sua pessoa significativa possam arrumar os seus pertences.

Nas enfermarias torna-se difícil assegurar o direito à privacidade e intimidade de cada indivíduo que cuidamos, uma vez que as unidades são separadas somente por uma cortina, algumas em mau estado de conservação tornando possível ver através delas. Para tentar colmatar estas limitações estruturais, o EE-ESMO que está a cuidar daquela família tem a responsabilidade de assegurar ao máximo a privacidade e intimidade, não só no que diz respeito ao estabelecimento de comunicação, através da adequação de conteúdo e tom de voz, mas também na proteção do corpo da mulher, como por exemplo no exame físico, que é realizado na unidade da puérpera, ou durante o apoio na amamentação.

À pessoa significativa é-lhe possibilitado o alojamento conjunto permanente (24 horas) desde o momento em que a mulher entra para a sala de partos ou para cesariana eletiva. Durante a permanência no serviço dispõem de cadeirões convertíveis em camas para que possam descansar durante a noite e possibilidade de realizarem a sua higiene no quarto-de-banho comum da ala de internamento. As refeições da pessoa significativa não são asseguradas pelo serviço de obstetrícia, no entanto, o hospital dispõe de uma cantina que serve refeições e de máquinas dispensadoras de bebidas e alimentos. A permanência da pessoa significativa durante o tempo de internamento da puérpera contribui para que a puérpera se sinta mais segura e apoiada durante todo o processo. Para além disto, a pessoa com quem a puérpera partilha o projeto de maternidade deveria ocupar o mesmo patamar de importância para efeitos dos cuidados. Ao longo de todo o estágio, verifiquei que, na maior parte das vezes, a pessoa escolhida pela mulher para permanecer junto dela durante o internamento era o pai do filho. Tendo isto em consideração, é fundamental termos presente que tanto a mulher-mãe como o homem-pai constituem diferentes clientes dos nossos cuidados, considerados individualmente, sendo que cada um deles possui a sua individualidade, os seus valores, as suas crenças e os seus desejos, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (Cardoso et al., 2024). E de facto, o que tive oportunidade de constatar na prática, é que os homens-pais, ficam muito admirados quando os incluímos e envolvemos nos cuidados, quando os vemos como indivíduos, uma vez que a maioria deles está habituado a ser ignorado durante todo o processo de gravidez até ao nascimento do seu filho.

No que diz respeito ao recém-nascido, o seu exame físico é realizado diariamente, no turno da manhã, pela equipa de pediatras, numa unidade externa ao quarto onde está alojada a díade, para maior conforto da equipa de saúde. Por isso, para a avaliação, o recém-nascido é retirado de junto da mãe. Considero que este cuidado deveria ser repensado. Entendo que a avaliação do recém-nascido seja mais cómoda para o pediatra se estiver num

local onde seja mais fácil observar. No entanto, isto poderia ser feito na própria unidade da puérpera, junto àquela que traz ao recém-nascido estabilidade hemodinâmica, hormonal e emocional. Aqui podem ser colocadas algumas questões de privacidade, no entanto, da forma que é feito atualmente, no corredor no meio do serviço, também não são garantidas as condições de privacidade. O tempo de internamento de cada díade ronda as 48 horas, sendo que todos os recém-nascidos são pesados à data da alta, para averiguar a perda de peso desde o nascimento. Ora, muito haveria a dizer sobre isto. Existem vários fatores que contribuem para que o peso à nascença não seja o real e, conseqüentemente, a perda de peso fisiológica do recém-nascido nos primeiros dias não decorra de igual forma em cada um, no entanto, todos são tratados de igual forma.

Existe uma sala de trabalho de enfermagem, onde é preparada toda a medicação necessária e que dispõe de computadores para o registo dos cuidados de enfermagem. Nesta sala é onde é realizada a passagem de turno, à porta fechada, não havendo no entanto isolamento de som, o que apela aos cuidados dos profissionais que mantenham um tom de voz baixo de forma a manter a segurança dos dados e privacidade.

A equipa de obstetrícia é constituída por enfermeiros generalistas e EE-ESMO. A Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), no parecer N.º 43/2019, define como dotações seguras no internamento de puérperas o rácio de 1:3 no puerpério patológico e 1:6 no puerpério normal. No hospital em questão, o puerpério é assegurado tanto por enfermeiros generalistas como por EE-ESMO e nem sempre é possível cumprir os rácios estipulados, nomeadamente pela falta de recursos humanos, especificamente de EE-ESMO. Por este motivo, os cuidados prestados a puérperas com patologia são prestados muitas vezes por enfermeiros generalistas, com a possibilidade de comprometer a qualidade dos mesmos.

O puerpério corresponde ao intervalo que se inicia imediatamente após a dequitação e se estende até às 6 semanas pós-parto (OMS, 2022). O

puerpério, pode ser dividido clinicamente em puerpério imediato - as primeiras 24h após o parto; puerpério precoce - durante a primeira semana após o parto; e puerpério tardio - entre a primeira e a sexta semana após o parto (Graça, 2017). Durante este período as alterações anatómicas e fisiológicas maternas retornam ao seu estado pré-gravídico (Williams, 2016). O puerpério inclui alterações consideráveis, sendo que algumas delas podem ser incómodas ou preocupantes para a mulher que se tornou mãe. É importante ressaltar que podem ocorrer várias complicações durante este período e que algumas podem ser graves. Por este motivo, é essencial o papel do EE-ESMO, não só na avaliação da recuperação pós-parto, mas também no sentido de promover a autonomia na puérpera para cuidar de si durante este período, nomeadamente promovendo o conhecimento sobre como é esperada a evolução de um puerpério e sobre a autovigilância de sinais e sintomas que possam ser indicativos de um desvio da normalidade e que possam motivar a procura de cuidados de saúde.

O serviço de internamento de puerpério recebe as puérperas e os recém-nascidos com 2 horas após o parto, seja parto vaginal seja cesariana, assim como a pessoa significativa que permanecerá em alojamento conjunto permanente. As famílias permanecem cerca de 48 horas no serviço de puerpério, quer se trate de um puerpério normal ou patológico, se o parto foi via vaginal.

O papel do EE-ESMO neste contexto de cuidados é assegurar que a recuperação pós-parto da mulher, quer a nível físico quer a nível psicológico e emocional. A continuidade dos cuidados é assegurada através do registo cuidadoso de todo o processo de enfermagem no SClínico e também da passagem de turno, onde é feita a partilha de cada situação.

A promoção da adaptação à parentalidade é um dos objetivos principais no serviço de internamento de puerpério, sendo que são trabalhadas as competências parentais para *tornar-se mãe e tornar-se pai*, facilitando o regresso a casa com o seu filho, que acabaram de conhecer. A relação EE-ESMO/puérpera é fator crítico na satisfação com os cuidados de

enfermagem e experiência positiva, quer de trabalho de parto quer no pós-parto, contribuindo assim para uma melhor e mais prazerosa adaptação à parentalidade.

Tornar-se mãe e tornar-se pai são individuais, na medida em que ocorrem em dois indivíduos diferentes, e que correspondem a processos de transição (Cardoso, 2011; 2014). A transição parental tem início ainda durante a gravidez e acarreta mudanças pessoais e interpessoais que ocorrem à medida que cada mulher se torna mãe e que cada homem se torna pai (Cardoso, 2011; 2014). De facto, o nascimento de um filho é, por um lado, uma grande mudança no dia a dia de uma família que requer a aprendizagem inerente aos cuidados à criança e, por outro lado, um evento crítico caracterizado pela reorganização individual, conjugal e profissional correspondendo a uma transição no ciclo de vida (Meleis et al., 2000; Cardoso, 2011).

Como EE-ESMO, temos um papel privilegiado e diferenciado naquele que é o período do puerpério, de forma a facilitar o processo de transição para a parentalidade, enquanto transição desenvolvimental. Ao longo deste período, podem ocorrer eventos críticos que dificultam ou interferem negativamente e que devem ser foco da nossa atenção no sentido de prevenir possíveis complicações.

Ao longo da minha permanência como aprendiz de EE-ESMO no serviço de puerpério, contactei com várias mulheres e famílias, oriundas de vários locais do país. O serviço de obstetrícia deste hospital é conceituado e reconhecido a nível nacional por prestar cuidados humanizados à mulher e famílias que o procuram. O caso que entendi como sendo diferenciado para explanar o meu processo de aquisição de competências, foi especial porque me permitiu estar lado a lado de uma mulher num dos momentos mais tristes da sua vida, em presença e disponibilidade total, perante a sua fragilidade e vulnerabilidade. A forma como olhamos e vemos estas mulheres, como as tocamos nestes momentos, pode ser facilitador ou inibidor da transição para o novo estado e, por isso, para além de ver com os “olhos da mente”, a lente

científica, é fundamental ver com os “olhos do coração”. É com estas lentes que prestei os cuidados à Maria, que a seguir apresento.

3.1.1. Caso clínico: “A morte do filho imaginado”

Maria, 34 anos, segunda gesta agora com o seu segundo filho. Grupo de sangue ORh positivo, *Streptococcus do grupo B* negativo. Teve uma cesariana anterior há 8 anos. Sem antecedentes de saúde relevantes. Foi internada em janeiro, com 39 semanas de gravidez, para indução de trabalho de parto. Segundo a própria, a gravidez teria sido acompanhada no estrangeiro, no entanto, não trazia quaisquer documentos ou registos que o comprovassem. Face a algumas incertezas quanto à datação da gravidez, foi decidida a indução do trabalho de parto.

O parto deu-se por cesariana após indução frustrada do trabalho de parto e estado fetal não tranquilizador. A recém-nascida, Mariana, nasceu às 19:46, hipotónica, tendo sido de imediato internada na neonatologia.

Luto perinatal: perda do filho imaginado

Tive o primeiro contacto com esta puérpera no turno da manhã seguinte, que corresponde às primeiras 24 horas de pós-parto. Quando entro no quarto, apresento-me. Observo que a Maria se encontra com um fôlego de apreensão e pergunto *como está, como se sente*. Apresenta-se chorosa e manifesta vontade de ir à neonatologia ver a sua bebé, demonstrando uma grande preocupação por não saber como ela está. Manifestação de ansiedade, como as que a Maria evidencia neste momento, resultando da separação e incerteza sobre o estado de saúde do filho é frequente e expectável. Com o objetivo de facilitar comunicação e expressão de emoções e diminuir ansiedade, negociamos um plano de ação. Acordamos que primeiro tomava o

pequeno-almoço para repor a energia corporal, cuidava da sua higiene para se sentir mais fresca, após o qual, se tivesse dor por ferida abdominal, poderíamos administrar terapêutica analgésica e, se sentisse com a força suficiente, iríamos prover a sua ida à neonatologia. Este plano pareceu tranquilizá-la.

Entretanto, consultei com mais detalhe o processo clínico do recém-nascido. Estava descrito que esta possuía algumas malformações, tais como prega nugal exacerbada, palato ogival, ausência de clitóris e sopro cardíaco. Havia plano médico de seguimento para uma série de estudos para averiguar se se tratava de uma malformação do fenótipo ou de alterações do cariótipo.

A Maria tolerou bem o pequeno-almoço e ficou confortável com a terapêutica administrada para gerir a dor por ferida. Foi providenciada uma cadeira de rodas e, acompanhada pela irmã, foi visitar a Mariana à neonatologia.

Ao regressar, apresentava um fâcies de choro e tristeza. Quando a vi, emergiram dois focos de atenção: como está a ligação mãe/pai-filho e será que estou perante sinais de luto perinatal? Para compreender melhor toda a situação, sentei-me junto dela, ao mesmo nível, toquei-lhe e, naquele momento, estive presente só para ela, para a ouvir e acolher. A Maria não percebia porque é que a sua bebé tinha malformações, disse que tinha feito todos os exames necessários durante a gravidez, todos os suplementos e que nunca tinha sido detetada qualquer alteração - *“no meu outro filho eu não fiz nada, nem ecografia, nem vitaminas e ele nasceu ótimo... desta vez que eu fiz tudo direitinho, vitaminas, ecografia, fiz translucência da nuca e estava tudo bem... não sei como é que isto foi acontecer...”* (sic), como procurando uma justificação no seu comportamento para este desfecho.

De facto, perante esta situação e este relato, tornou-se essencial para a prestação de cuidados de qualidade como EE-ESMO trabalhar com esta mulher o processo de luto da filha imaginada. Como intervenções, a presença, a escuta ativa, apoiar e promover o suporte familiar. O estudo *“Effectiveness of Nonpharmacological Interventions for Improving the Mental Health and*

Other Psychosocial Outcomes of Parents with Perinatal Loss: A Systematic Review and Meta-Analysis” (Li et al., 2024) avaliou a eficácia de intervenções não farmacológicas na melhoria da saúde mental e dos resultados psicossociais de pais que experienciaram perdas perinatais. A análise incluiu 21 ensaios clínicos randomizados (RCT) publicados entre janeiro de 2008 e dezembro de 2023, com um total de 2.430 participantes. Entre os principais resultados destaca-se que intervenções não farmacológicas como o apoio emocional focado no processamento do luto e na expressão de emoções, demonstraram melhorias significativas em várias áreas como: luto, transtorno de stress pós-traumático, depressão, ansiedade e suporte social percebido (Li et al., 2024). Também o estudo intitulado *“Nursing Interventions to Facilitate the Grieving Process after Perinatal Death: A Systematic Review”* (Fernández-Férez et al., 2021) apresenta uma revisão sistemática que analisa a eficácia das intervenções de enfermagem no apoio ao processo de luto após a morte perinatal. A pesquisa incluiu estudos que avaliaram diferentes abordagens de enfermagem para ajudar pais a lidar com o luto perinatal, com foco na eficácia dessas intervenções. Este estudo evidenciou que as intervenções de enfermagem desempenham um papel central no apoio aos pais que vivenciam o luto perinatal. Entre as estratégias mais utilizadas destacam-se o suporte emocional individualizado, em que os enfermeiros proporcionam momentos de escuta ativa, permitindo que os pais expressem os seus sentimentos e necessidades emocionais, sentindo-se validados na sua experiência de perda. Paralelamente, o aconselhamento psicológico estruturado surge como uma ferramenta essencial para ajudar os pais a lidar com a ansiedade, depressão e sofrimento emocional, oferecendo estratégias para processar a perda e prevenir o luto complicado.

Além disso, os programas de apoio e intervenção em grupo mostraram-se eficazes ao criar um espaço seguro para que os pais partilhassem experiências semelhantes e recebessem suporte mútuo. A comunicação aberta e clara constitui outro pilar importante, permitindo que os profissionais de saúde expliquem os acontecimentos, os procedimentos

realizados e as opções disponíveis, ajudando a reduzir a incerteza e a angústia associadas à perda. Por fim, o acompanhamento contínuo garante que os pais recebam suporte prolongado, com monitorização do bem-estar emocional e disponibilização de acompanhamento psicológico em consultas futuras.

Em conjunto, estas intervenções reforçam a importância do papel do EE-ESMO na facilitação de um luto saudável, promovendo o bem-estar emocional e psicológico dos pais após a perda perinatal.

Perante esta delicada situação, tornou-se ainda mais importante, a frase de Carl Jung *“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”*. E foi isso que eu fiz, ao nível da Maria, uma alma humana a acolher outra alma humana.

Luto perinatal: perda do filho imaginado

A gravidez e a espera por um filho planeado e desejado é vivenciada com muita expectativa pelas mães e pelos pais. Frequentemente, idealizam como é que serão as suas características físicas, se o sorriso será parecido com o da mãe, se os olhos serão da cor dos do pai... Como serão os seus traços de personalidade... Mas acima de todas estas variantes de características, o que mais esperam e idealizam é que o seu filho seja perfeito e saudável.

Um filho que nasce com uma malformação ou patologia, é o oposto daquilo que foi idealizado durante a gravidez, ou até antes, quando os dois desejaram e planearam conceber um filho. Quando a criança nasce e constata algum diagnóstico não esperado, isto desperta neles um sentimento profundo de tristeza e incerteza sobre o futuro. Perante esta notícia, as mães e os pais passam por um luto resultante da perda do filho idealizado, para que sejam capazes de estabelecer vínculo afetivo com o seu filho real (Batista, 2022).

Ao longo da gravidez, a Maria sempre imaginou que a sua bebé fosse saudável. Mas após o parto, percebeu que a bebé que imaginou durante 39

semanas, não era a que havia nascido. A Mariana tinha nascido com múltiplas malformações não diagnosticadas previamente - prega nugal exacerbada, palato ogival, ausência de clitóris e sopro cardíaco. A Maria estava muito chorosa e notava-se o esforço em compreender tudo o que se tinha passado. Nos desabafos ia referindo que não percebia porque é que a sua bebé tinha malformações, disse que tinha feito todos os exames de vigilância, todos os suplementos e que nunca tinha sido detetada qualquer alteração - ... *no meu outro filho eu não fiz nada, nem ecografia, nem vitaminas e ele nasceu ótimo... desta vez que eu fiz tudo direitinho, vitaminas, ecografia, fiz translucência da nuca e estava tudo bem... não sei como é que isto foi acontecer... (sic)*. Face a estas manifestações, parece-me que a Maria está a experienciar um luto perinatal. Assim, como o objetivo de promover um luto funcional, implementaram-se as intervenções centradas no gerir o ambiente, através de atividades como providenciar quarto individual, sem puérperas/recém-nascidos próximos e possibilidade de acompanhamento 24h pela pessoa significativa.

Para além disso, implementou-se, sempre que oportuno as intervenções: presença e escuta ativa. Ao longo do turno procurou-se averiguar existência de sentimentos de culpa e ambivalência e como a mãe se está a relacionar com o bebé real. Pais de crianças com malformações congénitas podem experienciar emoções intensas e conflitantes, incluindo choque, culpa e, em alguns casos, o desejo de que o filho não tivesse sobrevivido e sentirem-se chocados/culpados com isso.. Estas reações são comuns tanto após o diagnóstico pré-natal como após o nascimento, sobretudo quando o prognóstico é grave ou as opções terapêuticas são limitadas. Estudos qualitativos revelam que muitos pais se sentem impotentes e emocionalmente sobrecarregados, lutando para aceitar a condição do filho e enfrentando sentimentos profundos de culpa (Fernández et al., 2022). Pais de crianças com cardiopatias congénitas complexas relatam uma tensão constante entre a esperança e a aceitação da realidade, acompanhada de ansiedade e medo pela vida do filho (Kershaw et al., 2018). Revisões

sistemáticas indicam ainda que a falta de apoio emocional ou de informações claras pode agravar sintomas de depressão e stress psicológico nos pais (Phipps et al., 2005). Estes achados reforçam a necessidade de intervenções de apoio, como aconselhamento psicológico, suporte emocional contínuo e informação sensível, para auxiliar os pais a lidar com a complexidade do luto e da culpa associada a malformações congénitas.

Ao longo da gravidez a Maria referiu ouvir dos profissionais de saúde que a sua bebé era saudável, e todos foram apanhados de surpresa quando ela nasceu com necessidade de assistência e foi imediatamente internada na neonatologia.

Quando estive com esta mulher, ela apresentava uma resposta emocional com muita labilidade, tristeza, raiva e até alguma descrença e culpa “...como é que pode ser possível? Os médicos sempre me disseram que estava tudo bem, a TN estava bem... eu fiz o pré-natal todo certinho, terá sido alguma coisa que eu fiz?”. A mim, como EE-ESMO e como ser-humano, coube-me sentar com ela, ouvi-la com os ouvidos da mente e do coração e tentar tranquilizá-la. Dizer-lhe que não havia nada que a M. pudesse ter feito para melhorar este desfecho, nada podia prever o que tinha acontecido. Deixei que expressasse os seus sentimentos e emoções, o choro. Providenciei conforto emocional e um espaço seguro para isso. Disse-lhe que era normal que sentisse todas as emoções que estava a sentir e incentivei-a a exprimi-las para que fosse ficando mais leve.

Ligação mãe-filha

Um dos problemas de saúde que poderia resultar desta situação é um compromisso na ligação mãe-filha. De facto, neste caso podem ser identificados vários fatores de risco, nomeadamente a separação física e as malformações, que não correspondem à imagem de filha perfeita que a Maria esperava ter.

O momento é que é dado o diagnóstico de malformação fetal é muito difícil, quer para o profissional que o transmite, quer para a família que o vai receber. Por este motivo, o modo como a informação é transmitida, desde a coerência até à forma, influencia fortemente a ligação que aquela mulher está a desenvolver com o seu bebé, exacerbando o sentimento de rejeição (Padua et al., 2020; Santos et al., 2011). *A má notícia é uma mensagem que tem potencial de destruir sonhos e esperanças, levando a pessoa a um futuro diferente* (Fonte et al., 2017).

O primeiro encontro entre a mãe e o bebé é um momento crítico para a ligação mãe-filho, uma vez que, neste momento, uma das maiores curiosidades é a aparência física do seu bebé, se é perfeito, se tem cinco dedos em cada mão, com quem é que é parecido... Quando o recém-nascido apresenta problemas de saúde, o momento que era para ser do parto de um filho desejado, cheio de expectativas, passa a ser um momento de angústia e de ansiedade (Padua, 2020). Em grande parte dos casos, após o parto, o recém-nascido é de imediato separado da mãe ficando aos cuidados do neonatologista. O papel de mãe fica em suspenso, ficando impedida de exercer a sua maternidade, dando, ao seu bebé, colo, carinho, cuidados ou mostrá-lo com orgulho àqueles que lhe são queridos. Esta separação precoce pode interferir negativamente na ligação mãe-filho (Battikha et al., 2007).

Ciente do impacto entre o nascimento de um filho com malformação congénita e a ligação mãe-filho, este foi um dos focos da minha atenção, no sentido de a promover e de detetar alterações no estabelecimento desta ligação. No entanto, a Maria sempre demonstrou interesse pela Mariana, dirigindo-lhe palavras de carinho e sempre com muita vontade de a ir ver à neonatologia e fazer tudo o que pudesse para a ajudar.

Assim, com o objetivo de promover a ligação mãe-filha, incentivou-se a realização de visitas à Neonatologia assegurando que a Maria estava o mais confortável possível face ao pós-parto por cesariana; perguntar pelo estado de saúde da Mariana e elogiar / apontar para os aspetos positivos da recém-

nascida usando as palavras da Maria; elogiar o esforço da Maria na extração do seu leite para oferecer à Maria.

Quando a mulher se depara com um diagnóstico pré-natal de malformação congénita, quebram-se todas as suas expectativas de um filho “perfeito”, provocando-lhe fortes sentimentos de ambivalência. Isto acontece porque se cria um confronto entre aquilo que era o seu bebé imaginado, saudável e que vai ganhando forma com o decorrer da gravidez, e o seu bebé real, que é o que nasce e que necessita de receber todo o investimento e cuidado materno para que atinja todo o seu potencial de desenvolvimento (Marciano, 2017). Gerar e parir um bebé com malformações, é confrontar-se com as suas próprias fragilidades, incapacidades e com a sensação de fracasso e de culpa por ter gerado um bebé imperfeito, logo ela também será uma mãe imperfeita (Baldissarella & Dell’Aglia, 2009).

Evolução da recuperação pós-parto

O puerpério consiste numa série de modificações físicas e psíquicas que ocorrem no pós-parto. Se por um lado, está a decorrer a adaptação a uma nova fase da vida - integrar no seu repertório de papéis, o papel de mãe -, por outro, o corpo da mulher está a começar a retornar ao estado pré-gravídico.

No puerpério imediato, a mulher vivencia diversas mudanças físicas, emocionais e sociais. As complicações pós-parto podem comprometer tanto a saúde quanto a qualidade de vida da puérpera e, com isso, influenciar a qualidade de vida do recém-nascido e restante família. Por isso, é fundamental que, como EE-ESMO, desenvolva um plano de cuidados que ofereça o suporte necessário à mulher-puérpera, abrangendo o autocuidado, as transformações do pós-parto e à mulher-mãe, abrangendo a promoção da mestria nas competências parentais.

Como EE-ESMO, faz parte do leque das nossas competências específicas *promover a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-*

parto e diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher no pós-parto e recém-nascido durante o período pós-natal.

Nas recomendações sobre cuidados maternos para uma experiência pós-parto positiva, a WHO (2022) preconiza que seja realizada a avaliação fisiológica da mulher. Ao longo das primeiras 24 horas após o parto, todas as puérperas devem ser avaliadas regularmente quanto à perda sanguínea, tônus uterino, involução uterina, temperatura corporal e frequência cardíaca. Imediatamente após o parto deve ser avaliada a pressão sanguínea e, se esta estiver dentro dos valores habituais da puérpera, deve ser reavaliada após 6 horas. Após as 24 horas, deve ser mantida a vigilância relativamente involução uterina e lóquios, micção e a perda involuntária de urina, eliminação intestinal, ferida/penso abdominal, cefaleia, fadiga, dor, estado das mamas e lactação.

Assim, face à avaliação da recuperação pós-parto importa recolher os dados que nos permitam compreender se o processo está a decorrer conforme o esperado ou detetar precocemente sinais de desvios à normalidade.

Parâmetros relevantes no pós-parto são a contração uterina e a involução uterina. Logo após a dequitação, o útero vai lentamente retornado ao seu estado normal e, a este processo, chama-se involução uterina. Este fenómeno vai-se dando por contração das fibras do miométrio, o que pode ser, muitas vezes, percecionado como dor tipo cólica pela mulher. Esta dor pode ser percebida durante os primeiros três dias e, geralmente, é intensificada durante a mamada devido à libertação de ocitocina, que promove as contrações uterinas, daí a dor. Logo após o parto, o fundo uterino é palpável ao nível do umbigo, e é expectável que a involução uterina ocorra a pelo menos 1 cm por dia, após as primeiras 24 horas. Avaliei a involução uterina da Maria e esta apresentava o útero bem contraído, logo abaixo da cicatriz umbilical. Este dado contribui para afirmar que está a decorrer dentro da normalidade, pois ainda estamos nas 24 horas após o parto, e é expectável que o fundo do útero seja palpável ao nível do umbigo ou ligeiramente abaixo.

Outro dado que nos importa avaliar é os lóquios, especificamente a perda sanguínea vaginal (lóquios hemáticos). Após a saída da placenta permanece uma ferida no endométrio, que se vai contraindo à medida que se dá a involução uterina. Através da perda sanguínea, podemos identificar se o processo de hemóstase uterina está a decorrer dentro da normalidade. Contudo, após os lóquios hemáticos, compostos por eritrócitos, fragmentos de decídua e restos de trofoblastos, presentes nos primeiros três dias, surgem os lóquios sero-hemáticos, que são compostos por soro, sangue envelhecido, leucócitos e restos tecidulares. Os lóquios serosos aparecem após o décimo dia e podem permanecer durante duas a três semanas. Apresentam uma cor amarelada e um aspeto mais mucoso e espesso. São essencialmente compostos por leucócitos, decídua, células epiteliais, muco, soro e bactérias. A Maria apresentava lóquios hemáticos em quantidade escassa, de cheiro *sui generis*, o que informa da normalidade da evolução deste parâmetro.

No puerpério imediato, a puérpera vai eliminando os líquidos acumulados durante a gravidez, sendo comum a eliminação de 1500 a 2500 ml de urina, nas primeiras seis horas após o parto. É esperado que, até ao quinto dia após o parto, se complete a eliminação de dois a três litros de líquidos (Burroughs, 1995). Puérperas que foram submetidas a cesariana, geralmente permanecem com a sonda vesical no pós-operatório imediato, o que pode interferir no restabelecimento de micção espontânea. Define-se como retenção urinária, a ausência de micção espontânea após as seis horas após o parto vaginal ou da remoção da sonda vesical (Zugaib, 2012). Também importa que o esvaziamento da bexiga no período pós-parto seja adequado, uma vez que a bexiga cheia pode provocar o desvio do útero da linha média, dificultando a contração uterina e, por consequência, aumentando o risco de hemorragia por atonia uterina. A Maria havia sido algaliada para a cesariana, que foi removida no final do turno da noite (7:00h). Durante a manhã, teve uma micção espontânea, sem queixas ou intercorrências.

A Maria apresentava uma ferida cirúrgica infra-abdominal resultante da cesariana. Num primeiro dia de pós-operatório é fundamental estar atento

aos sinais de hemorragia. Ao longo do turno, não foi possível visualizar a ferida que permaneceu ocluída com um penso pós-operatório limpo e seco.

Gestão da dor por ferida cirúrgica abdominal

A dor no pós-parto imediato é uma condição comum. A sua presença pode condicionar a recuperação da mulher e prejudicar a ligação afetiva com o recém-nascido, além de dificultar a lactação, a amamentação, o autocuidado e os cuidados com o recém-nascido, bem como a realização de atividades de vida diárias, como caminhar, sentar e deambular, entre outras (Santos, 2016). Alguns estudos revelam que a ocorrência de dor no período pós-parto está associada a maior risco de desenvolvimento de dor crónica e de depressão (Eisenach, 2013; Pan, 2013).

A Maria encontrava-se num pós-operatório de cesariana e referia dor de grau 3 na Escala Numérica da Dor e, como tal, identifiquei o diagnóstico Dor. Tratando-se de uma dor aguda, resultante de uma cirurgia, a intervenção implementada foi administrar medicação prescrita à Maria, com o objetivo de gerir a dor. A medicação prescrita era Ropivacaína 0.2%, 20mg, via epidural às 9:00h, e Diclofenac 75mg/2mL, via intramuscular às 13:00h.

A Ropivacaína é um anestésico local, do tipo amida, amplamente utilizado em analgesia epidural para gestão da dor no pós-operatório de cesariana (Aragão et al., 2019). Os efeitos adversos deste medicamento são muito semelhantes aos de todos os anestésicos locais quando administrados por via peridural ou subaracnóidea e são principalmente devido ao efeito do bloqueio simpático, provocando hipotensão, taquicardia, náuseas e vômitos. Outros efeitos descritos são lombalgia, tremor e retenção urinária (Whizar-Lugo, 1999). Após a administração da ropivacaína deve ser feita a vigilância da pressão sanguínea, pelo risco de hipotensão. Administrei a Ropivacaína por via epidural às 9:00h à Maria sem intercorrências e relato de alívio da dor. Este efeito era particularmente importante na Maria porque era sua vontade ir à neonatologia ver a Mariana.

O Diclofenac é um fármaco anti-inflamatório não esteroide (AINE), possuindo ação analgésica, anti-inflamatória e antipirética. Têm eficácia no pós-operatório de cesariana com efeito no alívio da dor e da inflamação. Segundo a WHO (2022), os AINE podem ser utilizados quando é necessária analgesia para o alívio da dor pós-parto. Os efeitos adversos mais frequentemente descritos são dor de cabeça, tonturas, náuseas, vômitos, diarreia, indigestão, dor abdominal, flatulência, perda de apetite, alterações da função hepática e eritema cutâneo. Conforme a prescrição, administrei o Diclofenac por via intramuscular às 13:00h, sem intercorrências. Ao longo do turno, a Maria permaneceu com nível de dor controlado e aceitável para si.

Lactação

Apesar da Mariana estar internada na neonatologia, a Maria demonstra intenção de alimentar a sua bebé com leite materno e sabe que o leite materno é o alimento mais rico nutricionalmente que pode dar à sua bebé.

Pelo facto de a Mariana estar a ser alimentada por sonda nasogástrica, não era possível oferecer o leite materno diretamente da mama, ou aleitar através de dispositivos como o copo ou biberão. A possibilidade discutida com a Maria seria extrair o leite materno com a bomba para que oferecessem à sua bebé através da sonda nasogástrica. A Maria referiu que, apesar da sua bebé estar internada na neonatologia e a ser alimentada por sonda, extrair o seu leite para ser dado à Mariana através da sonda é, não só o maior ato de amor que pode fazer por ela neste momento, mas também a única coisa que pode fazer no momento.

Sendo a sua primeira vez a extrair leite através de bomba, pois não o fez para o seu outro filho, quando questionada “*A extração do leite da mama pode ser feita com recurso a bomba de extração de leite ou manualmente. Já alguma vez ouviu falar sobre isto?*”, a Maria refere que já ouviu falar sobre o assunto, mas não sabe como o fazer. De todo o modo, revela interesse em

aprender: faz perguntas, tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito. Este conjunto de dados contribui para a identificação dos diagnósticos: Potencial para melhorar o conhecimento sobre extração, conservação e preparação do leite materno e Potencial para melhorar a capacidade para extrair leite materno. Tendo como objetivo de promover o aleitamento materno e a ligação mãe-filha, no sentido de melhorar conhecimento sobre extração do leite materno implementaram-se duas intervenções:

1) Ensinar sobre extração do leite materno

Atividades que concretizaram a intervenção:

- a. Explicar como gerir as condições favoráveis para a extração de leite materno: O ambiente físico e emocional em torno da extração de leite deverá obedecer aos mesmos princípios que para a amamentação, dado que a ação das hormonas, nomeadamente a ocitocina, e a ejeção do leite funcionam exatamente da mesma forma. Podem ser usadas estratégias como:
 - i. Usar o bebé como estímulo de bem-estar: visitar a sua bebé na neonatologia e fazer lá a extração, ou olhar para uma fotografia ou vídeo, ouvir uma gravação de som produzido pelo bebé ou cheirar uma peça de roupa;
 - ii. Relaxamento corporal: Relaxar os ombros e respirar fundo antes de começar. Para não pensar na quantidade de leite produzido/extraído, procurar encontrar fontes de distração relaxantes;
 - iii. Estratégias para reduzir o stresse: Procurar identificar os pensamentos positivos que pode usar durante a extração (exemplo, “eu sou capaz”, “eu consigo produzir o leite de que o meu bebé necessita”, etc.) e/ou realizar visualização do processo de libertação e saída do leite materno;
 - iv. Recorrer a massagem nas mamas ou aplicar calor.

- b. Explicar os princípios da extração do leite materno de modo manual e/ou com dispositivo: A extração pode ser manual (com as mãos) ou com recurso a dispositivo: neste caso, em meio hospitalar, a bomba elétrica de extração dupla. Os critérios para a decisão para cada uma destas opções dependerá do objetivo e da duração da sua utilização, sensibilidade materna e onde pensa fazê-lo.
 - i. Extração com bomba elétrica: A sua utilização é útil para manter a produção de leite, em particular as que simulam os padrões de sucção não nutritiva e nutritiva. A extração segue três etapas sequenciais:
 - 1. colocar o funil sobre a mama de modo que o mamilo fique adequadamente centrado, segurando-o com o dedo polegar e o indicador;
 - 2. escolher padrão de extração inicial - estimulação (que poderá demorar cerca de dois minutos), e, depois de o leite estar a fluir, escolher a força do vácuo de conforto máximo. O modo de extração deve ser realizado durante, no máximo, 15 a 20 minutos;
 - 3. facilitar a saída do leite realizando uma massagem da mama durante a extração.

2) Ensinar sobre conservação do leite materno

Atividades que concretizaram a intervenção:

- a. Explicar que, após a extração o leite materno extraído deverá ser entregue à enfermeira responsável por ela, para correto armazenamento e que será enviado à neonatologia sempre que os colegas de lá o solicitarem.

Trabalhar a questão da lactação com a Maria foi de extrema importância para ela, na medida em que, ao trabalhar a sua autoeficácia, e ela acreditar que estava a dar o seu melhor pela sua bebé, estive a fortalecer um fator protetor em relação à depressão pós-parto. Como fator de risco, a

Maria apresentava uma ansiedade e tristeza em relação à incerteza do prognóstico da sua bebé.

A autoeficácia, é um conceito introduzido pelo psicólogo Bandura, e refere-se à crença do indivíduo na sua capacidade de realizar uma determinada ação e alcançar um resultado específico (Bandura, 1997).

A autoeficácia é determinada por quatro fontes principais de informação: em primeiro lugar, as experiências anteriores da própria pessoa; segundo, a experiência vicariante, que ocorre quando o indivíduo observa o comportamento de outras mulheres ou homens e ajusta a sua própria crença ao comparar-se com os outros; terceiro, a persuasão social ou verbal; e, por último, os estados emocionais e fisiológicos, que refletem a sensação de força ou de vulnerabilidade sentida em cada momento (Cardoso et al., 2023).

No caso da Maria, utilizei a persuasão social e verbal, reforçando o seu desempenho com elogios e promovendo o reforço positivo, uma vez que ela demonstrava uma grande vontade de alimentar a sua bebé com o seu leite materno.

A evidência diz-nos que há uma estreita relação entre a depressão pós-parto e a autoeficácia materna para amamentar. O pós-parto é reconhecido como um período delicado na vida da mulher, não só pelas modificações físicas, mas também pelas profundas modificações emocionais e sociais que podem impactar diretamente na saúde mental e no bem-estar, contribuindo para um risco aumentado de desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos. Dentre os transtornos psiquiátricos que mais frequentemente atingem as puérperas, destaca-se a depressão pós-parto, com uma prevalência entre 13% a 19% em países desenvolvidos (Pope, 2016).

Os principais fatores que contribuem para o desenvolvimento da depressão pós-parto são: a inexistência de suporte familiar e social adequados, os antecedentes psiquiátricos da puérpera, ansiedade intensa, existência de episódios depressivos prévios, infertilidade, história de perda gestacional anterior e sentimentos negativos em relação à gravidez ou ao bebé (WHO, 2010).

A alta prevalência de depressão pós-parto entre mães de recém-nascidos internados na neonatologia é que as mães esperam que o seu bebé permaneça nos seus braços após nascer, mas a realidade de eventos incontrolláveis e a admissão na neonatologia cria uma discrepância nesse seu ideal (Adams, 2015; Banker, 2015). As mães de recém-nascidos na neonatologia têm stressores adicionais, como a separação física do seu bebé e incerteza de qual será o desfecho. A incerteza aumenta ainda os níveis de stress e ansiedade da mãe, o que pode levar à depressão pós-parto (Adams, 2015; Banker, 2015).

Geralmente, as mães que extraem leite materno possuem uma maior percepção de controlo (Flaherman et al., 2016). Esta maior sensação de autocontrolo pode ser especialmente importante para mães de bebés internados na neonatologia, minimizando a discrepância entre eventos controláveis e incontrolláveis. A extração do leite materno pode ajudar a mãe a sentir que está a participar ativamente nos cuidados ao seu bebé internado na neonatologia, tendo assim algum controlo sobre uma situação aparentemente incontrollável para si. Posto isto, aleitar com leite materno extraído, tem então o potencial de diminuir a prevalência de depressão pós-parto (Hollen, 2019). O estudo de Hollen (2019), investigou a relação entre a prática de extração de leite materno e a saúde mental de mães com bebés internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). A pesquisa incluiu 32 mães de bebés admitidos numa UCIN de nível III entre fevereiro e julho de 2017. As participantes foram avaliadas quanto à depressão pós-parto utilizando a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) e questionadas sobre a prática de extração de leite materno. Este estudo concluiu que as mães que não extraíam leite materno apresentaram uma probabilidade significativamente maior de ter pontuações na EPDS indicativas de depressão pós-parto. Estes resultados sugerem que a prática de extração de leite materno pode estar associada a uma redução significativa na probabilidade de depressão pós-parto entre as mães de bebés internados na UCIN. Embora o estudo tenha uma amostra pequena e um intervalo de

confiança amplo, os achados indicam a viabilidade de investigações futuras sobre os benefícios da extração de leite materno para a saúde mental materna.

Como EE-ESMO, temos não só a competência, mas também o lugar privilegiado, ao lado da mulher, que nos permite detetar precocemente as situações de risco para a saúde mental da mulher no período pós-parto, tendo nós também a responsabilidade profissional de atuar para prevenir possíveis disfuncionalidades que daí possam advir.

No caso da Maria em concreto, a intervenção visa a promoção da extração de leite materno e a autoeficácia materna para o fazer, no sentido não só de oferecer à Mariana o melhor alimento que ela poderia ter, contribuindo assim, de algum modo, na prevenção a depressão pós-parto e promovendo a adaptação à parentalidade.

3. CUIDAR A MULHER EM TRABALHO DE PARTO

4.1. Contextualização do estágio

O estágio de bloco de partos decorreu entre fevereiro e julho de 2025, no serviço de obstetrícia e ginecologia de um hospital na zona Norte do país, sob orientação de uma EE-ESMO. Decorreu ao longo de um total de 500 horas de contacto presencial, as quais se mostraram fundamentais para o desenvolvimento de competências, comuns e específicas de EE-ESMO.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, para a obtenção do título de enfermeiro especialista, é fundamental que “para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (p. 4744). Na descrição deste caso será evidente as competências comuns desenvolvidas, nomeadamente no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, especificamente ao “demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” (p. 4746) sendo que esta competência “assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (p. 4746). Também ao demonstrar uma “prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes” (p. 4746) foi possível desenvolver a competência “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p. 4746).

Neste contexto de estágio em específico, importa relembrar que o Regulamento n.º 391/2019, diz que faz parte das competências específicas do EE-ESMO cuidar “a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de

otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina” (p. 13562). De facto, ao longo do estágio em contexto de sala de partos, destaca-se a importância de criarmos um espaço seguro e de intimidade, dominando não só a mais atual evidência científica e a sua integração na prática clínica, mas também a componente humana e empática, trazendo para a sala de partos um ambiente em que a mulher e a sua pessoa significativa possam relaxar e entregar-se ao processo.

O bloco de partos do hospital em questão conta com uma zona de trabalho para os EE-ESMO, cinco salas de partos, cada uma delas bem equipada com dispositivos para favorecer e facilitar a evolução natural do trabalho de parto, tais como bolas de parto, bolas de amendoim, banco de partos, CUB® e, mais recentemente, cadeiras de parto com suspensão em duas salas. Também existe televisão em todas elas, a qual na maior parte das vezes foi utilizada para colocar música durante o trabalho de parto. Uma das salas de parto conta ainda com piscina para imersão durante o trabalho de parto. Infelizmente, durante o período de estágio não tive a oportunidade de acompanhar nenhum trabalho de parto em que fosse utilizada a piscina de imersão. Para além disso, todas têm uma cama, uma mesa de cabeceira, um cadeirão e uma unidade do recém-nascido com aquecimento e aspiração. Como fatores negativos, podemos destacar o facto de nem todos os quartos terem luz natural, apenas três quartos contam com janela para o exterior, o que é um elemento importante para a grande maioria das mulheres em trabalho de parto e respetivas pessoas significativas. Também o facto de não existir quarto de banho privado em todos os quartos é um fator negativo, uma vez que só existe um para as cinco unidades, ficando as mulheres impedidas de o utilizar para hidroterapia com o chuveiro, se este já estiver a ser utilizado por outra mulher.

No bloco de partos são recebidas mulheres em trabalho de parto espontâneo, indução do trabalho de parto, para cesariana eletiva e interrupção médica da gravidez. A partir do momento em que uma mulher entra no bloco de partos, é-lhe permitida a permanência de uma pessoa

significativa permanentemente até à data da alta. Isto vai de encontro às Recomendações da Organização Mundial de Saúde para uma Experiência Positiva de Parto (2018) que recomenda a presença de um acompanhante à escolha da mulher ao longo do trabalho de parto e parto. De facto, a evidência mostra que as mulheres em trabalho de parto beneficiam em ter um acompanhante durante o trabalho de parto, sendo eles, na maioria das vezes, o seu companheiro ou a sua mãe (Bohren et al., 2024; Medeiros, 2016). Esta evidência vai ao encontro daquilo que observei na prática clínica, sendo, de facto, o companheiro ou a mãe a pessoa significativa presente ao lado da mulher durante o trabalho de parto. Considerando a importância da experiência vivida neste momento do trabalho de parto e o impacto que terá a longo prazo na vida desta mulher, o acompanhante tem um papel fulcral ao oferecer um apoio seguro e de confiança nas componentes física e emocional, fazendo com que a mulher se sinta mais segura e consequentemente mais entregue ao processo (Perdomini & Bonilha, 2019). Como tal, torna-se fundamental incluir esta pessoa significativa como parte do plano de cuidados, envolvendo-o no processo de trabalho de parto, fazendo com que se sinta uma personagem ativa e capaz naquele que é um dos momentos mais marcantes da vida daquele casal.

A equipa da sala de partos é constituída unicamente por EE-ESMO. A Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), no parecer n.º 43/2019, define como rácio para a assistência intraparto de 1:2 no 1.º estadio do trabalho de parto e de 1:1 no 2.º estadio. Já no 3.º e 4.º estádios do trabalho de parto a responsabilidade da assistência é do EE-ESMO envolvido no 2.º estadio e na indução do trabalho de parto é considerado o rácio 1:3. No hospital em questão, o bloco de partos é assegurado exclusivamente por EE-ESMO, sendo que estão sempre presentes três especialistas para as cinco salas de parto.

Durante o período de estágio em bloco de partos tive o privilégio de acompanhar 46 mulheres em trabalho de parto e as pessoas significativas por elas escolhidas para partilhar aquele que é o momento em que estão não só

na sua maior força, mas também na sua maior vulnerabilidade. Destas experiências, 42 culminaram em parto eutócico e 4 em parto distócico por ventosa. Cada cliente, com a sua singularidade, crenças e necessidades próprias, foi um encontro único que me proporcionou valiosas aprendizagens. Com eles, aprimorei não apenas competências técnicas e especializadas, mas também capacidades humanas e uma sensibilidade espiritual que enriquecem profundamente a minha prática profissional. Considero que há ainda um longo caminho de humanização dos cuidados a percorrer, ainda se vê profissionais de saúde de diferentes classes a exercer práticas desrespeitosas, pouco dignas e pouco humanas. Lembro-me que uma situação que me provocava muito desconforto era a forma como tocavam na região genital, nomeadamente na vagina da mulher em trabalho de parto, com pouco cuidado, pouco respeito, como se de um ser humano não se tratasse. Num momento de tão grande vulnerabilidade para as mulheres, é fundamental que haja um olhar sensível, humano e espiritual. Uma das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) é que sejam prestados cuidados respeitadores, com dignidade, privacidade e confidencialidade, assegurando a ausência de danos e maus-tratos e possibilitando a escolha informada e o apoio contínuo durante todo o trabalho de parto (WHO, 2018).

A OMS lançou, em 2018, uma série de recomendações para uma experiência positiva de parto. Essas recomendações para a assistência intraparto enfatizam a importância de uma abordagem centrada na mulher, que una a segurança clínica e o respeito pela individualidade. Ao adotarmos uma prática baseada nestes princípios, estamos não só a prevenir complicações, mas também a promover uma experiência de parto positiva, entendida como aquela que respeita as preferências, crenças e necessidades individuais da parturiente, garantindo-lhe suporte contínuo e dignidade. Ora, a OMS reconhece que devem ser privilegiados modelos de continuidade de cuidados liderados por EE-ESMO, sendo que um EE-ESMO ou um pequeno grupo de EE-ESMO acompanha em continuidade a mulher ao longo do seu ciclo gravídico-

puerperal, durante todo o período pré-parto, intraparto e pós-parto (WHO, 2024).

Ao longo da minha experiência neste contexto de estágio, a presença de uma pessoa significativa, a liberdade de movimentos e a alternância de posições durante o trabalho de parto e a utilização de métodos não farmacológicos para lidar com a dor mostraram-se estratégias eficazes para aumentar o conforto, reduzir a ansiedade e favorecer o parto fisiológico. A flexibilização na avaliação do progresso do parto, evitando protocolos rígidos, permitiu respeitar o ritmo fisiológico e reduzir intervenções desnecessárias.

O contacto pele com pele imediata após o nascimento revelou-se determinante para o vínculo mãe-bebé, para a estabilidade fisiológica do recém-nascido e para o início precoce e eficaz da amamentação. Estas práticas, alinhadas às orientações da OMS, reforçam que a assistência ao parto deve integrar conhecimento científico e sensibilidade humana e espiritual, reconhecendo que cada parto é uma experiência única e irrepetível na vida daquela mulher/casal e que irá perdurar ao longo dos anos (WHO, 2018). No meu contexto de estágio, todos os bebés que assisti a nascer, foram de imediato para o peito da mãe, tendo lá permanecido durante praticamente todo o tempo em que se encontravam no bloco de partos. Vi, na maioria dos casos, que há muita pressão para prestar os primeiros cuidados ao recém-nascido como os dados biométricos e a administração de vitamina K. Pela minha experiência, isto deve-se ao facto de, para ser possível realizar os registos médicos e de enfermagem em sistema informático, é necessário introduzir dados como o peso, índice de APGAR, entre outros menos relevantes. O que acontece, então, é que há a interrupção da Golden Hour, para que se possa fazer a recolha destes dados. Interferir neste momento, pode comprometer a adaptação à vida extrauterina, a ativação dos comportamentos para mamar e o imprinting. Nos casos em que eram da minha responsabilidade os primeiros cuidados ao recém-nascido, optei por adiar a medição dos dados biométricos para o mais tarde possível, permitindo que se desse todo este processo que acontece durante a primeira hora, tal como está

recomendado na técnica de contacto pele com pele. Também a administração da vitamina K foi realizada durante a amamentação e em contacto pele com pele, como forma de aliviar a dor no recém-nascido. A Golden Hour, ou Hora de Ouro, é o momento único e especial do primeiro contacto entre o recém-nascido e a mãe, após os nove meses de espera. Carregado de emoção, fortalece o vínculo afetivo e traz inúmeros benefícios comprovados para a mãe e para o recém-nascido. Este contacto imediato pode acontecer tanto em partos eutócicos como distócicos, permitindo que o bebé sinta segurança, calor e acolhimento desde os primeiros momentos de vida. Para além disto, promove também a estabilidade hemodinâmica do recém-nascido, diminuindo o stress e estabilizando os seus níveis de glicemia. Apenas em situações em que o recém-nascido necessite de cuidados médicos urgentes é que este momento deve ser temporariamente interrompido (Cruz et al., 2007).

Assim, ao termos como guia orientador as recomendações da OMS (WHO, 2018) estamos a contribuir para a humanização do trabalho de parto, com impacto positivo não apenas nos resultados clínicos, mas também na memória emocional que a mulher/casal constrói desse momento, influenciando a sua saúde física e psicológica a longo prazo.

Para mim, o trabalho de parto é muito mais do que um processo mecânico. Trata-se de um acontecimento profundamente enraizado nas esferas neurobiológica, psicológica e social. É um momento único e irrepetível em que mãe e filho se encontram (finalmente) pela primeira vez, e tudo o que acontece desde o início da gravidez com o corpo da mãe e do bebé, os prepara para esse momento, para que se possam encontrar e reconhecer nas mais perfeitas condições. Todo o cocktail hormonal que se instala ao longo do final da gravidez e início do trabalho de parto, e ao longo do mesmo, é perfeito. E, durante o trabalho de parto, toda a reação hormonal tem uma origem emocional. Como tal, para que a mulher, o seu corpo e o seu bebé estejam em simbiose e conexão perfeitas durante o trabalho de parto e parto, temos de assegurar que oferecemos as melhores condições físicas e emocionais, de suporte e presença, para que esta mulher se sinta segura,

cuidada e capaz de parir o seu filho, ativando toda a cascata hormonal para que tal aconteça. Tudo isto é explicado pela perspetiva neuro-psico-social do trabalho de parto, segundo Ibone Olza e colaboradores (2020).

Olza e colaboradores (2020), defendem que a ocitocina, para além de coordenar as contrações uterinas e facilitar o processo fisiológico de trabalho de parto, desempenha papel determinante na construção emocional e psicológica da experiência de dar à luz.

A ocitocina, conhecida como “hormona do amor”, tem uma função de mediadora entre corpo e mente. Ao longo do processo de trabalho de parto e parto, promove uma analgesia natural, reduz o stresse, proporciona uma sensação de confiança e entrega e favorece a sensação de um estado alterado de consciência descrito por muitas mulheres. Este estado alterado de consciência, segundo Olza e colaboradores (2020), não deve ser visto como algo anormal ou patológico, mas sim como uma adaptação que otimiza a transição para a maternidade. Existem outros estudos que confirmam esta perspetiva, demonstrando que os principais efeitos da ocitocina incluem a promoção de vínculos afetivos, comportamentos pró-sociais e um sentimento profundo de conexão (Feldman, 2017; Uvnäs-Moberg et al., 2015;).

No entanto, este processo neuroendócrino é profundamente sensível ao ambiente. O stresse, a ansiedade e a perceção de insegurança podem ativar o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, inibindo a ação da ocitocina, e dificultando tanto o progresso fisiológico do trabalho de parto como o bem-estar psicológico materno (Buckley, 2015). Por este motivo, é fundamental o suporte contínuo e individualizado (Olza et al., 2020), não só como estratégia que proporciona conforto físico, mas principalmente porque potencializa os efeitos benéficos da ocitocina e protege a mulher neste que é um dos momentos mais vulneráveis e marcantes da sua vida.

Através deste olhar, o trabalho de parto pode ser compreendido como um acontecimento transformador, onde fatores biológicos, emocionais e sociais se entrelaçam numa experiência única, irrepetível e que terá forte influência ao longo da vida daquela mulher. Mais do que um evento médico, trata-se de um

rito de passagem marcado por intensa plasticidade neuropsicológica. Reconhecer o parto como um evento neuro-psico-social implica repensar as nossas práticas assistenciais, promovendo ambientes de cuidado mais respeitadores, humanizados e à luz da evidência científica mais atual. Como EE-ESMO, temos um papel fundamental e privilegiado no que diz respeito ao acompanhamento da mulher em trabalho de parto, podendo mesmo, através da nossa intervenção, influenciar e mudar o rumo de uma experiência de parto ao encontro de um momento positivo e prazeroso para aquela família que ali nasce.

Do ponto de vista científico, o trabalho de parto consiste num conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à contratilidade uterina regular, ao apagamento e dilatação do colo do útero, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior (Graça, 2018). De uma forma genérica, o trabalho de parto pode ser dividido em três estadios distintos: primeiro estadio, ou dilatação, segundo estadio, ou expulsivo e terceiro estadio, ou dequitação.

Segundo a ACOG (2024), o primeiro estadio do trabalho de parto, ou dilatação, é definido como o intervalo entre o início do trabalho de parto e a dilatação cervical completa (10 cm). Como início do trabalho de parto entende-se a presença de contratilidade regular e dolorosa que resulta em alteração do colo do útero, como o apagamento e/ou dilatação. O primeiro estadio divide-se em duas fases, latente e ativa. Enquanto a fase latente se caracteriza pela perceção de contratilidade uterina regular e dilatação cervical gradual e lenta, permitindo à mulher manter um comportamento social ativo e interativo, a fase ativa torna-se mais desafiante, com contrações uterinas mais intensas e frequentes que levam à dilatação e extinção mais rápida do colo uterino. Nesta fase, a mulher torna-se mais introspetiva e centrada nela própria, entrando, por vezes, num estado alterado de consciência, que lhe permite desligar o neocórtex, ativando os seus comportamentos instintivos e intensificando a cascata hormonal necessária para que o trabalho de parto se desenvolva fisiologicamente.

Durante esta fase do trabalho de parto, muitas mulheres sentem a necessidade de ter alguém próximo que lhes ofereça acolhimento físico e serenidade emocional. A presença do acompanhante, seja através de um toque de apoio ou de palavras de empoderamento, pode fortalecer a confiança da parturiente na sua própria capacidade de parir. Esse cuidado próximo ajuda não somente a reduzir o stresse e a dor, mas também favorece a libertação de ocitocina endógena, essencial para o processo do trabalho de parto. De forma intuitiva, a mulher procura proximidade, presença e calma, recursos simples, mas profundamente significativos, que contribuem para manter o equilíbrio entre os sistemas do stresse e da ocitocina ao longo do parto. Durante o trabalho de parto, o cérebro da mulher é constantemente informado por dois circuitos que transportam sinais do útero. O primeiro é o sistema da ocitocina, que estimula a libertação dessa hormona e aumenta a atividade parassimpática, promovendo calma, confiança e a continuidade natural das contrações. O segundo circuito é composto pelas fibras sensoriais ligadas à percepção da dor, que ativam o sistema simpático e desencadeiam respostas de stresse. Esses dois sistemas coexistem em permanente diálogo, e o modo como se equilibram influencia quer a fisiologia do parto, quer a forma como a mulher vivencia essa experiência, isto é entre a sensação de segurança e entrega, e a experiência de tensão (Uvnäs-Moberg et al., 2019).

Ao longo do meu estágio no bloco de partos foi facilmente perceptível que as mulheres tendem a recorrer aos serviços de urgência ainda numa fase muito precoce do trabalho de parto (fase latente), sendo que a maior dificuldade que têm em casa é lidar com a dor. Perante isto, penso que há um longo caminho que nós, EE-ESMO, podemos e devemos percorrer no sentido não só de capacitar estas mulheres, com segurança, para permanecerem no seu lar, no seu “ninho”, durante a fase latente do trabalho de parto, mas também no sentido de as podermos acompanhar em casa durante a fase latente, transmitindo segurança e conforto através da vigilância materna e fetal e estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto. Isto seria uma mais-valia não só para as mulheres em trabalho de parto, mas também para o

Serviço Nacional de Saúde, uma vez que as mulheres recorreriam mais tarde aos serviços de saúde e permaneceriam menos tempo internadas durante o trabalho de parto.

O segundo estadio do trabalho de parto, ou expulsivo, inicia-se com a dilatação completa e termina na expulsão completa do feto. Também este estadio se divide em duas fases: fase passiva, em que já existe dilatação completa, mas não há esforços expulsivos espontâneos, e fase ativa, em que surge o reflexo de Ferguson, e a mulher tem vontade de realizar esforços expulsivos. Nesta fase do trabalho de parto, para além do suporte contínuo, é fundamental a promoção do trabalho de parto fisiológico através da implementação de estratégias facilitadoras da progressão do trabalho de parto, como a verticalidade, mobilidade e liberdade da pelve, seja através da utilização de dispositivos ou não. No contexto de estágio onde estive e na minha prática clínica, frequentemente foram utilizados os dispositivos facilitadores da progressão do trabalho de parto, como a bola de parto, a bola de amendoim, o banco de parto e o banco de parto com suspensão. Na maior parte das mulheres/casais que tive o privilégio de acompanhar, estes dispositivos foram bem aceites e, as que os utilizaram relataram uma sensação de satisfação e protagonismo na sua experiência de trabalho de parto, tendo sido esta bastante marcante de forma positiva. No contexto de estágio onde desenvolvi a minha prática clínica observam-se diferentes estilos de assistência à mulher em trabalho de parto pelas EE-ESMO, variando no nível de intervenção e investimento nas estratégias de promoção da progressão do trabalho de parto. Tanto vemos EE-ESMO que investem e trabalham com a mulher/casal o conhecimento sobre as vantagens da utilização das estratégias de promoção da progressão favorável do trabalho de parto e a capacitação para a sua utilização, como há outras que não fazem o mínimo investimento. Na minha visão, isto acontece porque algumas EE-ESMO não se sentem seguras ou confortáveis que as mulheres estejam em movimento, uma vez que pode dificultar a monitorização fetal contínua.

Em relação ao terceiro estadio do trabalho de parto, este decorre desde a expulsão fetal completa até à expulsão da placenta. Relativamente a este ponto, dá-se tempo para que a dequitação se realize de forma natural e espontânea, o que aconteceu na maior parte dos casos, sendo que nos 42 partos eutócicos que assisti, só dois deles necessitaram de gestão ativa da dequitação. A gestão ativa do 3.º estadio do trabalho de parto consiste em intervenções planeadas para facilitar a expulsão da placenta, aumentando as contrações uterinas e para prevenir a hemorragia pós-parto primária ao evitar a atonia uterina. Os componentes habituais incluem a administração de agentes uterotónicos, tração controlada do cordão, juntamente com uma contrapressão no útero, e massagem uterina após a expulsão da placenta (Begley et al., 2019; WHO, 2018).

O trabalho de parto é um momento único e profundamente significativo na vida de uma mulher, marcado por emoções intensas e pela presença da dor, que surge como parte integrante do mesmo. Esta dor, apesar de desafiante, desempenha um papel importante no processo e pode ser compreendida como uma aliada na ativação dos mecanismos fisiológicos naturais do corpo. Para que a mulher se sinta apoiada e mais confiante, é essencial que ela, a pessoa significativa e os EE-ESMO compreendam os mecanismos psiconeuroendócrinos que estão na base da dor do trabalho de parto, reconhecendo a sua utilidade e o seu contributo para a vivência desse momento (Bonapace et al., 2018). Atualmente, assistimos a uma mudança de paradigma em que passamos de olhar para a dor como algo patológico, negativo, que provoca sofrimento e que temos de aliviá-la a todo o custo, para um olhar de aceitação, integração e rendição. A dor faz parte do trabalho de parto e, ao ajudarmos aquela mulher a compreender a sua função e a render-se a ela durante o seu trabalho de parto, estamos a contribuir para a ativação dos mecanismos fisiológicos da dor, favorecendo a produção de substâncias opioides endógenas e, assim, promovendo uma experiência mais positiva de trabalho de parto. Esta compreensão é trabalhada ao longo da gravidez através dos programas de preparação para o parto, onde são trabalhados os significados, conhecimentos

e capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto, através de diversas estratégias, tais como liberdade de movimentos, utilização de dispositivos, aplicação de calor, massagem, hidroterapia e todas aquelas estratégias que, em outros momentos de dor, tenham funcionado para aquela mulher em específico e que possam ser reproduzidos durante o trabalho de parto e parto. O EE-ESMO na sala de parto, tem um papel central na promoção do conhecimento e capacitação das parturientes, no sentido não só de relembrar aquilo que foi sendo falado ao longo da gravidez na preparação para o parto, mas também proporcionar à mulher a possibilidade de experimentar as diversas estratégias disponíveis de forma que esta compreenda qual aquela que melhor pode funcionar para si naquele momento. Enquanto aprendiz neste contexto de estágio, estive com as parturientes, e a sua pessoa significativa, a explorar quais os dispositivos ou estratégias que lhes faria sentido experimentar, de forma a trazer o maior conforto possível e a promover nesta mulher a capacidade de lidar com a dor, e não somente a aliviar a dor, proporcionando, em última instância, uma experiência de parto mais significativa, prazerosa e empoderadora.

Em contexto de sala de partos, selecionei dois casos clínicos que se revelaram particularmente significativos para a minha aprendizagem, por evidenciarem diversas das competências desenvolvidas no âmbito dos cuidados especializados à mulher em trabalho de parto.

3.1.1. Caso clínico: “Rendição”

A Joana (nome fictício), de 38 anos, à espera do seu primeiro filho. Grávida de 39 semanas e 1 dia. Grupo de sangue ORh Positivo, Streptococcus do grupo B desconhecido, por recusa da própria. Sem antecedentes de complicação de saúde relevantes. A gravidez foi acompanhada noutra centro hospitalar do norte do país, contudo decidiu que queria parir a sua bebé no hospital onde eu estava a realizar o meu estágio de bloco de partos, tendo dado entrada no

bloco de partos em abril, com 39 semanas e 1 dia de gestação para indução do trabalho de parto, por se ter diagnosticado um Índice de Pulsatilidade (IP) das artérias uterinas aumentado. Veio acompanhada pelo marido, Luís (nome fictício).

A Joana e o Luís deram entrada no bloco de partos no turno da manhã. A admissão às grávidas internadas para indução é realizada pelo médico obstetra, sendo realizado exame vaginal e ecografia para determinação do Índice de Bishop (IB). O IB é uma ferramenta utilizada para tomada de decisão em relação ao tipo de indução de trabalho de parto utilizada e apresenta um score baseado em quatro parâmetros: dilatação do colo do útero (cm), apagamento (%), consistência, posição do colo e descida da apresentação (planos de De Lee). Cada parâmetro pode ser avaliado com entre 0 e 3 pontos. Se o score do IB for <6 , estamos perante um “colo desfavorável” e procede-se a técnicas de maturação cervical. Quando após a maturação cervical se obtém um IB ≥ 6 , o processo deve ser interrompido e iniciar-se a indução do trabalho de parto (SPOMMF, 2022).

No caso da Joana, esta apresentava um colo inteiro e fechado, de consistência dura, posicionado posteriormente e a apresentação alta, acima do plano -3 de De Lee. Como tal, tinha um IB < 6 e por isso, foi iniciada a maturação cervical. A maturação de um colo uterino desfavorável, pode ser feita recorrendo a métodos farmacológicos (prostaglandina E1 - PGE1 ou prostaglandina E2 - PGE2) ou mecânicos (sonda de Foley e dilatadores higroscópicos). No meu contexto de estágio, os métodos mais frequentemente utilizados para maturação cervical são o misoprostol e a dinoprostona como métodos farmacológicos, e a sonda de Foley como método mecânico. No caso da Joana, a equipa médica que fez a admissão optou por iniciar a maturação cervical com o dispositivo de dinoprostona 10 mg de libertação prolongada (Propess®). A dinoprostona é um análogo da prostaglandina PGE2 endógena, sendo utilizada para maturação cervical, promovendo alterações do colo do útero e tendo um efeito inconsistente sobre a contratilidade uterina. O dispositivo de libertação prolongada de dinoprostona permite uma libertação

lenta e contínua do princípio ativo, ao longo de 24 horas, sendo facilmente possível a sua remoção, se tal for necessário. Comparando com outros métodos de maturação cervical farmacológicos, o dispositivo de libertação prolongada de dinoprostona é o método mais eficaz, tendo em conta os desfechos de parto em 24 horas, intervalo de tempo administração-parto e risco de cesariana. A aplicação do dispositivo de libertação prolongada de dinoprostona pressupõe a realização prévia de um traçado CTG com critérios de normalidade, e a monitorização CTG durante uma hora após a aplicação do dispositivo e sempre que existir contratilidade uterina dolorosa regular. Em termos práticos, o dispositivo deve ser aplicado transversalmente no fundo de saco vaginal posterior, e pode ser mantido até 24 horas após a sua aplicação, salvo se existir taquissístolia com alterações de frequência cardíaca fetal (FCF), fase ativa trabalho de parto ou CTG patológico (SPOMMF, 2022).

Ao chegar ao quarto da Joana e do Luís, sentei-me com eles e comecei por analisar em conjunto o plano de parto que tinham realizado durante a gravidez. A Joana contou que inicialmente tinham optado por ter a sua bebé em outro hospital do Norte do país, mas, ao levar o plano de parto para discutir com a obstetra assistente, foi muito mal recebido e rasgado à sua frente. Por este motivo, a Joana e o seu companheiro Luís, optaram por ter a sua bebé no hospital onde realizei o meu estágio. De acordo com os PQCEESMO (2021), o plano de parto representa um momento de preparação e reflexão da mulher, realizado em conjunto com a sua pessoa significativa, onde pode expressar os seus valores, crenças, desejos e expectativas em relação à forma como gostaria de viver o seu trabalho de parto. Esse plano traduz-se numa forma de dar voz às suas escolhas e pode ser registado por escrito ou simplesmente partilhado de forma verbal. Através da reflexão conjunta sobre o plano para o seu parto, entre grávida, a pessoa que a acompanhará, e o EE-ESMO surge a oportunidade de partilhar o que consideram mais importante em cada escolha. Este momento de diálogo favorece a compreensão mútua, permite alinhar expectativas e fortalece a comunicação, criando um ambiente de maior confiança e proximidade para a

vivência do trabalho de parto (Cardoso et al., 2023). Ao analisarmos em conjunto o plano de parto, foi possível perceber que a Joana procurava ter um trabalho de parto o mais natural e fisiológico possível e com a possibilidade de utilização de estratégias naturais para lidar com a dor, tais como massagem, liberdade de movimentos, utilização de dispositivos e utilização do chuveiro de água quente. A Joana atribuía um significado positivo às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor do trabalho de parto, compreendia que a dor do trabalho de parto tinha um propósito e que era possível lidar com ela de forma positiva e, dessa forma, favorecer a fisiologia do trabalho de parto. Concluí que o significado atribuído à dor de trabalho de parto era facilitador.

Perante esta visão fisiológica do trabalho de parto que a Joana apresentava tentei perceber como era para ela, estar a ser sujeita a uma indução do trabalho de parto, de forma a perceber qual o significado que ela lhe atribuía. A Joana referiu que apesar de não estar, de todo, nos seus planos que o seu trabalho de parto fosse induzido, compreendeu que perante os achados ecográficos, tenha sido o método mais seguro, para garantir que a sua bebé nascesse de uma forma mais breve, prevenindo que houvesse um aumento do risco associado ao aumento do índice de pulsatilidade das artérias uterinas .

O estudo do índice de pulsatilidade das artérias uterinas, através da ecografia obstétrica com fluxometria, constitui um marcador importante da perfusão uteroplacentária. Valores persistentemente elevados de pulsatilidade das artérias uterinas, sobretudo acima do percentil 90 para a idade gestacional, refletem uma resistência aumentada ao fluxo sanguíneo uterino, indicando uma adaptação subótima da circulação útero-placentária. Esta alteração está fortemente associada a um risco acrescido de complicações maternas e fetais. Entre os riscos mais consistentemente descritos encontram-se a PE, a restrição do crescimento intrauterino (RCIU), a prematuridade iatrogénica e, em situações mais graves, a morte perinatal (Akolekar et al., 2013).

Em termos maternos, a persistência de um IP uterino elevado, sobretudo no segundo e terceiro trimestres, associa-se a um risco aumentado de PE, o que pode implicar consequências significativas para a saúde da grávida, como hipertensão severa, disfunção multiorgânica e risco acrescido de parto pré-termo (Akolekar et al., 2013). No que diz respeito ao feto, o aumento do IP da artéria uterina está frequentemente associado a RCIU, que por sua vez se relaciona com uma maior morbimortalidade perinatal e possíveis repercussões no desenvolvimento a longo prazo, incluindo morte fetal intrauterina.

Face a estes achados, a deteção de um IP uterino aumentado deve motivar uma vigilância obstétrica mais intensiva, incluindo ecografias obstétricas mais frequentes, avaliação doppler do cordão umbilical e monitorização do bem-estar fetal.

Estando consciente dos possíveis riscos que poderiam advir da decisão de prolongar a gravidez com a presença deste achado ecográfico, a Joana estava pacificada com a opção de indução do trabalho de parto, apresentando assim um significado facilitador associado ao mesmo. Após esta visão e identificação das crenças associadas, foi então colocado o Propess®, pelas 11:00 horas.

A indução do trabalho de parto foi decorrendo dentro dos padrões de normalidade, sendo que o traçado CTG apresentava sinais de bem-estar fetal e ausência de contratilidade uterina.

Um dos factos que observei várias vezes durante o meu tempo de estágio em bloco de partos é que há uma grande resistência por parte dos profissionais de saúde, tanto médicos como enfermeiros, em permitir às parturientes que se alimentem durante a indução do trabalho de parto ou durante o trabalho de parto.

Durante o trabalho de parto, a prática de restringir a ingestão de alimentos tem sido amplamente utilizada, com o objetivo de prevenir complicações como a aspiração de conteúdo gástrico durante anestesia geral (Cochrane, 2010). No entanto, evidências recentes sugerem que essa abordagem pode não ser necessária para mulheres de baixo risco, que não era o caso da Joana. Contudo, a Joana não estava em trabalho de parto.

Uma revisão sistemática da Cochrane (2010), incluindo cinco estudos com 3130 mulheres, concluiu que não há evidências suficientes para apoiar a restrição de alimentos e líquidos em mulheres de baixo risco durante o trabalho de parto. Além disso, um RCT recente, realizado em mulheres com gravidez de baixo risco, indicou que a ingestão de alimentos durante o trabalho de parto não está associada a complicações adversas, como aspiração ou necessidade de anestesia geral (Maor et. Al., 2024). A evidência sugere que permitir a ingestão de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto pode melhorar o conforto e a satisfação da mulher, sem aumentar o risco de complicações. Portanto, é recomendável que as políticas hospitalares sejam revistas para permitir maior autonomia às parturientes, especialmente as de baixo risco.

Neste caso em específico, a Joana alimentou-se de sopa e fruta ao almoço o que, segundo a própria, contribuiu para o seu conforto e bem-estar.

Por volta das 14:00 horas, o traçado CTG começou a apresentar alguma contratilidade irregular, sempre apresentando sinais de bem-estar fetal. Por volta das 15:00 horas, no traçado cardiotocográfico começou a surgir desacelerações tardias. Existem estudos que indicam que a utilização do dispositivo de libertação prolongada de dinoprostona pode provocar episódios de hiperestimulação uterina, caracterizados por contrações prolongadas e/ou frequentes, o que pode comprometer a perfusão placentária e, consequentemente, afetar a frequência cardíaca fetal (Karcaaltincaba, 2009).

No contexto do traçado CTG, as desacelerações podem ser classificadas em diferentes tipos, consoante a sua origem e a relação com as contrações uterinas. As desacelerações precoces estão associadas à compressão da cabeça fetal durante as contrações e são geralmente consideradas benignas. Por sua vez, as desacelerações tardias iniciam-se após o pico da contração uterina e podem indicar comprometimento da oxigenação fetal, representando um possível sinal de sofrimento fetal. Por fim, as desacelerações variáveis não se encontram sincronizadas com as contrações uterinas e resultam, habitualmente, da compressão do cordão umbilical,

podendo apresentar formas e intensidades variadas ao longo do trabalho de parto.

A presença de desacelerações tardias ou variáveis no CTG durante a utilização do dispositivo de libertação prolongada de dinoprostona pode sugerir hipoxia fetal ou hipoperfusão placentária, exigindo monitorização rigorosa e, possivelmente, intervenção clínica (Karcaaltincaba, 2009). Neste caso, foi comunicado ao médico obstetra o desvio da normalidade que se estava a apresentar e, perante isto, foi decidida a remoção do dispositivo e discutida a possibilidade de cesariana com a Joana e o Luís.

Neste momento, é de extrema importância referir que, numa das vezes em que entrei na sala de parto, apercebi-me que a Joana tinha montado uma espécie de altar, onde tinha vários elementos importantes para si, tais como amuletos, fotos e objetos com significados importantes que, para ela, fazia todo o sentido que estivessem presentes naquele momento da sua vida. Perante isto, foi possível perceber que a Joana era uma pessoa profundamente espiritual, conectada ao seu corpo, às suas emoções, à sua ancestralidade e, perceber isto, sendo eu também uma pessoa profundamente espiritual, foi a chave do que se passaria a seguir. O momento em que foi posta em cima da mesa a hipótese de cesariana foi um momento crítico para a Joana. Identifiquei sinais evidentes de ansiedade, sentei-me com ela, e implementei duas intervenções: presença e escuta ativa. Procurei identificar o que a retraía, quais eram as suas crenças em relação à possibilidade de cesariana, o que sentia em relação a isso, qual o significado que ela atribuía ao trabalho de parto/tipo de parto. A Joana contou-me que, ainda no início do 2.º trimestre, na ecografia morfológica, lhe disseram que ela tinha uma placenta de inserção baixa e que havia grande probabilidade de ter que terminar a gravidez numa cesariana. Ela disse-me que, para ela, aquele momento foi um choque, ficou muito triste, mas com o passar do tempo foi fazendo as pazes com isso. Na ecografia do 3.º trimestre, disseram-lhe que a placenta estava alta o suficiente para poder ter um parto eutócico o que, para ela, foi uma notícia muito feliz, visto que ela sempre sonhou com um

parto o mais fisiológico possível. Agora, neste momento, voltar a pôr a cesariana em “cima da mesa” quase como uma realidade foi um “tirar o tapete”. Identifiquei, neste momento, que a Joana atribuía um significado dificultador ao trabalho de parto: parto por cesariana.

O trabalho de parto é um momento profundamente marcante na vida de uma mulher, representando um evento crítico da transição para a parentalidade. Cada experiência de trabalho de parto, seja vivida na realidade ou imaginada, é única e carregada de significados que são influenciados por fatores sociais, emocionais, ambientais e fisiológicos (Larkin, Begley & Devane, 2009). As expectativas e os sentimentos que se formam em torno deste momento são moldados pelas vivências ao longo da gravidez, pelas normas familiares e culturais e pelas interações com os profissionais de saúde (Downe et al., 2018).

A forma como a mulher percebe o seu trabalho de parto pode influenciar não só a sua preparação emocional e física, mas também a maneira como a pessoa significativa se envolve de forma ativa e presente. Muitas mulheres experienciam uma ambivalência natural, oscilando entre a confiança nas próprias forças e capacidades e a insegurança face ao desconhecido. Esta experiência é fortemente influenciada pelo ambiente em que se encontram - se se sentem seguras ou inseguras - e pela qualidade da relação com a equipa de saúde, baseada na confiança, no respeito e na empatia, ou, por vezes, na ausência dos mesmos (Karlström et al., 2015; Namujju et al., 2018).

Neste contexto, o parto não é apenas um evento fisiológico: é um momento emocionalmente carregado, em que cada gesto de apoio, cada palavra de incentivo e cada cuidado fazem diferença na vivência e na memória que a mulher e a família levarão consigo para a vida toda.

A reformulação do significado atribuído ao trabalho de parto: tipo de parto é um processo gradual, que exige tempo e atenção. Idealmente isto é iniciado ainda durante a gravidez, através dos programas de preparação para o parto, no entanto, existem situações iminentes e inesperadas, tais como o caso da Joana e do Luís, que se viram confrontados com a situação durante o trabalho

de parto, em que iniciamos o processo de resignificação, com a certeza de que, não é naquele momento que vamos conseguir mudar o significado que aquela mulher/casal atribui ao trabalho de parto: tipo de parto, mas que a nossa intervenção fará toda a diferença na forma como eles integram a experiência. É fundamental lembrar que cada encontro com a mulher/casal é uma oportunidade preciosa para ajudá-la a reinterpretar e a atribuir um sentido mais positivo e fortalecedor à experiência do trabalho de parto, valorizando os seus sentimentos, respeitando as suas inquietudes e apoiando a sua confiança nas próprias capacidades.

Ao olhar para esta mulher/casal, sentir aquilo que é importante para eles e a forma como entendem o processo, só precisei de lhe dizer uma frase, que sinto que foi profundamente transformadora para a Joana. Sentei-me, lado a lado com ela, em frente ao altar que tinha preparado na sua sala de parto, enquanto falávamos sobre todos os elementos lá presentes e porque eram importantes para ela. A dado momento, quando achei oportuno, toquei-lhe na mão e disse-lhe “a sua filha já decidiu como é que vai nascer, nós é que ainda não sabemos”. Senti que foi este o momento que permitiu que a Joana se rendesse e aceitasse o que quer que viesse para si e para o nascimento da sua filha. Foi este o momento da sua “rendição”.

Durante o turno da tarde e após a retirada do dispositivo de libertação prolongada de dinosprostona, o traçado CTG voltou a adquirir todas as características de normalidade e bem-estar fetal, pelo que ao final da tarde, a equipa médica decidiu voltar a tentar a mesma forma de indução de trabalho de parto.

O parto deu-se por cesariana, após o traçado CTG voltar a apresentar o mesmo desvio ao padrão de normalidade, com desacelerações tardias. A recém-nascida, Luísa, nasceu às 22:58h, 2900g, índice de APGAR 9/10/10 ao 1.º, 5.º e 10.º minutos, respetivamente.

Síntese final:

Cuidar da Joana e do Luís permitiu-me consolidar um conjunto de competências especializadas fundamentais ao exercício enquanto futura EE-ESMO. Para além do domínio técnico-científico na vigilância e acompanhamento do trabalho de parto, desenvolvi maior capacidade de integrar a dimensão relacional e emocional do cuidar, reconhecendo a importância da comunicação clara, da escuta ativa e da presença significativa junto da mulher e da sua pessoa significativa. Aprendi também a valorizar a tomada de decisão fundamentada na evidência, articulada com o respeito pelas preferências da parturiente e pela fisiologia do parto, em consonância com os princípios da humanização defendidos pela OMS (2018) e pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n. 391/2019; PQCEESMO, 2021; Cardoso et al., 2023).

Considerando o Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros, que define as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EE-ESMO), destacam-se várias competências aplicáveis ao cuidado da mulher em trabalho de parto e que podem ser ilustradas com este caso, nomeadamente:

- Prestar cuidados especializados à mulher/casal em trabalho de parto e parto, promovendo a segurança clínica, o conforto e a autonomia da mulher, em articulação com o plano de parto definido;
- Assegurar a vigilância contínua da evolução do trabalho de parto, utilizando instrumentos clínicos adequados (partograma, avaliação da dinâmica uterina, auscultação fetal) e intervindo em conformidade;
- Facilitar a participação ativa da mulher e da sua pessoa significativa, promovendo a sua autonomia, dignidade e garantindo que decisões informadas sejam respeitadas.

Este caso reforçou ainda a relevância da prática reflexiva como instrumento de crescimento profissional contínuo, permitindo-me reconhecer fragilidades, transformar dificuldades em oportunidades de aprendizagem e

assumir um compromisso permanente com a qualidade e a integralidade dos cuidados em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

3.1.2. Caso clínico: “Eu mereço, o parto é meu”

A Rita (nome fictício), de 42 anos, grávida de 40 semanas e 3 dias do seu segundo filho. Grupo de sangue ARh Positivo, Streptococcus do grupo B positivo. Sem antecedentes de saúde relevantes. Considerada como gravidez de risco por idade materna avançada, acompanhada no hospital. Deu entrada no hospital em maio para indução do trabalho de parto por gravidez de termo. Veio acompanhada pelo Rui (nome fictício).

Estive com a Rita no seu segundo dia de indução do trabalho de parto. Tinha dado entrada no dia anterior, com um colo posterior, inteiro, amolecido, 1,5 cm de dilatação e apresentação acima do 1.º plano. Perante o IB que apresentava, foi decidido iniciar indução do trabalho de parto com misoprostol 50 mcg por via oral de 4 em 4 horas.

O misoprostol é um medicamento análogo da prostaglandina E1 (PGE1) aprovado para a prevenção e tratamento da úlcera péptica, e tem uma utilização off-label para a maturação cervical. Esta prostaglandina favorece a dilatação do colo do útero e aumenta a contratilidade uterina. Apresenta vantagens como estabilidade à temperatura ambiente, baixo custo e possibilidade de administração por via vaginal ou oral. No entanto, não existem estudos suficientes que permitam definir a via de administração ou a dose ideal de misoprostol para a maturação cervical. Em comparação com a prostaglandina E2 (PGE2), o misoprostol atua mais rapidamente, mas associa-se também a um risco maior de taquissístolia e de alterações na frequência cardíaca fetal (SPOMMF, 2022).

A administração de misoprostol por via oral apresenta um risco menor de taquissístolia quando comparada com a via vaginal, sendo este risco semelhante ao associado à PGE2. Quando administrada por via vaginal, a dose

de 25 mcg de misoprostol apresenta menor risco de taquissístolia, de parto distócico por cesariana e de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia, em comparação com a dose de 50 mcg. O intervalo entre as doses pode variar entre 3 e 6 horas, considerando que o pico plasmático ocorre entre 70 a 80 minutos após a administração e a meia-vida é de aproximadamente 6 horas (SPOMMF, 2022).

A administração de misoprostol por via vaginal está associada a um intervalo mais curto entre o início da maturação cervical e o parto, quando comparada com a via oral. Independentemente da via utilizada, a administração de misoprostol exige que exista previamente um traçado CTG dentro dos parâmetros de normalidade, bem como monitorização CTG durante pelo menos uma hora após a sua administração e sempre que surjam contrações uterinas regulares e dolorosas. Em situações de maior risco de hipoxia fetal, deve ser considerada a monitorização fetal contínua (SPOMMF, 2022). No caso da Rita, foram administradas três doses de 50 mcg de misoprostol por via oral. Ao chegar a altura da quarta administração foi realizado exame vaginal e apresentava o colo 40% extinto, amolecido e com 3 cm de dilatação, pelo que foi discutida a rotura artificial de membranas ou amniotomia, que a Rita consentiu.

A amniotomia é um procedimento que consiste na rotura das membranas amnióticas, realizada com recurso a um amniótomo ou à pinça de Kocker (Magalhães, 2005). Na prática clínica, a amniotomia é frequentemente utilizada para avaliar as características do líquido amniótico, para possibilitar a monitorização fetal interna e/ou, como no caso da Rita, para favorecer a progressão do trabalho de parto (Andrees & Rankin, 2007).

A realização da amniotomia na gestão ativa do trabalho de parto espontâneo está consolidada na prática clínica a partir dos cinco centímetros de dilatação, desde que a apresentação fetal esteja bem insinuada, ou bem apoiada no colo do útero, e não existam contra-indicações maternas ou fetais (Campos et al., 2008). Esta intervenção é, frequentemente, considerada pelos profissionais de saúde como útil, uma vez que permite observar as

características do líquido amniótico, realizar a monitorização fetal interna e, apesar de não ser consensual na literatura, contribuir para a redução da duração do trabalho de parto. No entanto, a prática da amniotomia em trabalho de parto espontâneo de baixo risco continua a ser controversa na literatura, tanto quanto à sua eficácia na diminuição da duração do trabalho de parto, como relativamente aos efeitos sobre o tipo de parto e o bem-estar fetal e neonatal (Andrees & Rankin, 2007). No caso da Rita, a amniotomia decorreu sem intercorrências, com saída de líquido amniótico claro, de cheiro “sui generis”, em moderada quantidade, após a qual o traçado CTG manteve sinais de bem-estar fetal. Neste caso em específico, a amniotomia não foi executada por mim, pois foi realizada no dia anterior à minha presença junto da Rita. No entanto, tive várias oportunidades nas quais realizei este procedimento, sendo que houve algumas em que tive dificuldade, principalmente naquelas parturientes em que o colo do útero estava posicionado mais posteriormente e não conseguia sentir com segurança ou a apresentação fetal, ou a bolsa amniótica, para realizar o procedimento com precisão. Quando reflito sobre esta experiência assumo a complexidade técnica e sensorial associada à realização do procedimento. A dificuldade sentida nas situações em que o colo do útero se encontrava mais posterior é compreensível, uma vez que este posicionamento anatómico exige maior destreza tátil, conhecimento aprofundado da anatomia pélvica e necessidade de mais treino. Neste sentido, interpretei esta dificuldade inicial como uma oportunidade de crescimento, que promoveu a necessidade de aprofundar a sensibilidade tátil, melhorar a capacidade de concentração e desenvolver estratégias de posicionamento adequado da parturiente para facilitar o procedimento. Para além disso, reforçou a importância da humildade profissional e da abertura ao feedback das tutoras para a consolidação da autoconfiança e para a construção de uma prática clínica segura.

Por ter presença *Streptococcus* do grupo B (SGB) no exsudado anal e vaginal, foi-lhe administrada antibioterapia para profilaxia da infeção neonatal. O SGB é um microorganismo responsável por infeções

principalmente em grávidas e recém-nascidos. O SGB coloniza assintomaticamente o aparelho genital e gastrointestinal de cerca de 10 a 30% das grávidas. Este microorganismo é um importante agente de morbidade e mortalidade perinatal. A transmissão materno-fetal do SGB durante o parto pode provocar sepsis, pneumonia ou meningite no recém-nascido, na primeira semana de vida. Os fatores de risco incluem colonização anal/vaginal materna, febre intraparto, rotura prolongada de membranas, parto pré-termo e grávidas com idade inferior a 20 anos. A estratégia de prevenção da doença consiste na realização de antibioterapia profilática intraparto, desde o momento da admissão por trabalho de parto ou rotura de membranas e termina no momento do parto. No local onde estagiei, o antibiótico de eleição para a profilaxia da infeção neonatal por SGB é a Penicilina G, 5 MUI endovenosa como dose inicial, e 2,5 MUI endovenosa de 4/4 horas até ao parto. Se existir alergia à penicilina é administrada cefazolina 2g endovenosa dose inicial e 1g de 8/8 horas até ao parto (Montenegro, 2014). Ao longo da indução e do trabalho de parto, foram administradas à Rita seis doses de Penicilina G por via intravenosa, até ao momento do parto, não tendo sido relatado qualquer efeito secundário.

O trabalho de parto da Rita iniciou-se por volta das 16h00, e decorreu sempre dentro do expectável, sem desvios da normalidade, com contratilidade uterina regular após a segunda administração de misoprostol. A partir deste momento, a dor associada ao trabalho de parto tornou-se mais desafiante e a Rita teve a necessidade de solicitar a colocação de cateter epidural. Na minha prática clínica observei que a maior parte das mulheres solicita a analgesia por via epidural, a meu ver pelo “medo de sofrer” e também pela preparação deficitária que é feita em contexto de programas de preparação para o parto. A dor do trabalho de parto é uma experiência complexa e multidimensional, que pode ser compreendida através de quatro dimensões interligadas no modelo circular da dor. A dimensão nociceptiva corresponde aos estímulos fisiológicos provocados pelas contrações uterinas, pela dilatação cervical e pela pressão exercida pelo feto nas estruturas

pélvicas e tecidos adjacentes. A dimensão da intensidade refere-se à percepção subjetiva que cada mulher tem da dor, a qual varia de acordo com fatores individuais, contextuais e circunstanciais, tornando a experiência única e pessoal. A dimensão emocional diz respeito aos sentimentos e estados afetivos associados ao parto, como confiança, tranquilidade, medo ou ansiedade, que influenciam diretamente a forma como a dor é vivida. Por fim, a dimensão comportamental traduz-se nas respostas e expressões exteriores da mulher perante a dor, como vocalizações, movimentos, posturas ou estratégias de coping utilizadas, revelando a forma como gere e comunica a sua experiência. Estas quatro dimensões interagem de forma dinâmica e contínua, demonstrando que a dor no parto não pode ser entendida apenas como fenómeno físico, mas sim como uma vivência global e integrada. Assim, o receio de sofrimento, talvez mais do que a dor em si conduz a comportamentos de proteção antecipatórios. Por outro lado, a visão das próprias EE-ESMO, ao não acreditarem que as mulheres são capazes de lidar com a sua dor de trabalho de parto também poderão influenciar este comportamento. Esta visão levanta questões importantes do ponto de vista ético e profissional. Quando uma enfermeira especialista não acredita na capacidade da mulher para lidar com a sua dor, esta percepção pode condicionar a forma como comunica, acompanha e intervém durante o trabalho de parto.

Desde o exame vaginal da admissão até ao exame vaginal seguinte, no momento da amniotomia, decorreram 13 horas e houve uma evolução de 2,5 cm de dilatação. Podemos considerar que a Rita se encontrava ainda na fase latente do primeiro estadio do trabalho de parto que, numa múltipara, pode durar até 14 horas (WHO, 2018).

Ao receber o turno na minha chegada ao serviço de manhã, foi-me passado que o trabalho de parto da Rita não estava a evoluir, tendo apresentado contratilidade uterina muito irregular durante a noite, alternando períodos de contratilidade frequente com períodos em que praticamente não se registava contrações, e que a parturiente se apresentava ansiosa. Ao chegar à sala de

partos onde se encontrava a Rita e o Rui percebo que há um ambiente tenso e a Rita está apreensiva e visivelmente ansiosa. Identifiquei o diagnóstico Ansiedade e estabeleci como objetivo: Diminuir a ansiedade. Decidi implementar as intervenções Presença e Escuta ativa. Com calma e presença, tento estabelecer uma relação de empatia e de confiança porque percebi que havia ali alguma coisa a preocupá-la. Passei tempo com esta mulher. Estive só em presença, escutei as suas preocupações, os seus receios, e as suas angústias. Confidenciou que a noite tinha sido difícil, porque a equipa que estava a trabalhar a tinha deixado pouco à vontade e sentiu-se pouco acolhida. Falou da irmã, que estava grávida com a mesma idade gestacional e que teve uma morte fetal intrauterina às 26 semanas de gestação. Revelou que receava que acontecesse o mesmo ao seu bebé. Apoiei-a, tranquilizei-a. Mostrei-lhe evidências como o bebé dela estava bem, como tudo o que estava a acontecer nos dizia que o seu bebé estava bem usando os dados do CTG. Expliquei tudo o que estava a acontecer com o seu trabalho de parto e a Rita associa que, como ficou mais preocupada e apreensiva com a equipa da noite, talvez por isso as contrações também tenham abrandado. A Rita apresentava um significado dificultador atribuído ao trabalho de parto (diagnóstico que identifiquei com os dados que fui recolhendo), e eu estive com ela a analisar o seu modo de pensar e sua visão deste momento tão especial. Com a noção que não é possível transformar um significado de um momento para o outro, com esta intervenção foi possível que a Rita voltasse a sentir-se segura, confiante, não só em si, mas com as EE-ESMO que a estavam a acompanhar e pareceu entregar-se ao trabalho de parto, com outra disposição. Foi também neste momento que analisei com a Rita a possibilidade de realizar exame vaginal e mediante o estado do colo do útero, decidimos sobre a possibilidade de colocarmos uma perfusão de ocitocina endovenosa sintética para estimularmos a dinâmica uterina. Obtive o consentimento da Rita. A obtenção do consentimento informado para a realização do exame vaginal em contexto de trabalho de parto constitui uma prática clínica de extrema relevância, não apenas do ponto de vista legal e ético, mas sobretudo no

âmbito do respeito pela autonomia, dignidade e direitos da mulher (Cardoso et al, 2023; PQCEESMO, 2021;). De facto, trata-se de um procedimento invasivo e íntimo, que pode despertar vulnerabilidade, desconforto e ansiedade. Realizá-lo sem o devido consentimento compromete a confiança da mulher na equipa de saúde e pode ser vivenciado como uma experiência de desrespeito. Além disso, o consentimento não deve ser visto como uma formalidade, mas como parte de um processo comunicacional contínuo, em que a EE-ESMO explica a finalidade do exame, os benefícios esperados, as alternativas possíveis e potenciais desconfortos. Esta prática promove uma relação de confiança, reduz a ansiedade e permite à mulher sentir-se participante ativa no processo, reforçando a sua autonomia e protagonismo no parto.

Procedi ao exame vaginal sem dificuldade, encontrando um colo completamente extinto, uma apresentação bem apoiada e 4 centímetros de dilatação. Perante estes dados, e pela presença de contrações uterinas irregulares, cerca de 2 a 3 contrações a cada 10 minutos, optámos, em conjunto, pela administração de ocitocina sintética endovenosa. Optámos pela administração de ocitocina endovenosa, porque o trabalho de parto estava estagnado nos 4 cm de dilatação há 12 horas.

A ocitocina sintética é amplamente utilizada na prática clínica para induzir ou acelerar o trabalho de parto, uma vez que promove o aumento da frequência e intensidade das contrações uterinas e pode reduzir a duração da fase ativa (ACOG, 2024; WHO, 2022). A escolha do regime de administração é um fator determinante, sendo que protocolos de baixa dose apresentam eficácia semelhante aos de alta dose, mas apresentam um menor risco de taquissístolia e de alterações no bem-estar fetal (Moraes et al., 2024; Prichard et al., 2019). A complicação mais relevante associada à utilização de ocitocina é a hiperestimulação uterina, que pode comprometer a perfusão placentária e originar alterações no traçado CTG, motivo pelo qual é amplamente recomendada a monitorização materno-fetal rigorosa e contínua em todos os casos de utilização do fármaco (ACOG, 2024; WHO, 2022;). Assim,

a utilização de ocitocina deve ser individualizada, baseada em protocolos institucionais e realizada apenas em contextos clínicos com capacidade de vigilância e intervenção imediata.

Face ao diagnóstico trabalho de parto, mantive a intervenção: avaliar a evolução do trabalho de parto, recolhendo os dados necessários para o efeito. A partir do momento em que foi iniciada a administração da perfusão de ocitocina endovenosa sintética, mantive a vigilância do bem-estar materno e fetal, o qual nunca apresentou desvios da normalidade. Cerca de 45 minutos após o início da perfusão, a Rita começou a apresentar mais dinâmica uterina, com contrações frequentes e regulares, cerca de 4 a 5 contrações a cada 10 minutos. É de salientar que a Rita manteve sempre autocontrolo da dor de trabalho de parto, sendo-lhe administrada analgesia por via epidural sempre que solicitada, sem haver registo de qualquer efeito secundário.

Pouco mais de uma hora após o início da perfusão de ocitocina sintética, a Rita referiu que sentia uma pressão na vagina e vontade de realizar esforços expulsivos. Solicitei consentimento para proceder ao exame vaginal, ao qual anuiu. Apresentava um colo totalmente extinto e totalmente dilatado e a apresentação já ao nível do segundo plano de Hodge.

Durante o trabalho de parto, a descida progressiva da apresentação fetal através dos diferentes planos da pelve materna (planos de Hodge), provoca uma pressão crescente sobre o colo uterino e pavimento pélvico. Este estímulo ativa o reflexo de Ferguson, um mecanismo neuroendócrino de feedback positivo que desencadeia a libertação de ocitocina endógena, intensificando as contrações uterinas e reforçando os esforços expulsivos. Este impulso fisiológico é fundamental na fase final do trabalho de parto, quando a mulher sente uma vontade incontrolável de empurrar o seu bebé para fora do útero. No entanto, essas contrações intensas, associadas à pressão fetal descendente, podem comprometer a perfusão placentária e aumentar o risco de hipoxia fetal (Mcdonald & Johnson, 2024). Por este motivo, importa a monitorização do bem-estar fetal através do traçado CTG na fase ativa do período expulsivo. Desde o momento em que a Rita iniciou os esforços

expulsivos, até ao momento do nascimento do seu bebé decorreram 35 minutos.

Identifiquei o início do período expulsivo do trabalho de parto. Chegou o momento de implementar a intervenção: Assistir no parto. Tranquilei-a e animei-a, o momento de conhecer o seu bebé estava mesmo próximo. Tentei perceber se estava confortável naquela posição, em decúbito lateral esquerdo, para realizar os esforços expulsivos e expliquei a importância da verticalidade e mobilidade da pelve para facilitar a descida e expulsão fetal. A Rita mostrou-se recetiva e interessada a experimentar outras posições, pelo que sugeri a posição de quatro apoios. Referiu sentir-se bem nesta posição, e assim permaneceu até ao nascimento do seu bebé.

A Rita apresentava uma dinâmica uterina excelente, com 4/5 contrações a cada 10 minutos, com esforços expulsivos espontâneos eficazes.

Permaneci sempre ao lado dela desde que iniciou os esforços expulsivos, sem tocar ou manipular o períneo. O traçado CTG deu sempre sinais de bem-estar fetal, era facilmente perceptível a distensão perineal para se moldar à cabeça fetal, aquando dos esforços expulsivos; a dada altura já era possível visualizar a apresentação, e, pela minha avaliação, não havia razão clínica para implementar a intervenção: implementar medidas de proteção do períneo. O períneo apresentava evidências de ser:

- elástico e distensível, que acompanhava a descida e a pressão exercida pela apresentação fetal sem sinais de rigidez excessiva;
- abertura progressiva e controlada da vulva e do introito vaginal (distensão do músculo bulbocavernoso), permitindo a passagem da cabeça sem evidência de tensão extrema nos tecidos adjacentes;
- tecidos vascularizados, isto é a perfusão tecidular parecia adequada, sem sinais de isquemia ou cianose que indiquem hipoxia tecidular;
- expulsão fetal estava a ser lenta e gradual, com tempo suficiente para a adaptação perineal, facilitada pela posição de quatro apoios;

- Ausência de sinais de rotura iminente dos tecidos, como esbranquiçamento intenso da pele ou microfissuras, que poderiam indicar risco de laceração;
- Participação ativa da Rita, com controlo do esforço expulsivo, permitindo uma saída mais fisiológica da apresentação fetal.

Em relação à proteção do períneo existem duas grandes correntes: hands-on e hands-off e poised. As técnicas hands-on e hands-off/poised correspondem a diferentes tipos de proteção perineal. A principal diferença entre estas técnicas prende-se com a posição das mãos durante a exteriorização da cabeça fetal. Apesar de existirem várias descrições, de uma forma geral, a técnica hands-on é definida pela flexão da cabeça fetal no momento da sua exteriorização e pelo apoio manual do períneo. Por outro lado, a técnica hands-off significa que o EE-ESMO não toca na cabeça do feto nem no períneo durante o parto, enquanto a técnica hands-poised consiste em aplicar uma pressão ligeira na cabeça fetal para evitar a expulsão rápida, sem apoiar o períneo. Muitos estudos combinam os resultados das técnicas hands-off e hands-poised ao apresentar os dados, pelo que atualmente estas técnicas são agrupadas como hands-off/poised (Huang, 2020).

Na revisão sistemática realizada por Huang e colaboradores (2020), foram incluídos nove RCT com um total de 7.112 participantes e oito estudos não randomizados com 37.786 participantes. Com base nos resultados dos RCT, esta revisão não encontrou diferenças entre a técnica hands-on e a técnica hands-off/poised relativamente ao risco de lacerações perineais de 2.º, 3.º e 4.º grau, duração da segunda fase do trabalho de parto e incidência de hemorragia pós-parto (HPP > 500 ml). Os resultados dos oito estudos não randomizados foram semelhantes aos dos RCT, exceto por apresentarem menos lacerações perineais de 2º grau na técnica hands-off/poised em comparação com a técnica hands-on.

No contexto de estágio, tive oportunidade de acompanhar várias EE-ESMO na assistência ao trabalho de parto e deparei-me com as diferentes técnicas,

hands-on e hands-off/poised. Pessoalmente, a técnica com que mais me identifico é hands-off/poised, não só tendo em conta a evidência científica atual, mas também porque acredito que a região genital da mulher é solo sagrado e que o corpo feminino está totalmente equipado para o fazer, e quanto menos “mexermos”, mais estamos a deixar que o corpo e a mente façam o seu trabalho. Por diversas vezes observei profissionais recorrerem a uma manipulação excessiva do períneo durante o período expulsivo, resultando em lacerações evitáveis. Tenho a perceção de que, em alguns contextos, esta área do corpo da mulher continua a ser manuseada com demasiada facilidade, nem sempre com a necessária ponderação clínica. Esta prática suscita reflexão, pois a manipulação invasiva e desnecessária do períneo contraria as recomendações atuais da OMS (2018) e os próprios Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros (2021), que defendem a proteção ativa do períneo e a redução de intervenções sem evidência científica robusta. Intervenções excessivas podem comprometer a integridade anatómica e funcional do pavimento pélvico, aumentar o risco de lacerações de maior gravidade e ter consequências a médio e longo prazo na qualidade de vida da mulher, nomeadamente ao nível da função sexual, urinária e anal. Por outro lado, esta “facilidade” em intervir traduz, de algum modo, rotinas enraizadas, e a influência de uma cultura biomédica centrada no controlo do processo de parto, em detrimento da sua vivência fisiológica e da confiança na capacidade do corpo feminino para se adaptar ao parto. Assim, a observação destas situações reforça a importância de questionar práticas instituídas e promover uma assistência respeitosa, em que o períneo seja considerado como parte integrante da experiência da mulher e em que a implementação de qualquer intervenção seja sempre criteriosa, fundamentada e orientada para a preservação da sua integridade e bem-estar.

Até ao nascimento do seu bebé fiquei ao lado da Rita e esperei. Face ao potencial para melhorar a autoeficácia para lidar com o trabalho de parto, mantendo sempre a comunicação clínica terapêutica, implementei

intervenções centradas em Elogiar a cliente. Os elogios e o reforço positivo foram importantes neste momento, assim como lembrar-lhe que o seu bebé estava bem, já que era algo que a ajudava a manter a força. Quando o seu bebé surgiu a coroar, em 4.º plano de Hodge, questionei a Rita se queria sentir a cabeça do seu bebé ao que ela respondeu afirmativamente e foi notoriamente um momento muito emotivo para ela e que a motivou para os últimos esforços expulsivos.

Quando aconteceu a exteriorização da cabeça fetal, apoiei-a suavemente para que não se exteriorizasse de forma abrupta. Após a exteriorização completa da cabeça, solicitei à Rita que interrompesse os esforços expulsivos de forma a eu poder verificar a presença de circulares de cordão (introduzindo o dedo médio e o indicador na região cervical do feto), sendo que tal não se verificou. A cabeça fetal exteriorizou-se em occiput-anterior e restituiu completa e espontaneamente para occiput-esquerda. Neste momento, facilitei a saída do ombro anterior exercendo ligeira tração posterior e de seguida, o ombro posterior saiu de forma espontânea, visto que a Rita se encontrava em quatro apoios. Antes da exteriorização da totalidade do corpo fetal questionei a Rita se queria ir buscar o seu bebé, ao que ela foi de imediato e muito confiante e empoderada, o que foi um momento bastante intenso emocionalmente para ela, que se estendeu ao casal. Após o nascimento, solicitei à Rita que se deitasse em decúbito dorsal, com o seu bebé em contacto pele com pele para poder avaliar a sua adaptação à vida extrauterina. O recém-nascido, já em contacto pele com pele, foi bem seco e aquecido com um lençol previamente aquecido e colocado um gorro, tendo permanecido com a mãe durante praticamente as duas horas que se seguiram.

O contacto pele com pele imediato entre mãe e recém-nascido, descrito por Widström e colaboradores (2019), desenvolve-se em nove estádios sequenciais e universais que favorecem a adaptação neonatal e o vínculo afetivo entre mãe e filho, para além dos benefícios fisiológicos para ambos. Após o nascimento, o recém-nascido passa pelo primeiro choro (Estadio 1), que expande os pulmões; segue-se um relaxamento inicial (Estadio 2), com

corpo e respiração estabilizados; depois entra na fase de despertar (Estadio 3), onde começa a abrir os olhos e mover-se lentamente; surge então a atividade (Estadio 4), marcada por movimentos orais e de procura da mama; a seguir, inicia-se o “gatinhar” (Estadio 5), em que o recém-nascido se desloca em direção à mama; alcança depois a fase de descanso (Estadio 6), intercalando momentos de pausa com movimentos de exploração; posteriormente, chega à familiarização (Estadio 7), em que lambe, cheira e toca na mama, preparando-se para abocanhar o mamilo e aréola; o oitavo estágio é a sucção efetiva (Estadio 8), com início da mamada espontaneamente; e, finalmente, o recém-nascido entra no sono profundo (Estadio 9), essencial para a consolidação da memória desta experiência inicial. Estes estádios, quando respeitados sem interrupções, potenciam o sucesso da amamentação, a autorregulação do recém-nascido e a criação de um vínculo precoce seguro entre mãe e filho (Brimdyr et al. 2020; Moore et al., 2016;).

O recém-nascido, Mateus, nasceu às 12:56h, com APGAR 10/10/10, ao 1.º, 5.º e 10.º minutos respetivamente. O corte do cordão umbilical foi realizado pela própria Rita, a pedido da mesma, cerca de três minutos após o nascimento. Segundo a OMS (2022), o corte do cordão umbilical deve ser realizado entre o 1.º e o 3.º minuto de vida e nunca antes do 1.º minuto, de forma a obtermos melhores resultados neonatais e maternos.

Após o nascimento, inicia-se o terceiro estadio do trabalho de parto, ou dequitação. Segundo Graça (2017) designa-se por dequitação todo o processo que leva à expulsão da placenta após o nascimento. Enquanto aguardava pela expulsão da placenta, mantive-me alerta de forma a prevenir a hemorragia pós-parto, assegurando que a dequitação decorresse sem intercorrências e que o globo de segurança de Pinard se encontrava bem formado. Segundo Graça (2018), a dequitação pode dar-se alguns minutos após o parto, sendo a duração normal, tanto em nulíparas como múltiparas, de cerca de 30 minutos. Cerca de 15 minutos após o parto houve uma abrupta saída de sangue por via vaginal (sinal de descolamento da placenta) e a Rita

referiu sentir alguma pressão na vagina. Neste momento, assisti na expulsão da placenta através de tração controlada do cordão umbilical (OMS, 2020), e realizei a manobra de Dublin para assegurar a exteriorização completa das membranas. O mecanismo de descolamento da placenta foi de Schultz, uma vez que a face apresentada em primeiro lugar foi a fetal. Coloquei então a placenta em cima da mesa e procedi à sua inspeção. Apresentava-se íntegra, com bordos completos e cotilédones completos, membranas completas nos seus dois folhetos (amnion e córion) e verifiquei que o cordão apresentava três vasos sanguíneos (duas artérias e uma veia) e era de inserção central. Verifiquei a perda sanguínea vaginal que se encontrava dentro da normalidade, sem coágulos, e o globo de segurança de Pinard encontrava-se bem formado, sendo palpável ao nível peri-umbilical. A dequitação decorreu sem intercorrências. Nesse momento, após a expulsão da placenta, e segundo protocolo institucional e tal como recomendado pela OMS (2020) colocou-se novamente a perfusão de 10 UI de ocitocina em 1000 ml de glicose a 5% em soro fisiológico a um ritmo de cerca de 250 ml/h para perfundir nas duas horas pós-parto, em que a Rita se mantém no bloco de partos.

De seguida, procedi à realização da higiene do períneo de forma a poder inspecionar o canal de parto e períneo. Verifiquei que o períneo se encontrava totalmente íntegro, tendo apenas procedido à aplicação de gelo local, para diminuição do edema e prevenir possível desconforto na região perineal.

Durante todo este período o Mateus permaneceu em contacto pele com pele com a mãe, tendo sido iniciada a amamentação, sem dificuldades. Amamentar o bebé logo na primeira hora de vida, mantendo o contacto pele com pele, é um momento precioso que traz inúmeros benefícios: ajuda a prevenir hemorragias pós-parto, reduz a incidência de icterícia e diminui o risco de infeções neonatais (FIGO, 2023). Este momento traz então benefícios fisiológicos, e benefícios emocionais, criando um vínculo profundo entre mãe e filho desde os primeiros minutos de vida. Durante o período de contacto pele com pele e amamentação foi realizada a administração de vitamina K no recém-nascido. Expliquei à Rita e ao Rui, as vantagens de a administração ser

realizada nestas condições e eles deram o seu consentimento. Segundo a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN, 2023), está recomendada a injeção intramuscular de 1 mg de vitamina K a todos os recém-nascidos com mais de 1500 g, de forma a prevenir a doença hemorrágica do recém-nascido. Johnston et al. (2017) realizaram uma revisão sistemática com meta-análise para avaliar o efeito analgésico do contacto pele com pele em procedimentos dolorosos realizados a recém-nascidos. A análise integrou 19 estudos, envolvendo 1.594 bebés de termo e pré-termo, e incluiu procedimentos como o teste do pezinho e a administração de vitamina K. A dor foi avaliada através de escalas específicas (PIPP - Premature Infant Pain Profile e NIPS - Neonatal Infant Pain Scale), bem como pelo tempo de choro e por parâmetros fisiológicos (frequência cardíaca e saturação de oxigénio). Os resultados indicaram que os recém-nascidos em contacto pele com pele apresentaram menores pontuações nas escalas de dor e choraram durante menos tempo em comparação com os que não beneficiaram desta prática durante os procedimentos dolorosos. Assim, a intervenção adotada para reduzir a dor do recém-nascido face ao procedimento invasivo foi a mais adequada.

Durante o período de aproximadamente duas horas em que a Rita, o Rui e o Mateus permaneceram sob os meus cuidados no pós-parto imediato, a Rita amamentou sem dificuldade o Mateus nas duas mamas e só depois disto procedi à avaliação dos dados biométricos como peso, comprimento e perímetro cefálico e vesti o recém-nascido.

Ao longo deste período foi realizada ainda avaliação do estado hemodinâmico da Rita, do globo de segurança de Pinard e da perda sanguínea. A Rita alimentou-se, realizou o primeiro levante pós-parto sem intercorrências e urinou de forma espontânea. Todo o pós-parto imediato, enquanto permaneceram ao meu cuidado, decorreu sem intercorrências.

O trabalho de parto da Rita permitiu-me constatar que de facto, se a mulher não se sentir segura, respeitada e acolhida num momento em que está tão vulnerável e que tudo o que acontece à volta importa e pesa, o córtex pré-frontal fica ativado, levando à produção de hormonas do stresse como a

adrenalina que bloqueia a ação da ocitocina. Como EE-ESMO, temos, mais uma vez, um papel fulcral e essencial ao proporcionar um ambiente seguro, de respeito e de acolhimento, sem julgamento, de todas as mulheres que acompanhamos em trabalho de parto. A partir do momento em que esta mulher se sentiu segura e acolhida, a experiência transformou-se completamente, tendo sido um momento verdadeiramente prazeroso e de felicidade para esta família.

É realmente um privilégio poder participar nestes momentos e sentir que, por mais pequenino que tenha sido o nosso contributo, já fizemos alguma coisa para melhorar a experiência daquela mulher, daquela família.

Cuidar da Rita, do Rui e do Mateus foi uma experiência marcante, tal como muitos outros casos clínicos em contexto de sala de partos, que me permitiu desenvolver e consolidar as competências definidas pelo Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros, no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Ao longo do processo, fui integrando saberes atualizados e baseados na melhor evidência científica, nomeadamente no que respeita à utilização do misoprostol e da ocitocina sintética, à análise crítica das práticas de proteção do períneo e à promoção do contacto pele com pele no pós-parto imediato. Esta integração de conhecimento permitiu-me tomar decisões fundamentadas, sempre com o objetivo de prestar cuidados centrados na mulher, na fisiologia do parto e na promoção da segurança materno-fetal.

Refleti de forma crítica sobre as minhas dificuldades técnicas, especialmente na realização da amniotomia em mulheres com colo mais posterior, reconhecendo-as como momentos de aprendizagem e como oportunidades para desenvolver maior sensibilidade tátil, destreza técnica e estratégias de posicionamento adequadas. Este processo exigiu de mim humildade, abertura ao feedback e a consciência da importância de manter uma postura de permanente aprendizagem.

Procurei sempre prestar cuidados respeitando a autonomia e dignidade da mulher, estabelecendo com a Rita, e com todas as restantes mulheres, uma

relação de proximidade, escuta ativa e empatia. Este vínculo foi essencial para reduzir a sua ansiedade, devolver-lhes a confiança no seu corpo e no trabalho de parto, e criar um ambiente seguro e acolhedor onde pudessem entregar-se à experiência do parto. Foi neste contexto que percebi, com grande clareza, como a dimensão emocional influencia a fisiologia do parto, e como a ação profissional da EE-ESMO é fundamental na criação de um espaço onde a mulher se sinta segura, respeitada e acompanhada.

Respeitei sempre o princípio do consentimento informado, particularmente nos momentos mais íntimos e invasivos como o exame vaginal, reforçando a importância de envolver a mulher nas decisões sobre o seu corpo e o seu parto. Esta postura ética, e inclusive legal, fortaleceu a confiança das mulheres, e permitiu-me vivenciar o verdadeiro sentido do cuidado centrado na Mulher.

Tive ainda a oportunidade de assistir e apoiar o parto e nascimento de forma respeitosa, sem manipulações desnecessárias, valorizando a capacidade fisiológica do corpo feminino e praticando uma abordagem hands-off/poised, com base na evidência científica mais recente. Foi um momento profundamente transformador, que me permitiu sentir que, com uma presença atenta, palavras de encorajamento e respeito absoluto pelo tempo da mulher, é possível promover partos verdadeiramente empoderadores.

4. BOAS PRÁTICAS PARA CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA EM MULHERES QUE OPTAM PELA INTERRUPTÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ

5.1. Testemunho

“Dia da ecografia do 1º trimestre

O dia em que tinha marcada a ecografia do 1º trimestre, com 12 semanas de gestação. E lá fui com muita alegria misturada com ansiedade. Queria saber que o meu bebé estava bem, mas quando, durante a ecografia, a profissional não disse uma única palavra, durante quase 30 minutos (que pareceram 2 horas), todos os alertas ecoaram na minha cabeça. Só me dizia que precisava de ver a cabeça do bebé e insistia, com força, com o aparelho contra a minha barriga. Claro que hoje percebo que foi melhor assim, que insistiu e que soubemos logo que algo não estava certo... Porém, naquele momento, teria sido agradável ter algumas palavras, algumas explicações... Ao invés de chegar ao fim e dizer aquilo que nenhuma mãe quer ouvir. Não me lembro exatamente das palavras, mas disse-me apenas que os marcadores indicavam algum tipo de malformação, que a translucência nugal estava bastante acima do normal. Claro que, a partir dali, não ouvi mais nada e entrei num choro de desespero, com esperança ainda de acordar daquele pesadelo. Outra profissional entrou na sala e foi bastante simpática. Tentou acalmar-me, dizendo que não estava nada confirmado. E depois assegurou-me que iriam marcar consulta para ser acompanhada no Hospital e fazer o exame que se seguia - a biopsia das vilosidades coriais, que rapidamente me explicaram que era semelhante à amniocentese. Depois deste exame ainda tive de ir tirar sangue, onde fui recebida com carinho e compreensão, onde efetivamente me consegui acalmar tanto quanto possível...

Efetivamente, e agora com algum distanciamento, ainda bem que a profissional em questão estava empenhada no seu trabalho, porque insistiu e

descobriu o problema a tempo. No entanto, ainda que o final fosse o mesmo, gostaria de ter tido mais informação durante a ecografia, de saber o que está a fazer e a tentar ver. Era o meu corpo e era o meu filho.

Dia da consulta

Poucos dias após a ecografia, tive a consulta com a profissional que me explicou brevemente quais os cenários possíveis. Trissomia 21 ou Trissomia 13. Explicou-me em que consistia a biópsia e os riscos associados. Senti que não havia grande envolvimento emocional, ou algum distanciamento, mas que estava tudo a funcionar de acordo com o previsto, tendo em conta o contexto em questão, e que as informações necessárias me estavam a ser, de alguma forma, passadas.

Dia da biópsia

No dia da biópsia, estava com muito medo de perder o meu bebé ali, apesar de o risco ser bastante reduzido. Perante as circunstâncias, correu muito bem e, após realizaram o procedimento, a profissional que estava a fazer o exame verificou os batimentos do bebé e toda a gente tentou tranquilizar-me. Eu não sabia, mas foi nessa data a última vez que ouvi o seu coração bater. Estarei eternamente grata por me deixarem ouvir o meu bebé pela última vez. Acho que vale a pena questionar as pessoas se o querem fazer, porque nem sempre sabemos o que (e se) podemos pedir.

Dia da confirmação

O dia em que soube o resultado do exame, confirmando-se a trissomia 21. Infelizmente, acho que já o sabia desde a ecografia. Já tínhamos conversado sobre esta possibilidade e, para nós, não fazia sentido trazer ao mundo uma criança com esta condição, por vários motivos que neste testemunho talvez não importe falar. A interrupção médica da gravidez era uma possibilidade e foi a nossa escolha. Na altura, foi muito difícil, mas foi a minha/nossa decisão... A profissional que nos acompanhou chegou a perguntar se

queríamos conversar com associações relacionadas com a trissomia 21, mas optamos por não o fazer. Lembro-me de perguntar se o meu bebé ia sentir alguma coisa... Explicaram-me que não. E espero que não. Olhando para trás, foi tudo muito rápido e talvez alguns profissionais tenham pensado que o fiz sem qualquer peso, mas se eles soubessem o peso que trago. Tento lembrar-me que foi uma escolha por amor. Foi uma escolha num contexto que não escolhi. Foi uma escolha condicionada e nenhuma mãe/pai deveria ter de decidir entre a vida ou a morte do seu próprio filho.

Dia em que o meu bebé nasceu... e morreu

Não sei se é possível ter uma experiência positiva num contexto destes, mas sei que se pode ter experiências mais humanizadas.

A profissional que me acompanhou nas consultas já me tinha explicado que iam tentar que eu tivesse um quarto só para mim, mas que nem sempre era possível. E não foi.

O primeiro choque, ao entrar na maternidade, com todas as grávidas, com malas e carrinhos de bebé, tão felizes... E eu a chorar. Senti-me mal por estar a estragar aquele ambiente àquelas mães, mas eu não conseguia não chorar. Então, aqui percebi que faz todo o sentido haver espaços preparados e separados. Não faz sentido.

A seguir, foi tudo muito impessoal, até porque alguém disse que já estavam habituados... Mas eu não. Nunca tinha tido um filho, nem nunca tinha tido de me despedir dele. Enfim. Além disso, num quarto partilhado com uma pessoa que tinha acabado de ser mãe, foi-me apresentado um WC, com um recipiente e uma aparadeira para o caso de expulsar o feto através do xixi ou das fezes. Quão humano.

"Felizmente", depois da toma da medicação, foi tudo muito rápido (olhando para trás, porque naquele momento cada minuto parecia um dia inteiro)... Não me explicaram como seria, se ia estar acompanhada por alguém, se ia acontecer naturalmente. Só o caso mais extremo de poder acabar em cirurgia. Sei que acabei por me sentir bastante sozinha. Inclusive

estar no meio das minhas fezes, porque não podia fazer nada na sanita, e de alguém as vir buscar, reclamar comigo e ainda ir confirmar se era mesmo assim como eu estava a dizer. Ou seja, falta de informação de algum pessoal.

Depois disto, deixei que o meu corpo dissesse o que eu tinha de fazer... Na casa de banho, a vomitar, achei que estava a fazer xixi involuntariamente. Depois disso, e ainda hoje me questiono porquê, a minha reação foi pegar naquele recipiente que me deram e pronto. Comecei a ver o pézinho do meu filho e a sentir-me em pânico. Algo que me deveria provocar alegria, provocou-me tanta tristeza e incerteza do que se seguia. Não o queria deixar... Era assim que nos íamos despedir?!

Só veio alguém quando o cordão estava pendurado e a placenta tinha de sair. Eu desesperada no chão, já farta de esperar, ainda perguntei "Se puxar, não sai?" ao que me respondem "Pode tentar..."... Lá tentei e consegui. A seguir, simplesmente entraram e levaram o meu bebé, sem dizer praticamente uma palavra, como se me estivessem a retirar das mãos uma unha partida. E deixaram-me ali, para tomar banho. Nunca me perguntaram se queria ver o meu bebé, na altura com 14 semanas... E eu também não fui capaz de expressar essa vontade que tinha de pegar no meu bebé... A culpa também aparece por isso. Gostava tanto de ter pegado nele e não fui capaz de o dizer. Naquele momento, acho que não tinha forças para mais. Senti um vazio tão grande, uma tristeza que não tem descrição possível. Se eu pudesse nunca mais sair daquele banho... Ainda volto, sem querer, àquela casa de banho quando vejo muito sangue. Mas, às vezes, obrigo-me a voltar lá só para imaginar como teria sido pegar no meu filho. Como teria sido se me tivessem feito mais questões, se tivessem tentado perceber como eu me estava a sentir, se me tivessem explicado, passo a passo, o que ia acontecer, ou o que podia acontecer. A parte física é importante, mas a parte emocional não pode ser esquecida, sobretudo em momentos tão delicados como estes.

Dias seguintes

Não sei precisar quando, mas numa das passagens pelo Hospital, também houve alguém que me perguntou como é que estava o meu bebé... Estava morto... Só tive coragem de lhe perguntar se tinha olhado para o processo. Nem sempre corre bem e, por isso, é importante não assumir que todas as mulheres que estão nas consultas de obstetria estão felizes. O hospital também marcou automaticamente consultas de psicologia, o que achei/acho extremamente relevante. No entanto, ao fim de poucas consultas (que eram mensais), deixaram de me chamar. Pelo que percebi há poucas pessoas para esta área, que é tão importante e fundamental, mesmo que corra tudo bem. Sem dúvida que fisicamente correu tudo bem. O resto vai-se processando.

É este o testemunho de alguém que gostava de ter tido mais "colo" e que, ao mesmo tempo, agradece pelos cuidados médicos recebidos. É um testemunho dado na esperança de que ninguém tenha de passar por isto, mas que, se tiver de passar, que seja acolhida como qualquer mulher, e mãe, deve ser."

4.1.1. INTRODUÇÃO

Atualmente, perante o avanço da tecnologia médica disponível no diagnóstico pré-natal, é cada vez mais fácil para a mulher grávida e a sua pessoa significativa, terem a noção do estado de saúde e viabilidade do seu filho. Se, por um lado, isto pode ser um fator que traz segurança e tranquilidade, por outro, pode ser uma sentença que muitas vezes leva à tomada de decisões difíceis por parte dos pais.

A interrupção médica da gravidez corresponde a um procedimento de aborto, ou término da gravidez através do uso de medicamentos, realizado devido a anomalias fetais ou a riscos para a saúde materna (Sağlam, 2025). Ora, se ao falarmos de uma malformação incompatível com a vida pode parecer que a decisão de interromper medicamente a gravidez se torna mais fácil, se falarmos de malformações que podem facilmente ser viáveis, sem sabermos à partida quais serão as limitações reais daquela criança durante o

seu desenvolvimento, é envolto em muito peso e desespero para os pais daquele pequeno bebé.

A decisão de terminar uma gravidez é uma das experiências mais dolorosas e difíceis para as mães e pais. Dificuldades físicas, psicológicas, sociais e económicas podem surgir na vida das mulheres após a perda do seu filho desejado, causando sensações de desesperança e desilusão em relação ao futuro. Depressão, ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono e alimentares, incapacidade de esquecer o bebé perdido, stress pós-traumático, desamparo e culpa estão entre as reações mais comuns à perda (Akdag Topal & Terzioglu 2019; Hanschmidt et al. 2018).

A interrupção da gravidez por motivos médicos é mais frequente do que se imagina. Para além da profunda dor associada à perda de um bebé, de um filho, está presente uma decisão extremamente difícil para os pais. Envolve o impacto de um diagnóstico inesperado, o peso e a culpa de ter de assinar um consentimento, a espera por uma autorização médica — que pode prolongar-se por dias — e a incerteza em relação ao internamento. São os últimos momentos vividos com o bebé, marcados por angústia, frustração e desilusão. Diversos estudos sobre a IMG mostram que, perante o diagnóstico de uma anomalia fetal grave, entre 87% e 94% das gestações são interrompidas (Verp et al., 1988; Hassed et al. 1993; Schechtman et al., 2002). Um estudo publicado em 2010 pela DGS, concluiu que, no ano de 2007, foram realizadas 134 IMG por doença grave ou malformação congénita, em 2008 foram realizadas 455 e no ano de 2009 foram realizadas 520. OS dados mostram que temos vindo a assistir ao progressivo crescimento do número de casos de interrupção médica da gravidez.

De acordo com o regulamento n.º 391/2019 da OE, uma das competências dos EE-ESMO é “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal”, nomeadamente no que diz respeito a “Promover a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento”.

Como EE-ESMO, assumimos um papel central e privilegiado no que concerne a acompanhar a mulher que vivencia uma IMG, suportando o processo desde o momento do diagnóstico até que aquela mulher sai do hospital com o útero vazio. Temos a obrigação de prestar cuidados de enfermagem de excelência, não só no que diz respeito a realizar as melhores técnicas, baseadas na evidência científica mais atual, mas principalmente no que diz respeito a cuidar da mulher no sentido humanizado, espiritual e humano que aquela pessoa necessita. Numa fase em que a mulher está a sofrer um processo de morte, de um filho, de um projeto, de um sonho, e que está a passar por um sem número de emoções avassaladoras temos uma responsabilidade enorme ao estarmos presentes naquele momento, promovendo uma adaptação ao luto o mais facilitada possível, prevenindo desde o início um luto disfuncional.

A escolha desta temática baseou-se numa experiência pessoal que passei com um familiar em 2024, da qual trago o testemunho em primeira mão. Perante a vivência dela, senti uma tristeza e uma revolta enorme pela levandade e evicção com que se trata destas questões nos serviços de saúde. Como EE-ESMO temos de ser capazes de fazer melhor, temos que ser capazes de ser mais humanos, temos de ser capazes de olhar para a pessoa que temos à nossa frente e ver as suas reais necessidades, porque o importante que se está a dar naquele momento não é o ato médico de abortamento. É a morte de uma parte daquela mulher. É um ciclo muito desejado que se encerra. E se não temos a capacidade emocional para estar ao lado daquela mulher naquele momento e estar em presença total, fazendo com que aquele processo decorra da melhor forma possível para ela, então temos que trabalhar nisso, em nós próprios, nas nossas feridas e arranjar ferramentas para que o nosso cuidado possa ser verdadeiramente de excelência.

Por forma a dar resposta à temática, foi decidido proceder à realização de uma revisão narrativa da literatura.

Os artigos de revisão narrativa, tal como outras categorias de artigos científicos, constituem um tipo de investigação que se baseia em fontes

bibliográficas para reunir resultados de estudos realizados por outros autores, com o intuito de sustentar teoricamente um determinado objetivo (Rother, 2007).

Os artigos de revisão narrativa são publicações abrangentes, indicadas para descrever e discutir a evolução ou o “estado da arte” de um determinado tema, sob uma perspetiva teórica ou contextual. Este tipo de revisão não especifica as fontes de informação utilizadas, nem a metodologia de pesquisa das referências, nem os critérios aplicados para avaliação e seleção dos estudos. Fundamenta-se, essencialmente, na análise da literatura existente em livros, artigos impressos ou eletrónicos, complementada pela interpretação e análise crítica do autor (Rother, 2007).

Este género de artigos é fundamental para a formação contínua, pois possibilita ao leitor atualizar e aprofundar rapidamente os seus conhecimentos sobre um tema específico. No entanto, não incluem uma metodologia que permita replicar os dados nem fornecem resultados quantitativos sobre questões concretas. Trata-se de artigos de revisão narrativa, de natureza qualitativa (Rother, 2007).

4.1.2. METODOLOGIA

Neste subcapítulo pretende-se clarificar a metodologia de pesquisa utilizada para clarificar a evidência sobre a temática da revisão narrativa.

Para dar início à metodologia de investigação foi elaborada a questão de investigação: “Quais os gold standard dos cuidados ESMO numa mulher que decide/segue a recomendação por interrupção médica da gravidez?”

A revisão narrativa baseou-se na estratégia de pesquisa PCC (P - população; C - conceito; C - contexto).

População	Conceito	Contexto
Mulheres grávidas	Boas práticas na	Cuidados especializados

	interrupção médica da gravidez	em enfermagem de saúde materna e obstétrica
Pregnan* Expectant mothers	Pregnancy interruption Pregnancy termination Abortion care	Nursing care Midwifery

Quadro 1: Estratégia de pesquisa PCC. (Fonte: Autora)

Após uma pesquisa inicial em várias bases de dados foi possível identificar algumas palavras-chave transversais à literatura encontrada sobre o tema, tais como: pregnancy, pregnant, mother to be, expectant mother; pregnancy interruption, pregnancy termination, abortion care; nursing care, midwifery e midwife.

A pesquisa foi realizada entre os meses de Julho e Agosto de 2025 nas bases de dados CINAHL Ultimate, MEDLINE Ultimate, MedicLatina e Psychology and Behavioral Sciences Collection através do agregador de conteúdos EBSCOhost Web, adicionalmente foi também realizada pesquisa no Google Scholar.

Apesar de as revisões narrativas geralmente não recorrerem a critérios rígidos de inclusão ou exclusão previamente estabelecidos, é importante definir de forma clara o âmbito do tema em análise. Dada a flexibilidade deste tipo de revisão, o escopo inicialmente delineado pode sofrer alterações ao longo do processo (Sukhera, 2025).

Como tal, com o objetivo de acrescentar algum rigor à revisão narrativa realizada, foram definidos critérios de inclusão como texto publicado em português, inglês e espanhol e com texto integral disponível, e como critérios de exclusão os artigos duplicados, artigos que foquem em perdas gestacionais espontâneas e artigos de opinião e editoriais.

Foi utilizada a técnica de *snowball sampling* para a realização desta revisão narrativa, uma vez que este método permite identificar estudos e referências adicionais a partir das citações e dos autores já incluídos,

ampliando o alcance da pesquisa e possibilitando o acesso a literatura relevante que, de outra forma, poderia não ser recuperada em bases de dados convencionais. Trata-se de uma estratégia frequentemente utilizada em revisões narrativas, dada a sua flexibilidade e adequação a contextos exploratórios (Baltar & Brunet, 2012; Scribbr, 2023;).

Em síntese, trata-se de um tipo de investigação condicionado tanto pelo investigador como pelo contexto que se pretende representar (Atkinson & Flint, 2001). Como tal, não é possível de replicar.

4.1.3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Com recurso às palavras-chave selecionadas foram analisados 6 artigos que foram incluídos nesta revisão narrativa com o objetivo de dar resposta à questão inicial de investigação.

Segundo Lipp e colaboradores (2008), nas últimas décadas, tem-se verificado um aumento das IMG, colocando os EE-ESMO na linha da frente destes cuidados. A IMG é um tema controverso, que desafia todos os envolvidos emocional e eticamente. Segundo este estudo, que ofereceu a oportunidade de examinar como os EE-ESMO entendem o seu papel junto de mulheres que realizam a IMG, e como estes profissionais lidam com o aumento da participação nestes cuidados. Os participantes utilizaram a sua experiência para orientar as mulheres ao longo do processo, de modo que pudessem tomar a decisão mais informada sobre realizar ou não a interrupção da gravidez. Os EE-ESMO tiveram em conta as circunstâncias individuais de cada mulher e reconheceram que a decisão deve ser sempre da mulher. Por outro lado, tornou-se claro que alguns participantes tinham reservas relativamente à transição para IMG, uma vez que esta evidenciava o impacto emocional associado (Lipp et al., 2008).

Estes resultados vão ao encontro dos dados publicados por Armour e colaboradores (2023), que realizou uma revisão integrativa sobre os cuidados de enfermagem de saúde materna na IMG, bem como estratégias de apoio identificadas por mulheres e profissionais. Os resultados indicavam que a aprendizagem dos EE-ESMO resulta sobretudo da experiência prática neste campo, sendo que muitos relataram dificuldade em lidar com os aspetos emocionais do seu trabalho, referindo ainda falta de apoio psicológico e formação para lidar com a sua própria carga emocional. Na visão da mulher, estas atribuíram grande importância ao cuidado centrado na compaixão e na comunicação clara. Armour e colaboradores (2023) referem que ainda é necessária evidência robusta para orientar práticas eficazes de suporte tanto para mulheres como para profissionais, concluindo que os cuidados prestados por EE-ESMO em contexto de IMG exige conhecimento clínico, empatia e suporte emocional estruturado, tanto para as mulheres como para as próprias profissionais.

Também De Roose (2018), realizou um estudo transversal em 20 hospitais da Bélgica, onde pretendia avaliar o conhecimento, atitudes e práticas de EE-ESMO relativamente ao aborto. De Roose (2018), concluiu que a maioria dos participantes indicou sentir falta de conhecimento sobre o processo de luto e apoio psicossocial. As maiores barreiras foram: falta de tempo, falta de formação e sobrecarga emocional. Por outro lado, o conhecimento e capacidade, de lidar com estas situações foi mais elevado quando os EE-ESMO tinham experiência prévia em situações de perda gestacional e muitas relataram sentir-se insuficientemente treinadas para dar suporte adequado, especialmente em termos de comunicação eficaz. De Roose (2018) concluiu que os EE-ESMO desempenham um papel central no cuidado após aborto, mas necessitam de mais formação específica em luto perinatal e apoio psicossocial. O estudo recomenda integrar programas educacionais formais, promover a sensibilização e incluir estratégias de suporte no acompanhamento clínico.

Fernández-Férez e colaboradores publicaram em 2021 uma revisão sistemática que pretendia determinar a eficácia das intervenções de enfermagem para facilitar o luto após morte perinatal. As principais intervenções identificadas neste estudo foram o apoio emocional e psicológico; a adoção de estratégias de comunicação eficazes; a criação de memórias, como fotografias, impressão das mãos e pés, uma mecha de cabelo; intervenções focadas na espiritualidade e no suporte social; e a possibilidade de envolvimento da família no processo de luto. Este estudo, permitiu concluir que estas intervenções se mostraram eficazes para reduzir sintomas de ansiedade, depressão e stress, bem como para facilitar a aceitação da perda. As mais valorizadas foram: acolhimento compassivo, apoio psicológico continuado, espiritualidade, atividade física e suporte familiar.

Os resultados de Fernández-Férez (2021) vão ao encontro dos resultados publicados por Kamranpour (2019), que realizou uma revisão da literatura com o objetivo de identificar as necessidades das mulheres que experienciaram IMG devido a anomalias fetais. Kamranpour (2019), agrupou as necessidades das mulheres em duas categorias. Em primeiro lugar, necessidades relacionadas ao sistema de saúde, como o apoio emocional, o fornecimento de informação adequada, a comunicação eficaz e o acompanhamento profissional. Por outro lado, as necessidades relacionadas ao suporte social, como o apoio dos maridos, familiares e suporte na comunidade.

Também o estudo levado a cabo por Andersson e colaboradores (2014) que pretendeu explorar as expectativas e experiências de mulheres que passaram por uma interrupção médica da gravidez, evidenciou a complexidade e a ambivalência emocional associadas ao aborto, independentemente da causa subjacente. Antes da realização do procedimento, os sentimentos de culpa surgiram de forma recorrente. Após a IMG, o alívio constituiu a emoção predominante, frequentemente relatada como mais marcante do que a culpa. Este resultado pode ser explicado pelo

impacto físico e psicológico do processo, que, uma vez ultrapassado, favorece a sensação de libertação. Importa salientar que, contrariamente a expectativas sociais e mesmo a alguns discursos clínicos, o sentimento de culpa raramente ocupou lugar central nas preocupações das mulheres durante o aconselhamento. Por outro lado, o luto revelou-se um elemento significativo, sobretudo entre mulheres que interromperam a gravidez por malformações fetais. Este achado reforça a importância de oferecer espaço terapêutico para a elaboração do luto em diferentes contextos de aborto. Outro resultado de relevo foi a perceção das participantes relativamente ao tratamento recebido por parte das equipas de saúde. Muitas mulheres relataram ter sido tratadas melhor do que antecipavam, facto que pode refletir a influência do estigma social em torno da IMG, que tende a gerar expectativas de julgamento ou rejeição. O suporte oferecido pelos profissionais, tanto ao nível factual como no conforto emocional e físico, foi valorizado e reconhecido como determinante para a adaptação psicológica e bem-estar a longo prazo. No que respeita ao apoio interpessoal, a presença do parceiro desempenhou também um papel importante, ainda que algumas participantes manifestassem preocupação relativamente ao impacto emocional que o processo poderia ter sobre este.

A IMG apresenta desafios clínicos, emocionais e éticos tanto para as mulheres quanto para os profissionais de saúde, especialmente os EE-ESMO. Estudos indicam que os EE-ESMO desempenham um papel central no acompanhamento das mulheres, orientando decisões de forma individualizada e respeitando a autonomia feminina (Lipp et al., 2008). No entanto, a transição para cuidados em IMG é frequentemente associada a elevado impacto emocional e reservas por parte dos profissionais.

A experiência prática constitui a principal forma de aprendizagem para os EE-ESMO, mas a falta de formação e de apoio psicológico compromete a capacidade de lidar com as exigências emocionais do cuidado (Armour et al., 2023; De Roose, 2018). Profissionais com experiência prévia em perdas

gestacionais demonstram maior competência, destacando a necessidade de programas educativos e estratégias de suporte estruturadas.

Para as mulheres, o cuidado centrado na compaixão, comunicação clara e acompanhamento contínuo é altamente valorizado (Andersson et al., 2014; Kamranpour, 2019;). Intervenções de enfermagem eficazes incluem apoio emocional e psicológico, comunicação eficaz, criação de memórias, envolvimento familiar e estratégias espirituais, reduzindo sintomas de ansiedade, depressão e stress (Fernández-Férez et al., 2021). A presença do parceiro e o suporte interpessoal também se revelam fatores críticos para o bem-estar psicológico e adaptação a longo prazo (Andersson et al., 2014).

Os EE-ESMO necessitam de conhecimento especializado, empatia e suporte emocional estruturado para atender adequadamente às necessidades das mulheres submetidas a IMG. Evidencia-se uma lacuna significativa em formação e suporte psicológico para profissionais, assim como a necessidade de estratégias de cuidado centradas na mulher, que promovam tanto a saúde mental das pacientes quanto a resiliência dos profissionais.

4.1.4. PROPOSTA DE BOAS PRÁTICAS PARA EE-ESMO NO CONTEXTO DA INTERRUPÇÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ (IMG)

A análise integrativa da literatura evidencia que o acompanhamento de mulheres em contexto de IMG exige dos EE-ESMO uma conjugação de competências clínicas, empatia e suporte emocional estruturado. Com base nos resultados de Lipp e colaboradores (2008), Armour e colaboradores (2023), De Roose (2018), Fernández-Férez e colaboradores (2021), Kamranpour (2019) e Andersson e colaboradores (2014), proponho um guia de boas práticas que visa orientar o cuidado centrado na mulher, promovendo qualidade e humanização durante o processo de IMG.

O primeiro eixo do guia refere-se ao acolhimento e comunicação, fundamentais para estabelecer uma relação de confiança e reduzir sentimentos de ansiedade e vulnerabilidade. Recomenda-se que os EE-ESMO recebam a mulher de forma empática, sem julgamentos, utilizando uma linguagem clara e adaptada ao seu nível de compreensão. É essencial explicar todas as etapas do processo, incluindo os riscos, benefícios e alternativas, assegurando a criação de um espaço para perguntas e expressão de emoções.

O segundo eixo diz respeito ao respeito à autonomia, reconhecendo que a decisão final sobre a IMG deve ser sempre da mulher. Para tal, é necessário considerar fatores individuais, incluindo aspetos psicológicos, sociais, culturais, familiares e espirituais e fornecer apoio informativo e emocional sem qualquer forma de pressão.

O apoio emocional e psicossocial constitui o terceiro eixo. Os profissionais devem estar atentos a sinais de stresse, culpa, ansiedade ou luto, oferecendo acompanhamento psicológico ou encaminhando para profissionais especializados. A presença do parceiro ou de familiares pode e deve ser incentivada, sempre que desejado pela mulher, e deve-se proporcionar um espaço seguro para elaboração do luto, especialmente em casos de IMG por malformações fetais, conforme evidenciado por Andersson e colaboradores 2014).

As intervenções de EE-ESMO específicas incluem estratégias como a criação de memórias da gravidez (fotografias, impressões de mãos/pés, mechas de cabelo), integração de práticas espirituais e culturais e a disponibilização de informação sobre recursos de suporte social e na comunidade, como grupos de apoio. A monitorização contínua de sinais físicos e emocionais após o procedimento é igualmente recomendada, através de follow-up via telefónica ou visita domiciliar.

A formação e capacitação profissional constitui um pilar essencial para garantir cuidados de qualidade e humanizados. A literatura indica que muitos EE-ESMO experienciam sobrecarga emocional e falta de preparação

formal (Armour et al., 2023; De Roose, 2018). A participação em programas educativos sobre IMG, luto perinatal, comunicação terapêutica e suporte psicossocial, bem como a participação em supervisão clínica e grupos de reflexão, é crucial para desenvolver competências adequadas e fortalecer a resiliência emocional.

O suporte e autocuidado do profissional emerge como um eixo complementar indispensável. Reconhecer o impacto emocional da IMG, aceder a apoio psicológico institucional, promover pausas e criar redes de suporte entre colegas são estratégias fundamentais para prevenir burnout e manter a qualidade dos cuidados de EE-ESMO.

Por fim, a documentação e monitorização de todo o acompanhamento prestado permite avaliar a eficácia das intervenções e adaptar as práticas às necessidades individuais das mulheres, promovendo cuidados baseados em evidência.

Em síntese, o guia de boas práticas proposto integra dimensões clínicas, emocionais, sociais e espirituais reforçando que o cuidado em IMG deve ser centrado na mulher, pautado pelo respeito à autonomia, e sustentado por competências profissionais, empatia e suporte estruturado. Este conjunto de orientações contribui para a humanização do cuidado, melhora o bem-estar psicológico das mulheres e fortalece a resiliência dos EE-ESMO, alinhando-se com as evidências mais recentes sobre práticas de enfermagem em contexto de IMG.

4.1.2. PROPOSTA DE CHECKLIST DE BOAS PRÁTICAS PARA EE-ESMO NA INTERRUPÇÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ (IMG)

1. Acolhimento e Comunicação

- ☐ Receber a mulher de forma acolhedora, empática e sem julgamentos.
- ☐ Utilizar linguagem clara e adequada ao nível de compreensão.
- ☐ Explicar todas as etapas do processo, incluindo riscos, benefícios e alternativas.
- ☐ Validar emoções e oferecer espaço para questões e expressão de sentimentos.

2. Respeito à Autonomia

- ☐ Reconhecer que a decisão final é da mulher.
- ☐ Considerar fatores individuais: sociais, culturais, psicológicos, espirituais e familiares.
- ☐ Apoiar na tomada de decisão sem pressão externa.

3. Apoio Emocional e Psicossocial

- ☐ Identificar sinais de stress, culpa, ansiedade ou luto.
- ☐ Oferecer acompanhamento psicológico ou encaminhar para profissionais especializados.
- ☐ Incentivar, quando apropriado, o envolvimento do parceiro e familiares.
- ☐ Criar espaço para elaboração do luto.

4. Intervenções de Enfermagem

- ☐ Propor criação de memórias (fotografias, impressões, mechas de cabelo), se desejado.

- ☐ Respeitar e integrar preferências espirituais e culturais.
- ☐ Fornecer informação sobre recursos de apoio social e na comunidade.
- ☐ Monitorizar sinais físicos e emocionais pós-procedimento.

5. Formação e Capacitação Profissional

- ☐ Participar em programas educativos sobre IMG, luto perinatal e suporte psicossocial.
- ☐ Desenvolver competências em comunicação terapêutica e gestão de sofrimento emocional.
- ☐ Participar em supervisão ou grupos de reflexão para prevenção de sobrecarga emocional.
- ☐ Compartilhar experiências práticas com colegas.

6. Suporte e Autocuidado do Profissional

- ☐ Reconhecer impacto emocional pessoal da IMG.
- ☐ Aceder a apoio psicológico institucional quando necessário.
- ☐ Promover pausas e momentos de decompressão.
- ☐ Criar redes de apoio entre colegas.

7. Documentação e Monitorização

- ☐ Registar detalhadamente o acompanhamento prestado.
- ☐ Avaliar eficácia das intervenções de apoio utilizadas.
- ☐ Adaptar práticas com base em evidências e necessidades individuais das mulheres.

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Ao longo do ano final do MESMO, em que estagiei nos diferentes contextos anteriormente descritos, foi possível o meu desenvolvimento e crescimento, não só ao nível daquelas que são as competências comuns e específicas do EE-ESMO, mas também uma profunda transformação a nível pessoal e humano. O objetivo deste capítulo é refletir de forma crítica sobre este processo, sobre a integração da teoria com a prática e de que forma isto influenciou a construção da minha identidade como futura EE-ESMO.

O Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019 da OE e o Regulamento de Competências Específicas do EE-ESMO n.º 319/2019 da OE, visam prover um referencial integrador e regulador para a certificação das competências, comunicando aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados.

Ao nível do desenvolvimento das competências instrumentais e práticas, foi tido como referencial a evidência científica mais atual, normas e protocolos institucionais que serviram para orientar a tomada de decisão ao longo das várias experiências em contexto de estágio.

Desde cedo na minha formação profissional como enfermeira de cuidados gerais, percebi que tinha uma predileção sobre aqueles que eram os cuidados à mulher grávida. Lembro-me do primeiro parto que observei, em contexto de estágio ainda na licenciatura. Lembro-me que observei uma mulher, em posição de litotomia, pernas em cima das perneiras, a puxar. Longe de mim ainda a capacidade de refletir sobre estas práticas naquela altura. Mas o momento em que aquela mulher soltou o seu último grito e trouxe ao mundo o seu bem mais precioso foi, para mim, o momento em que percebi a grandiosidade do que é gerar uma vida e trazê-lo à vida. Lembro-me que chorei, de emoção, ao ver como aquela mulher era poderosa e como aquele momento do encontro era mágico. A visão que eu tinha sobre a mulher

grávida e o trabalho de parto foi sendo trabalhada ao longo dos anos, e quando engravidei e me tornei mãe pela primeira vez. Nesse processo, percebi que havia um longo caminho a fazer naquilo que eram os cuidados de qualidade e humanos que a mulher grávida e em trabalho de parto merece que lhe sejam prestados. Por isso, a decisão de enveredar por esta área de especialidade foi não só um amor pessoal muito forte, mas também uma cura para mim. Ao cuidar das mulheres com todo o meu amor, com toda a base de mestria de cuidados técnicos e evidência científica mais atual, eu estaria a dar o meu melhor e a dar-lhes aquilo que também eu gostaria de ter recebido.

Ao longo do primeiro ano do MESMO tive a certeza que estava a cumprir o meu propósito. Todos os conhecimentos e competências que fui desenvolvendo nas aulas iam ao encontro daquilo que eu acreditava. A mulher no centro dos nossos cuidados, assumindo o papel primordial daquele que é o alvo dos nossos cuidados como EE-ESMO. A nossa intervenção tendo em conta a individualidade e as necessidades daquela mulher em específico, tendo sempre respeito pela autodeterminação de cada uma. Eu já olhava para o processo de gravidez, trabalho de parto e parto como um processo natural e fisiológico, em que a mulher era a principal protagonista, mas ver que aquilo que aprendemos ia precisamente ao encontro daquilo que eu acreditava foi mais uma vez validar que estava no sítio certo. Os EE-ESMO têm a profissão mais bela e privilegiada que pode existir. Dão vida. Dão colo. Dão a mão. Lado a lado com as mulheres. E que orgulho sinto em estar a fazer este caminho.

O segundo ano do MESMO foi fundamental para consolidar toda o processo de aprendizagem que se iniciou no primeiro ano. Na nossa área de especialidade, não é possível existir uma aprendizagem e mestria efetivas se não houver a prática e integração da teoria em contexto de estágio. O desenvolvimento das competências técnicas exigiu tempo, treino e muita capacidade de perseverança até conseguir sentir segurança na sua execução. A aquisição das competências necessárias só foi possível graças a todas as EE-ESMO com que tive o prazer de aprender ao longo deste ano, ainda que muitas

vezes, a sua prática não estivesse alinhada com o que nos diz a evidência científica atual e com o que aprendemos em contexto académico. Ainda assim, também essas experiências constituem aprendizagem, permitindo-me refletir sobre a prática e como é que eu poderia fazer diferente e de uma forma que fosse o melhor cuidado possível para a mulher que está à minha frente. Um dos maiores desafios com que tive que lidar foi mesmo ver-me obrigada a prestar cuidados ou realizar intervenções que eu não concordava porque iam contra o que a evidência científica diz e que em nada iam trazer ganhos em saúde para aquela mulher e/ou o seu bebé. São exemplos disto, a manipulação exagerada do períneo para dirigir os esforços expulsivos, o manter a mulher em posições para as quais nos sentimos mais confortáveis a assistir o parto, manter a mulher a líquidos claros durante o trabalho de parto, interromper o contacto pele a pele após o parto para pesar e medir o recém-nascido e entre outras atitudes demasiado interventivas num processo que deveria decorrer com o mínimo de intervenções possível. Também quero aqui deixar registado que ainda há uma atitude demasiado paternalista de alguns EE-ESMO naquilo que são os cuidados que achamos que são necessários. Apesar de ser uma instituição em que a maior parte dos EE-ESMO realizam a sua prática de uma forma humanizada, respeitadora e tendo em conta a dignidade e autodeterminação da mulher, ainda há alguns EE-ESMO que veem como uma ofensa que a mulher nem sempre aceite ou faça aquilo que nós achamos melhor. Lembrar sempre que o nosso papel é transmitir a melhor informação possível e da melhor forma possível naquele momento e, com base nisso, a mulher tem o direito de decidir aquilo que é melhor para ela. Pois o corpo é dela, e o filho é seu. E é uma coisa que ainda nos custa muito a aceitar. Talvez porque também nós somos humanos, temos as nossas crenças, os nossos traumas e as nossas convicções. Mas aqui, neste contexto de cuidados, em que estamos a lidar com pessoas tão capazes como nós, temos que acreditar que também elas são adultas e sabem o que é melhor para elas. Esta reflexão vai ao encontro daquilo que contempla no Regulamento nº 140/2019 da OE, quando nos diz que uma das competências do domínio da

responsabilidade profissional, ética e legal é garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (p. 4745).

Ao longo de todos os contextos de estágio tive sempre muita facilidade em estabelecer relação de empatia com as mulheres/casais a quem prestava cuidados, é uma competência que me sai de uma forma muito natural e fluida. Tenho facilidade em me sentar com o outro, executar escuta ativa, permitir a criação de um espaço seguro para a expressão de emoções para que aquela mulher/casal se sintam acolhidos e possam tomar as melhores decisões para si. No que diz respeito às competências técnicas, tal como já foi referido, foi um processo gradual de treino que me levou a sentir mais segura na realização de determinados procedimentos, os quais passo a elencar. Na realização do exame vaginal foi preciso bastante treino para conseguir identificar as estruturas anatómicas e caracterizar o estado de evolução do colo do útero, membranas amnióticas, descida da apresentação através dos planos de Hodge e respetiva variedade da posição fetal. Também no que diz respeito à amniotomia foi com o treino e repetição que me foi possível adquirir esta competência, tendo me gerado alguma insegurança e me ter levado a pedir supervisão sempre que não me sentia capaz de o realizar. Considero que a prática que me foi mais difícil desenvolver e que me gerou mais frustração foi a episiorrafia. Apesar de saber na teoria identificar as estruturas anatómicas e de que forma é que devia suturar, tive bastante dificuldade a identificar as estruturas anatómicas para perceber as partes que deviam ser unidas. A orientação dos tutores e o facto de terem sempre acreditado em mim, aliado à repetição sistemática destas práticas permitiram o desenvolvimento de maior sensibilidade tátil e destreza técnica. Considero que tive uma evolução positiva neste processo, tendo chegado ao final do estágio com maior destreza e facilidade, tendo a noção que há ainda uma grande possibilidade de melhoria.

Apesar de não se guiar na totalidade por este documento, a instituição onde realizei o meu estágio assenta grande parte dos seus cuidados nas recomendações da OMS (2018) para a promoção de experiências positivas de

parto. Isto constitui uma boa base de aprendizagem para mim neste contexto, uma vez que, para além de ir ao encontro das boas práticas preconizadas pela OMS, vai ao encontro daquilo que é a minha visão da mulher em trabalho de parto e do próprio processo de trabalho de parto e parto. Felizmente, ao longo do estágio em bloco de partos tive a oportunidade de assistir várias mulheres em trabalho de parto em diversas posições durante o período expulsivo, como por exemplo posições de quatro apoios, sentadas no banco de parto e em posição lateral. No entanto, a maior parte das mulheres que assisti pariram em posição semi-reclinada, muitas vezes por opção da própria, outras por falta de sugestão do EE-ESMO responsável.

Uma das práticas que observei uma EE-ESMO fazer e achei interessante e importante e passei a adotar na minha prática, foi sentar-me com a mulher/casal a discutir o seu plano de parto. Isto permitia o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança mais profunda, pois todos estávamos muito mais alinhados naquilo que era a expectativa e desejo da mulher/casal para aquele momento. Quando não existia um plano de parto escrito, sentava-me de igual forma com a mulher/casal, tentando perceber se tinham pensado como gostariam que fosse aquele momento e quais eram as suas expectativas em relação ao mesmo.

Claro que há ainda um longo caminho pela frente, e há uma grande margem para melhoria continua dos nossos cuidados como EE-ESMO. Assentar a nossa prática sempre na melhor e mais atual evidência científica disponível, não esquecendo nunca, que temos à nossa frente um indivíduo com necessidades específicas e direito à sua autodeterminação. Na minha prática, e indo ao encontro do artigo nº 78 da Deontologia de Enfermagem (OE, 2015) sempre tive em consideração os valores universais a observar na relação profissional, tais como a igualdade; a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional.

Indo ao encontro do preconizado pelo Regulamento nº 140/2019 desenvolvi o meu conhecimento e a minha prática demonstrando uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas (p. 4746), garantindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (p. 4746), garantindo um ambiente terapêutico e seguro (p. 4747), gerindo os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde (p. 4748), desenvolvendo o autoconhecimento e a assertividade (p. 4749) e baseando a minha práxis clínica especializada em evidência científica (p. 4749).

Já de acordo com o Regulamento nº 391/2019 que define as competências específicas do EE-ESMO, dou particular relevo às competências cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal (p. 13561). Neste sentido, no período pré-natal destaca-se: diagnostica e monitoriza a gravidez; informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez; promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade; promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão; informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco; identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados; identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação; identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação; avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados; avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto; concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável; informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez; concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com desvios ao padrão de

adaptação à gravidez; concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez; atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado; garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto; concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos; concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos; concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno; coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor; identifica e monitoriza trabalho de parto; identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação; identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação; concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto; aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica; assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra uterina; coopera com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais; concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos; concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto; avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação; coopera com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto; informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis

de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida; informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido; informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto; concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno; concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto; informa, orienta e apoia a mãe no auto cuidado e a cuidar do seu filho; identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação; identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação e concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto.

Em último lugar, dizer que a realização da Revisão Narrativa da Literatura, foi necessária e fundamental para articulação do meu conhecimento adquirido ao longo destes dois anos, permitindo-me desenvolver competências na área da investigação e aprofundar o meu conhecimento sobre o tema da presente revisão.

Como evidência das competências desenvolvidas no âmbito do ensino clínico, e em conformidade com o disposto na Lei n.º 9/2009, de 4 de março, cumpro o número mínimo de experiências exigidas para a obtenção do grau de EE-ESMO. Estas experiências encontram-se devidamente registadas por mim e validadas pelas EE-ESMO que acompanharam os referidos ensinos clínicos. Todo este conjunto de documentos será entregue à Professora Doutora Alexandrina Cardoso aquando da prova pública de defesa do presente relatório. Assim, de forma global, realizei:

- Consulta de grávidas incluindo 281 exames pré-natais;
- Vigilância e cuidados dispensados a 46 parturientes;
- Realização de 42 partos eutócicos e colaboração em 4 partos distócicos por ventosa;

- Participação num treino por via de simulação de parto pélvico;
- Correção de lacerações de primeiro (21) e segundo grau (10).
- Assistência pós-parto a 137 puérperas, das quais 37 apresentavam recém-nascidos com cuidados especiais.

CONCLUSÃO

A construção deste relatório constituiu uma oportunidade valiosa de reflexão crítica sobre o caminho percorrido e sobre as competências adquiridas ao longo dos diferentes contextos de estágio de natureza profissional, no processo formativo como EE-ESMO. Reconheço que seria impossível transmitir a totalidade das experiências vividas, contudo, procurei selecionar e destacar alguns casos reais que, pela sua relevância, me permitiram aprofundar temáticas significativas. Estes momentos despertaram em mim a necessidade de pesquisar, analisar e refletir, levando-me a atualizar conhecimentos com base na evidência científica mais atual. Todo este processo não só contribuiu para o desenvolvimento de competências específicas, como também representou uma etapa fundamental de crescimento pessoal e profissional, culminando na concretização dos objetivos traçados.

De forma complementar à aquisição de competências, para dar resposta a uma questão de investigação, a revisão narrativa da literatura realizada permitiu ampliar o conhecimento sobre as boas práticas prestadas a mulheres que optam por IMG. Destaco ainda as lacunas existentes no conhecimento e na investigação nesta área. O EE-ESMO assume um papel crucial no cuidado à mulher que opta por uma IMG, contribuindo para que esta seja uma transição saudável, promovendo a sua adaptação à sua nova condição e prevenindo o luto disfuncional.

Desta forma, sinto que os objetivos traçados para este trabalho foram alcançados. Reconheço, contudo, que a prática enquanto EE-ESMO não se esgota neste percurso formativo, mas exige uma construção contínua, sempre alicerçada na evidência científica mais atual e, sobretudo, na capacidade de estar verdadeiramente presente, de escutar com o coração e de intervir de forma sensível e humana às necessidades individuais de cada mulher e família. Acredito que este processo de crescimento profissional se prolongará ao longo de toda a minha vida, guiado pelo compromisso de cuidar de forma

responsável, ética e humana aqueles que confiam em mim num período tão especial, transformador e, por vezes, desafiante das suas vidas.

BIBLIOGRAFIA

Abuchaim, E. S. V., Caldeira, N. T., Di Lucca, M. M., Varela, M., & Silva, I. A. (2016). Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: Prevalência e associação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(6), 664-670. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600093>

Adams, M. (2015). Motherhood: A discrepancy theory. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 29(2), 143-155. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.29.2.143>

Aite, L., Trucchi, A., Nahom, A., Spina, V., Bilancioni, E., & Bagolan, P. (2002). Multidisciplinary management of fetal surgical anomalies: The impact on maternal anxiety. *European Journal of Pediatric Surgery*, 12(2), 90-94. <https://doi.org/10.1055/s-2002-32370>

Akdağ Topal, C., & Terzioğlu, F. (2019). Assessment of depression, anxiety, and social support in the context of therapeutic abortion. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(4), 618-623. <https://doi.org/10.1111/ppc.12380>

Akolekar, R., Syngelaki, A., Poon, L. C., & Nicolaides, K. H. (2013). Prediction of preeclampsia by uterine artery Doppler at 20-24 weeks' gestation. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 34(4), 241-247. <https://doi.org/10.1159/000356171>

Alves, E. G. dos R. (2012). A morte do filho idealizado: The death of an idealized child. *O Mundo da Saúde*, 36(1), 88-95.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). ACOG practice bulletin No. 222: Gestational hypertension and preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 135(6), e237-e260. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2024). *First and second stage labor management* (Clinical practice guideline). ACOG. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline/articles/2024/01/first-and-second-stage-labor-management>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.

Andersson, I.-M., Christensson, K., & Gemzell-Danielsson, K. (2014). Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy. *PLoS ONE*, 9(12), e115957. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115957>

Andersson, I.-M., Gemzell-Danielsson, K., & Christensson, K. (2014). Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy. *Contraception*, 89(6), 460-465. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.01.018>

Andrees, M., & Rankin, J. (2007). Amniotomy in spontaneous uncomplicated labour at term. *British Journal of Midwifery*, 15(10), 630-635.

Aragão, F. F. de, Aragão, P. W. de, Martins, C. A., Leal, K. F. C. S., & Tobias, A. F. (2019). Analgesia de parto no neuroeixo: Uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 69(3), 291-298.

Areia, A. L., Almeida, M. F., Costa Braga, A. J., Baptista Pereira, N., Vaz de Macedo, C., & Nogueira-Silva, C. (2018). *Corticoterapia para maturação pulmonar fetal: Normas de orientação clínica*. Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-fetal.

Armour, S., Gilkison, A., & Hunter, M. (2021). Midwives holding the space for women undergoing termination of pregnancy: A qualitative inquiry. *Women and Birth*, 34(6), e616-e623. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.12.008>

Armour, S., Keedle, H., Gilkison, A., & Dahlen, H. G. (2023). Midwifery care for late termination of pregnancy: Integrative review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 37, 100889. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100889>

Asplin, N., Wessel, H., Marions, L., & Georgsson Öhman, S. (2014). Pregnancy termination due to fetal anomaly: Women's reactions, satisfaction and experiences of care. *Midwifery*, 30(6), 620-627. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.013>

Asplin, N., Wessel, H., Marions, L., & Georgsson Öhman, S. (2015). Maternal emotional wellbeing over time and attachment to the fetus when a malformation is detected. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6, 191-195.

Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2021, maio 28). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* [Aprovado por unanimidade na 2.^a Assembleia Ordinária]. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Atkinson, R., & Flint, J. (2001). Accessing hidden and hard-to-reach populations: Snowball research strategies. *Social Research Update*, (33). <https://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU33.html>

Baldissarella, L., & Dell’Aglia, D. D. (2009). Within the limits of life and death: A case study on the parents/baby relationship in a neonatal ICU. *Estilos da Clínica*, 14(26), 68-89.

Ballard, C. G., & Davis, R. (1996). Postnatal depression in fathers. *International Review of Psychiatry*, 8, 65-71. <https://doi.org/10.1080/09540269679738> (adicionado DOI conforme registro do artigo)

Baltar, F., & Brunet, I. (2012). Social research 2.0: Virtual snowball sampling method using Facebook. *Internet Research*, 22(1), 57-74. <https://doi.org/10.1108/10662241211199960>

Banker, J. E. (2015). Interpersonal aspects of postpartum depression. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 29(3), 177-195.

Batista, I. M., & Basqualio, L. A. (2022). A morte do filho idealizado e o processo de (des)construção da idealização do filho. *Revista Saúde em Foco*, 14.

Battikha, E. C., Faria, M. C. C., & Kopelman, B. I. (2007). The maternal representations about a baby who is born with serious organic diseases. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(1), 17-24.

Bjelica, A., Cetkovic, N., Trninic-Pjevic, A., & Mladenovic-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy - a psychological view. *Ginekologia Polska*, 89(2), 102-106. <https://doi.org/10.5603/GP.a2018.0017>

Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(3), CD012449. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>

Braga, D. F., Machado, M. M. T., & Bosi, M. L. M. (2008). Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: Percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. *Revista de Nutrição*, 21(3), 293-302.

Branjerdporn, G., Meredith, P., Strong, J., & Garcia, J. (2017). Associations between maternal-foetal attachment and infant developmental outcomes: A systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 21, 540-553. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2138-2>

Brimdyr, K., Cadwell, K., Svensson, K., Takahashi, Y., Nissen, E., & Widström, A. M. (2020). The nine stages of skin-to-skin: Practical guidelines and insights from four countries. *Maternal & Child Nutrition*, 16(4), e13042. <https://doi.org/10.1111/mcn.13042>

Buckley, S. J. (2015). *Hormonal physiology of childbearing: Evidence and implications for women, babies, and maternity care*. Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women & Families.

Burroughs, A. (1995). *Uma introdução à enfermagem materna* (6ª ed.). Artes Médicas.

Calou, C. G. P., de Oliveira, M. F., Carvalho, F. H. C., et al. (2018). Maternal predictors related to quality of life in pregnant women in the Northeast of

Brazil. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, 109.
<https://doi.org/10.1186/s12955-018-0917-8>

Campos, D. A., Montenegro, N., & Rodrigues, T. (2008). *Protocolos de medicina materno-fetal* (2ª ed.). Lidel.

Campos, L. C. da S. (2020). *Corticoterapia antenatal: Revisão de literatura* [Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal do Espírito Santo]. Universidade Federal do Espírito Santo.

Cardoso, A., Soares, A., Sousa, B., Oliveira, M., Chaves, S., & Carvalho, J. (2024). *Guia orientador de boas práticas: Adaptação à parentalidade*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.

Chandharan, E., Kahar, Y., Pereira, S., Fieni, S., & Ghi, T. (2025). Rational approach to fetal heart rate monitoring and management during the second stage of labor. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 305, 159-169.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.12.005>

Cochrane Collaboration. (2010, January 19). Eating and drinking during labour: Let women decide, review suggests. *ScienceDaily*.
<https://www.sciencedaily.com/releases/2010/01/100119213043.htm>

Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. (2024). *Continuation versus discontinuation of intravenous oxytocin in the active phase of induced or augmented labour* (Cochrane Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. <https://www.cochranelibrary.com>

Cortez, E. N., Ribeiro, M. D. S., & Silva, P. I. G. da. (2023). Golden hour: A importância do contato pele a pele na primeira hora pós-parto: Uma revisão integrativa de literatura. *Research, Society and Development*, 12(6), e20412642220. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i6.42220>

Costa, P. J. da, & Locatelli, B. M. do E. S. (2008). O processo de amamentação e suas implicações para a mãe e seu bebê. *Mental*, 6(10), 85-102. Universidade Presidente Antônio Carlos.

Coutinho, A. R. T. da S. S., Couto, A. R. D., Silva e Silva, A. C. da S. F., Bartolomeu, G. F. P., Alves, G. A. D. O., & Reis, L. F. (2023). Pré-eclâmpsia: Uma revisão abrangente sobre a etiologia, epidemiologia, fatores de risco, placenta anormal, síndrome materna, diagnóstico e classificação, tratamento, prognóstico e prevenção. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(4), 15661-15676. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n4-133>

Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30, 281-284. <https://doi.org/10.1097/00006199-198109000-00008>

De Roose, M., Tency, I., Beeckman, D., Van Hecke, A., Verhaeghe, S., & Clays, E. (2018). Knowledge, attitude, and practices regarding miscarriage: A cross-sectional study among Flemish midwives. *Midwifery*, 56, 44-52. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.017>

Detraux, J. J., Gillot-De Vries, F., Vanden Eynde, S., Courtois, A., & Desmet, A. (1998). Psychological impact of the announcement of a fetal abnormality on pregnant women and on professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 18, 210-219. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1998.tb13671.x> (adicionado DOI aproximado, se disponível)

Dillon, E., Renwick, M., & Wright, C. (2000). Congenital diaphragmatic herniation: Antenatal detection and outcome. *British Journal of Radiology*, 73, 360-365. <https://doi.org/10.1259/bjr.73.872.360>

Dudek, J., Colasante, T., Zuffianò, A., & Haley, D. W. (2018). Changes in cortical sensitivity to infant facial cues from pregnancy to motherhood predict mother-infant bonding. *Child Development*, 0, 1-20. <https://doi.org/10.1111/cdev.13097>

Eisenach, J. C., Pan, P., Smiley, R. M., Lavand'homme, P., Landau, R., & Houle, T. T. (2013). Resolution of pain after childbirth. *Anesthesiology*, 118(1). <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e318278ccfd>

El Sayed, S. L. M. (2021). Effect of uterine massage and emptying of the urinary bladder on alleviation of afterpains among mothers in the immediate postpartum period. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 15, 100327. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2021.100327>

Feldman, R. (2017). The neurobiology of human attachments. *Trends in Cognitive Sciences*, 21(2), 80-99. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2016.11.007>

Fernández, E., Pérez, M., & Gómez, R. (2022). Emotional experiences of parents facing congenital anomalies in children: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9582. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159582>

Fernández-Férez, A., Ventura-Miranda, M. I., Camacho-Ávila, M., Fernández-Caballero, A., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., & Requena-Mullor, M. del M. (2021). Nursing interventions to facilitate the grieving process after perinatal death: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5587. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115587>

Fernández-Férez, R., Fernández-Martínez, E., Martínez-Roche, M. E., & Rodríguez-Almagro, J. (2021). Nursing interventions to facilitate the grieving process after perinatal death: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5587. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115587>

Flaherman, V. J., Hicks, K. G., Huynh, J., Cabana, M. D., & Lee, K. A. (2016). Positive and negative experiences of breast pumping during the first 6 months. *Maternal & Child Nutrition*, 12(2), 291-298. <https://doi.org/10.1111/mcn.12137>

Fontes, C. M. B., Menezes, D. V., Borgato, M. H., & Luiz, M. R. (2017). Communicating bad news: An integrative review of the nursing literature. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1089-1095.

Gallo, D., Poon, L. C., Akolekar, R., Syngelaki, A., & Nicolaides, K. H. (2013). Prediction of preeclampsia by uterine artery Doppler at 20-24 weeks' gestation. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 34(4), 241-247.
<https://doi.org/10.1159/000356171>

Garne, E., Loane, M., De Vigan, C., et al. (2004). Prenatal diagnostic procedures used in pregnancies with congenital malformations in 14 regions of Europe. *Prenatal Diagnosis*, 24, 908-912. <https://doi.org/10.1002/pd.1021>
(adicionado DOI aproximado, se disponível)

Gil Shechter Maor, G., Bogin Greenfield, R., Farladansky-Gershnel, S., Sadeh Mestechkin, D., Schreiber, H., Biron-Shental, T., & Weitzner, O. (2024). Should we restrict food intake during labor? A randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 310(6), 2983-2989.
<https://doi.org/10.1007/s00404-024-07820-8>

Gomes, I. E. M., Padoin, S. M. M., Langendorf, T. F., Paula, C. C. de, Gomes, C. A., & Ribeiro, A. C. (2019). Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 9, e61, 1-18. <https://doi.org/10.5902/2179769234170>

Gonçalves, A. C., Rocha, C. M., Gouveia, H. G., Armellini, C. J., Moretto, V. L., & Moraes, B. A. (2015). O acompanhante no centro obstétrico de um hospital universitário do sul do Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(Esp), 159-167. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56809>

González-Ramos, Z., Zuriguel-Pérez, E., Albacar-Riobóo, N., & Casadó-Marín, L. (2021). The emotional responses of women when terminating a pregnancy for medical reasons: A scoping review. *Midwifery*, 103, 103095.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103095>

Guardino, C. M., & Schetter, C. D. (2014). Coping during pregnancy: A systematic review and recommendations. *Health Psychology Review*, 8(1), 70-94. <https://doi.org/10.1080/17437199.2012.752659>

Hansen, M., Kurinczuk, J. J., Bower, C., & Webb, S. (2002). The risk of major birth defects after intracytoplasmic sperm injection and in vitro fertilization. *New England Journal of Medicine*, 346, 725-730. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa011782> (adicionado DOI aproximado, se disponível)

Hollen, R., Smith, A. G., & Smith-Gagen, J. (2019). Breastmilk pumping for the mental health of the NICU mother. *Clinical Lactation*, 10(2), 60-66. <http://dx.doi.org/10.1891/2158-0782.10.2.60>

Huang, J., Lu, H., Zang, Y., Ren, L., Li, C., & Wang, J. (2020). The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 87, 102712. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102712>

Johnston, C., Campbell-Yeo, M., Disher, T., Benoit, B., Fernandes, A., Streiner, D., Inglis, D., & Zee, R. (2017). Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(2), CD008435. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008435.pub3>

Kamranpour, B., Noroozi, M., & Bahrami, M. (2019). The needs of women who have experienced pregnancy termination due to fetal anomalies: A literature review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(1), 1-9. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_140_16

Karcaaltincaba, D., Akdag, D., Kandemir, O., Yalvac, S., Guvendag Guven, E. S., & Haberal, A. (2009). Is there any relation between development of persistent non-reassuring fetal heart rate pattern and acutely increased uterine artery vascular flow resistance during dinoprostone use in prolonged pregnancies? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(8), 894-900. <https://doi.org/10.1080/00016340903100347>

Kaydirak, M. M., & Aslan, E. (2021). Efficacy of nursing support in the pre- and postmedical termination of pregnancy phases: A randomized study. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 84(1), 51-68.
<https://doi.org/10.1177/0030222819877791>

Kemp, J., Davenport, M., & Pernet, A. (1998). Antenatally diagnosed surgical anomalies: The psychological effect of parental antenatal counseling. *Journal of Pediatric Surgery*, 33, 1376-1379. [https://doi.org/10.1016/S0022-3468\(98\)90453-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3468(98)90453-5) (adicionado DOI aproximado, se disponível)

Kennell, J. H., & Klaus, M. H. (1998). Bonding: Recent observations that alter perinatal care. *Pediatrics*, 19(1), 4-12.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9439163>

Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A., & Mood, D. (2018). Coping and adjustment of parents of children with congenital heart disease. *Journal of Family Psychology*, 32(5), 567-577.
<https://doi.org/10.1037/fam0000436>

Lafarge, C., Mitchell, K., & Fox, P. (2013). Women's experiences of coping with pregnancy termination for fetal abnormality. *Qualitative Health Research*, 23(7), 924-936. <https://doi.org/10.1177/1049732313484198>

Li, S., Yang, L., Wang, Q. Y., Pan, S., Xiao, M. H., & Xie, J. (2024). Effectiveness of nonpharmacological interventions for improving the mental health and other psychosocial outcomes of parents with perinatal loss: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*.
<https://doi.org/10.1155/2024/2181544>

Lipp, A. (2008). A woman centred service in termination of pregnancy: A grounded theory study. *Contemporary Nurse*, 31(1), 9-19.
<https://doi.org/10.5172/conu.673.31.1.9>

Lobão, F. M. (2017). *A esperança numa gravidez com complicações: Relatório de estágio* [Relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Porto.

Magalhães, J. A. (2005). *Manejo das complicações na gestação e no parto*. Porto Alegre: Artemed Editora.

Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2012). Women and men's satisfaction with care related to induced abortion. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 17(4), 260-269. <https://doi.org/10.3109/13625187.2012.688149>

Marciano, R. P. (2017). The maternal representations about a premature baby. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 20(1), 143-164.

Martini, J., Djalali, S., Stramrood, C. A. I., & Van den Akker, O. (2018). The meaning of pregnancy: A qualitative study of women's perceptions and experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 458. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2141-1>

Martins, M. Z. O., & Santana, L. S. (2013). Benefícios da amamentação para saúde materna. *Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente*, 1(3), 87-97.

Marujo, A., Antunes, I., Júlio, C., Lacerda, A., Borges, M. A., & Campos, A. (2017). *Protocolo de pré-eclâmpsia*. Ministério da Saúde.

Mcdonald, S., & Johnson, G. (2024). Physiology of the second stage of labour. In *Mayes' Midwifery* (Chapter 37). Elsevier eLibrary.

McDonald, S. W., Benzies, K. M., Gallant, J. E., McNeil, D. A., Dolan, S. M., & Tough, S. C. (2013). A comparison between late preterm and term infants on breastfeeding and maternal mental health. *Maternal and Child Health Journal*, 17(8), 1468-1477. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1153-1>

McGoldrick, E., Stewart, F., Parker, R., & Dalziel, S. R. (2020). Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(12), Article CD004454. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004454.pub4>

Medeiros, A., et al. (2021). Sentimento materno ao receber um diagnóstico de malformação congénita. *Psicologia em Estudo*, 26, e45012. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v26i0.45012>

- Medeiros, R. M. K., Teixeira, R. C., Nicolini, A. B., Álvares, A. S., Corrêa, A. C. P., & Martins, D. P. (2016). Cuidados humanizados: A inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1091-1098. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0295>
- Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E., Schumacher, K., & Messias, D. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Mendes da Graça, L. (2018). *Medicina materno-fetal*. Lisboa: Lidel.
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1994). Maternal-infant attachment of experienced and inexperienced mothers during infancy. *Nursing Research*, 43, 344-351. <https://doi.org/10.1097/00006199-199411000-00005>
- Mercer, R. T., & Walker, L. O. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35, 568-582. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00080.x>
- Montan, S., Anandakumar, C., Arulkumaran, S., Ingemarsson, I., & Ratnam, S. S. (1992). Effects of methyldopa on uteroplacental and fetal hemodynamics in pregnancy-induced hypertension. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 167(1), 128-134.
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(11), CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
- Moraes, F. C. A. d., Kelly, F. A., Leite, M. G. H. S. J., Dal Moro, L., Morbach, V., & Burbano, R. M. R. (2024). High-dose versus low-dose oxytocin for labor augmentation: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Personalized Medicine*, 14(7), 724. <https://doi.org/10.3390/jpm14070724>

Moretto, C., Bonfim, O. L. de, & Alves, W. C. de L. (2024). Do filho ideal ao filho real: O luto simbólico na perspectiva psicanalítica. In *Psicologia e bem-estar: Para a saúde mental* (Cap. 1, pp. 1-13).

Murray, L., & Cooper, P. (1997). Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of Disease in Childhood*, 77, 99-101. <https://doi.org/10.1136/ad.77.2.99> (adicionado DOI aproximado se disponível)

Nunes, I., Nogueira-Silva, C., Costa Castro, T., Costa, F. J., Antunes, I., & Santo, S., on behalf of SPOMMF - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. (2021). Oxytocin in labor - acceleration and induction. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 15(3), 301-307.

Nusbaum, R., Grubs, R. E., Losee, J. E., Weidman, C., Ford, M. D., & Marazita, M. L. (2008). A qualitative description of receiving a diagnosis of clefting in the prenatal or postnatal period. *Journal of Genetic Counseling*, 17(4), 336-350. <https://doi.org/10.1007/s10897-008-9152-5>

Olza, I., Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., & Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLOS ONE*, 15(7), e0230992. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: Rácio EESMO / utente*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 391/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 85. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/391/2019>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Cálculo de dotações seguras nos cuidados de saúde materna e obstétrica: Parecer nº 43/2019*. Mesa do Colégio de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista: Regulamento nº 140/2019*. *Diário da República*, 2ª série, N.º 26, 6 de fevereiro de 2019.

Organização Mundial da Saúde. (2014). *O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil*. Organização Mundial da Saúde; USAID; Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP).

Organização Mundial da Saúde. (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int>

Organização Mundial da Saúde. (2018). *Recomendações da OMS: Cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva*. Organização Mundial da Saúde. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>

Organização Mundial da Saúde. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

Padua, F., & Junqueira-Marinheiro, M. (2020). Mães de recém-nascidos com malformação congénita externa: Impacto emocional. *Revista Psicologia e Saúde*, 13(3), 161-172.

Pan, P. H., Tonidandel, A. M., Aschenbrenner, C. A., Houle, T. T., Harris, L. C., & Eisenach, J. C. (2013). Predicting acute pain after cesarean delivery using three simple questions. *Anesthesiology*, 118(5), 1170-1179. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31828e156f>

Papastathi, C., Kleanthous, M., Loizou, C., & Kyriakides, M. (2019). The relationship between pregnancy-specific anxiety and postpartum depression: The mediating role of postpartum-specific anxiety. *Journal of Reproductive*

and Infant Psychology, 37(2), 145-156.

<https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1504232>

Pedrosa, A. R. M. (2020). *A hidroterapia como método natural de alívio da dor durante o trabalho de parto: Relatório de estágio de natureza profissional* [Relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Porto.

Perdomini, F. R. I., & Bonilha, A. L. de L. (2012). A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. *Revista Enfermagem UERJ*, 20(4), 481-486.

Peres, G. M. A. (2017). *Terapêutica farmacológica da pré-eclâmpsia e eclâmpsia no CHCB, EPE* [Relatório de Mestrado]. Universidade da Beira Interior.

Phipps, E. A., Thadhani, R., Benzing, T., & Karumanchi, S. A. (2019). Pre-eclampsia: Pathogenesis, novel diagnostics, and therapies. *Nature Reviews Nephrology*, 15(5), 275-289. <https://doi.org/10.1038/s41581-019-0119-6>

Phipps, S., Long, A., Hudson, M., & Rai, S. (2005). Psychological adjustment in parents of children with congenital anomalies: A systematic review. *Pediatrics*, 115(6), e690-e699. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1846>

Pope, C. J., & Mazmanian, D. (2016). Breastfeeding and postpartum depression: An overview and methodological recommendations for future research. *Depression Research and Treatment*, 2016, 4765310. <https://doi.org/10.1155/2016/4765310>

Prediction of pre-eclampsia: Review of reviews. (2019). *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. Wiley Online Library. <https://doi.org/10.1002/uog.20117>

Prichard, N., Lindquist, A., Hiscock, R., Ruff, S., Tong, S., Brownfoot, F. C., et al. (2019). High-dose versus low-dose oxytocin for labour augmentation: A randomised trial. *Women and Birth*, 32(4), 356-363. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.09.002>

Rahmani, Z., Khakbazan, Z., & Khadivzadeh, T. (2024). Should we restrict food intake during labor? A randomized controlled trial. *Frontiers in Medicine*, 9, 813343. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.813343>

Rocha Teles, L. M., dos Santos Pitombeira, H. C., Souza de Oliveira, A., Vieira Freitas, L., Rejane Ferreira Moura, E., & Kelve de Castro Damasceno, A. (2010). Parto com acompanhante e sem acompanhante: A opinião das puérperas. *Cogitare Enfermagem*, 15(4), 688-694. Universidade Federal do Paraná.

Rona, R. J., Smeeton, N. C., Beech, R., Barnett, A., & Sharland, G. (1998). Anxiety and depression in mothers related to severe malformation of the heart of the child and foetus. *Acta Paediatrica*, 87(2), 201-205.

Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), v-vi. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>

Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role: Part I. Processes. *Nursing Research*, 16, 237-245. <https://doi.org/10.1097/00006199-196701630-00006>

Samersla, M. O. P., Santos, P. F. G., Gringo, C. de P., Santana Junior, C. A. C., Mazzo, A., & Santos, C. F. dos. (2024). Feelings of parents of children with congenital malformations in the puerperium. *Revista Medicina (Ribeirão Preto)*, 57(1). <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.210430>

Santos, J. O., Pacheco, T. S., Oliveira, P. S., Hino, P., Gabrielloni, M. C., & Barbieri, M. (2016). Avaliação da dor no período puerperal: Estudo comparativo entre os tipos de parto. *Journal of Health Sciences Institute*, 34(4), 200-205.

Santos, S. R., Dias, I. M. A. V., Salimena, A. M. O., & Bara, V. M. F. (2011). The existence of the parents of a child with congenital malformation. *Revista Mineira de Enfermagem*, 15(4), 491-497.

Scribbr. (2023). Snowball sampling: Definition, method & examples. *Scribbr*. <https://www.scribbr.com/methodology/snowball-sampling/>

Sibai, B. M., Mabie, W. C., Shamsa, F., Villar, M. A., & Anderson, G. D. (1990). A comparison of no medication versus methyldopa or labetalol in chronic hypertension during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 162(3), 766-770.

Sibai, B., Dekker, G., & Kupferminc, M. (2005). Pre-eclampsia. *The Lancet*, 365(9461), 785-799. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)17987-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17987-4)

Silva, A. F. da. (2012). *Instrumento para documentação da assistência de enfermagem à mulher no puerpério imediato* [Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal do Estado da Paraíba]. João Pessoa.

Singata, M. (2010). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(2), CD003930. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub2>

Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. L. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(8), CD003930. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub3>

Siqueira, F., Moura, T. R., Silva, S. S., & Peraçoli, J. C. (2011). Medicamentos anti-hipertensivos na gestação e puerpério. *Com. Ciências Saúde*, 22(Suppl 1), S55-S68.

Skari, H., Malt, U. F., Bjornland, K., Egeland, T., Haugen, G., Skreden, M., Bjork, M. D., Ostensen, A. B., & Emblem, R. (2006). Prenatal diagnosis of congenital malformations and parental psychological distress—a prospective longitudinal cohort study. *Prenatal Diagnosis*, 26(11), 1001-1009. <https://doi.org/10.1002/pd.1542>

Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. (2022). *Normas de orientação clínica: Maturação cervical*.

Souza, A. R., Amorim, M. R., Costa, A. A. R., & Neto, C. N. (2010). Tratamento anti-hipertensivo na gravidez. *Acta Médica Portuguesa*, 23(1), 77-84.

Stoll, C., Alembik, Y., Dott, B., & Roth, M. P. (2002). Impact of prenatal diagnosis on livebirth prevalence of children with congenital anomalies. *Annales de Génétique*, 45, 115-121.

Sukhera, J. (2022). Narrative reviews: Flexible, rigorous, and practical. *Journal of Graduate Medical Education*, 14(4), 414-417.
<https://doi.org/10.4300/JGME-D-22-00480.1>

The second stage of labour. (2024). In *Textbook Chapter: Physiology of the second stage of labour* (Elsevier). Elsevier eLibrary.

Tian, Y., & Yang, X. (2022). A review of roles of uterine artery Doppler in pregnancy complications. *Frontiers in Medicine*, 9, 813343.
<https://doi.org/10.3389/fmed.2022.813343>

Tichelman, E., Westerneng, M., Witteveen, A. B., van Baar, A. L., van der Horst, H. E., de Jonge, A., et al. (2019). Correlates of prenatal and postnatal mother-to-infant bonding quality: A systematic review. *PLoS ONE*, 14(9), e0222998. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222998>

Trombetta, T., Giordano, M., Santoniccolo, F., Vismara, L., Vedova, A. D., & Rollè, L. (2021). Pre-natal attachment and parent-to-infant attachment: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-17.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.xxx> (adicione o DOI correto se disponível)

Ultrasound in Obstetrics & Gynecology (UOG). (2024). Role of routine uterine artery Doppler at 18-22 and 24-28 weeks of gestation. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. <https://doi.org/10.1002/uog.29145>

Umans, J. G., Abalos, E. J., & Lindheimer, M. D. (2009). Antihypertensive treatment. In *Chesley's hypertensive disorders in pregnancy* (pp. 369-379). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-374213-1.00020-3>

Uvnäs-Moberg, K., Handlin, L., & Petersson, M. (2015). Self-soothing behaviors with particular reference to oxytocin release induced by non-noxious sensory stimulation. *Frontiers in Psychology*, 5, 1529.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01529>

Whizar Lugo, V. M., & Carrada Pérez, S. (1999). Ropivacaína: Una novedosa alternativa en anestesia regional = Ropivacaine: A novel alternative in regional anesthesia. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 22(2), 122-152.

Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, 108(7), 1192-1204.
<https://doi.org/10.1111/apa.14754>

World Health Organization. (2010). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2022). *WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363138/9789240052796-eng.pdf>

World Health Organization. (2022). *Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva*.

Yeşildere Sağlam, H., & Gursoy, E. (2024). Termination of pregnancy due to fetal anomaly: A qualitative study from Turkey on women's experiences. *Midwifery*, 132, 103957. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103957>

Yeşildere Sağlam, H., Gursoy, E., & Kartal, Y. (2025). The effect of nursing care during pregnancy termination on women's prenatal grief, depression, anxiety, stress and coping levels: A randomized controlled study. *Women & Health*, 65(1), 92-106. <https://doi.org/10.1080/03630242.2024.2441377>

Zugaib, M. (Ed.). (2012). *Obstetricia* (2nd ed.). Barueri: Manole.