



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

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

**O SIGNIFICADO ATRIBUÍDO A GRAVIDEZ  
RESULTANTE DE TÉCNICAS DE PROcriação  
MEDICAMENTE ASSISTIDA**

**Relatório de Estágio de desenvolvimento de  
competências clínicas especializadas na área  
da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

Joana Rita Alves Castanheira

Porto | 2024

# ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

---

O SIGNIFICADO ATRIBUÍDO A GRAVIDEZ  
RESULTANTE DE TÉCNICAS DE PROcriação  
MEDICAMENTE ASSISTIDA

Desenvolvimento de competências especializadas  
na área da enfermagem em saúde materna e  
obstétrica

THE MEANING OF PREGNANCY RESULTING  
FROM ASSISTED REPRODUCTIVE  
TECHNOLOGY

Development of Specialized Skills in Maternal and  
Obstetric Health Nursing

Relatório de Estágio de natureza profissional  
orientado pela Professora Doutora  
Alexandrina Cardoso e coorientado pela  
Mestre Mónica Silva.

Autora: Joana Rita Alves Castanheira

Porto, 2024

*“What is grief if not love persevering?”* Vision

## DEDICATÓRIA

Para muitos conhecido como Abel, para os amigos e família conhecido como Tobel, para mim conhecido por Pai.

Dedico este trabalho ao meu pai, que, apesar de já não estar fisicamente presente, continua a ser a minha maior inspiração e força motriz.

Entrar neste mestrado no mesmo ano em que te despediste de nós foi uma das decisões mais difíceis da minha vida, marcada pela dor da tua ausência, mas também pelo desejo de honrar o teu legado e os valores que me transmitiste.

Pai, foste o meu exemplo de coragem, dedicação e amor incondicional, e é em tua memória que me esforço a cada dia para ser melhor, tanto profissionalmente como pessoalmente. Este percurso representa não só a realização de um sonho meu, mas também o reflexo de tudo o que aprendi contigo sobre persistência e resiliência.

Embora não possas estar aqui para ver este momento, sinto a tua presença em cada conquista e sei que estarás orgulhoso, a acompanhar-me deste lugar especial onde te encontras, na tua nuvem.

Este relatório e cada passo que dei neste caminho são para ti.

Obrigada por tudo, Pai.

## AGRADECIMENTO

Gostaria de expressar a minha profunda gratidão a todas as pessoas que me apoiaram ao longo desta jornada.

Em primeiro lugar, agradeço à Professora Doutora Alexandrina Cardoso e à Professora Mónica Silva, pela orientação, pela sua dedicação e paciência.

Agradeço também aos Docentes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto pela partilha de conhecimento e por serem inspirações no meu percurso académico.

Às minhas orientadoras nos campos de estágio, com especial agradecimento à Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Conceição Sousa, muito obrigada pela orientação preciosa, pelo acolhimento caloroso, por me fazer sentir parte da equipa, pelas aprendizagens práticas, profissionais e pessoais que me fizeram crescer não só como enfermeira mas como ser humano.

Às minhas colegas de curso, um grande obrigada a todas pelos momentos de partilha, camaradagem, aventura e companheirismo. Este percurso teria sido incomparavelmente mais difícil sem a vossa ajuda.

Agradeço também ao meu irmão João, à Susana por acreditarem em mim e me receberem de braços abertos no Porto para poder embarcar neste novo desafio do mestrado. Aos meus sobrinhos, Alice e Tomás, por me lembrarem que a vida passa depressa e o momento certo para a aproveitar é agora.

À minha querida avó e à minha mãe, que com o seu carinho, amor incondicional, força, resiliência e um pozinho de teimosia, são a personificação de uma vida de trabalho dura e uma verdadeira fonte de inspiração. Sem o seu exemplo de determinação e coragem, eu não existia e muito menos estaria onde estou hoje.

Ao meu namorado José, obrigada por tudo, por estares sempre presente, por seres o meu melhor amigo, o meu porto seguro de apoio e compreensão.

A todos, o meu sincero e profundo obrigada.

## RESUMO

O presente documento surge no âmbito da realização do estágio de natureza profissional, inserido no plano do segundo ciclo de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, no qual se prevê a aquisição de um conjunto de competências especializadas enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e a apresentação de um relatório sujeito a apreciação e discussão pública com o propósito de obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

O estágio de natureza profissional, centrado nas áreas de cuidados à mulher/família na gravidez normal e com complicações, no trabalho de parto e parto, no puerpério, assim como ao recém-nascido saudável e de risco, permitiu, através das experiências clínicas concretizadas, o desenvolvimento e aquisição de competências no âmbito da conceção de cuidados através da recolha de dados, identificação de diagnósticos e implementação de intervenções de enfermagem especializadas, fundamentando toda a prática clínica baseada em evidência.

No decorrer do estágio, em especial no contexto de gravidez com complicações, foi possível o contacto com diversas mulheres que recorreram às técnicas de procriação medicamente assistida. Ao observar a forma como estas relatavam a experiência da gravidez, surgiu a necessidade de aprofundar o conhecimento relativamente a esta temática. Com o intuito de dar resposta à necessidade mencionada, foi realizada uma revisão narrativa da literatura que procura compreender qual o significado atribuído à gravidez resultante das técnicas de procriação medicamente assistida, bem como qual o impacto do mesmo na transição vivenciada na gravidez, comparando com o significado atribuído à gravidez resultante de conceção espontânea.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Gravidez, Significado, Técnicas de procriação medicamente assistida.

## ABSTRACT

This document arises within the scope of the professional internship, included in the plan of the second cycle of studies of the Master's Course in Maternal and Obstetric Health Nursing at the Escola Superior de Enfermagem do Porto, in which the acquisition of a set of specialized skills as a future Specialist Nurse in Maternal Health and Obstetric Nursing and the presentation of a report subject to public assessment and discussion with the purpose of obtaining a Master's degree in Maternal Health and Obstetric Nursing.

The professional internship, focused on the areas of care for women/family in normal and complicated pregnancies, in labor and birth, in the postpartum period, as well as for healthy and at-risk newborns, allowed, through the clinical experiences carried out, the development and acquisition of skills within the scope of care design through data collection, identification of diagnoses and implementation of specialized nursing interventions, supporting all evidence-based clinical practice.

During the internship, especially in the context of pregnancies with complications, it was possible to contact several women who used medically assisted procreation techniques. When observing the way they reported their pregnancy experience, the need to deepen knowledge on this topic arose. In order to meet the identified need, a narrative review of the literature was carried out, seeking to understand the meaning attributed to pregnancy resulting from medically assisted procreation techniques, as well as its impact on the transition experienced during pregnancy, comparing it with the meaning attributed to pregnancy resulting from spontaneous conception.

Keywords: Maternal and Obstetric Health Nursing, Pregnancy, Meaning, Assisted Reproductive Technology.

**CHAVE DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS**

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists  
CNPMA – Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida  
CPPAS – Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde  
CTG - Monitorização cardiotocográfica  
DGS – Direção-Geral da Saúde  
EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica  
ERS – Entidade Reguladora da Saúde  
ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto  
FCF – Frequência cardíaca fetal  
FIV – Fertilização *in vitro*  
HPP – Hemorragia pós-parto  
IA – Inseminação artificial  
ICN – International Council of Nurses  
ICSI – Microinjeção intracitoplasmática  
IMG – Interrupção médica da gravidez  
MCEESMO - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica  
MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica  
NICE – National Institute for Health and Care Excellence  
NPWF – National Partnership for Women & Families  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PMA – Procriação medicamente assistida  
RCIU – Restrição do crescimento intrauterino  
RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists  
RGPD – Regulamento Geral de Proteção de Dados  
SGB – Streptococos Grupo B  
SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia  
SPOMMF - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal  
TEC - transferência de embriões criopreservados

**ÍNDICE**

<b>1. CARACTERIZAÇÃO DE CONTEXTOS DE ESTÁGIO .....</b>	<b>11</b>
1.1. Internamento de grávidas/medicina materno-fetal .....	11
1.2. Internamento no puerpério .....	12
1.3. Internamento no núcleo de partos .....	13
<b>2. CONCEÇÃO DE CUIDADOS: A REFLEXÃO SOBRE A AÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1. Cuidar a mulher que vivencia a gravidez com complicações .....</b>	<b>16</b>
2.1.1. Conceção de cuidados: Apoiar a mulher no processo de luto pelo filho imaginado	18
2.1.2. Significado atribuído à gravidez resultante de técnicas de procriação medicamente assistida – Revisão narrativa da literatura .....	31
<b>2.2. Cuidar a mulher durante o trabalho de parto e parto .....</b>	<b>42</b>
2.2.1. Conceção de cuidados: Exercícios facilitadores do trabalho de parto e promotores da autogestão para lidar com dor de trabalho de parto. ....	45
2.2.2. Conceção de cuidados: Gestão da apresentação fetal occipital posterior no trabalho de parto.....	67
2.2.3. Conceção de cuidados: Cuidar de uma puérpera com hemorragia pós-parto controlada com recurso a balão intrauterino.....	81
2.2.4. Conceção de cuidados: Assistência na vivência do luto e criação de memórias.....	90
<b>2.3. Cuidar a mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.....</b>	<b>98</b>
2.3.1. Conceção de cuidados: Promoção do conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido. ....	103
<b>3. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....</b>	<b>116</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>125</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>127</b>

**ÍNDICE DE QUADROS**

<i>Quadro 1 – Foco de atenção: Luto.</i>	26
<i>Quadro 2 – Foco de atenção: Adaptação à gravidez com complicações.</i>	27
<i>Quadro 3 – Foco de atenção: Adaptação à gravidez.</i>	28
<i>Quadro 4 – Foco de atenção: Ansiedade.</i>	29
<i>Quadro 5 - Significados atribuídos à gravidez nos grupos em estudo.</i>	42
<i>Quadro 6 - Avaliação da evolução do trabalho de parto da Sónia.</i>	47
<i>Quadro 7 – Foco de atenção: Trabalho de parto.</i>	55
<i>Quadro 8 – Foco de atenção: Nascimento.</i>	62
<i>Quadro 9 – Foco de atenção: Pós-parto.</i>	63
<i>Quadro 10 – Foco de atenção: Laceração 1.º grau no períneo após parto vaginal.</i>	64
<i>Quadro 11 - Avaliação da evolução do trabalho de parto da Diana.</i>	70
<i>Quadro 12 – Foco de atenção: Trabalho de parto.</i>	76
<i>Quadro 13 – Foco de atenção: Nascimento.</i>	78
<i>Quadro 14 – Foco de atenção: Pós-parto.</i>	79
<i>Quadro 15 – Foco de atenção: Trabalho de parto.</i>	82
<i>Quadro 16 – Foco de atenção: Pós-parto.</i>	88
<i>Quadro 17 - Resumo das monitorizações realizadas no seguimento da colocação do balão intrauterino.</i>	89
<i>Quadro 18 - Avaliação da evolução do processo de abortamento da Maria.</i>	95
<i>Quadro 19 – Foco de atenção: Luto.</i>	96
<i>Quadro 20 – Foco de atenção: Abortamento.</i>	97
<i>Quadro 21 - Atividades de avaliação da evolução da recuperação pós-parto e respetivos dados obtidos.</i>	105
<i>Quadro 22 – Foco de atenção: Pós-parto.</i>	106
<i>Quadro 23 – Foco de atenção: Adaptação à parentalidade.</i>	111
<i>Quadro 24 - Atividades de avaliação do exame físico do recém-nascido e respetivos dados obtidos.</i>	114
<i>Quadro 25 - Experiências clínicas ao longo do estágio de natureza profissional.</i>	117

## INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da realização do estágio de natureza profissional com relatório final, inserido no plano do segundo ciclo de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

O presente relatório descreve de forma crítico reflexiva o processo de aquisição de conhecimentos e competências clínicas diferenciadas e preconizadas para o exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), desenvolvido através de uma prática clínica supervisionada (Regulamento n.º 140/2019 e Regulamento n.º 391/2019 da OE, 2019).

O estágio de natureza profissional permitiu o desenvolvimento de competências no âmbito da recolha de dados, identificação de diagnósticos e implementação de intervenções de enfermagem especializadas, centrados nas necessidades de cuidados à mulher/família na gravidez normal e com complicações, no trabalho de parto, no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco.

No decorrer da prática clínica surgiu a necessidade de aprofundar conhecimentos relativos à vivência de uma gravidez subsequente a procriação medicamente assistida (PMA), uma vez que o EEESMO desempenha um papel de relevo no acompanhamento e reconhecimento das necessidades destes casais. Neste sentido desenvolveu-se uma revisão narrativa da literatura, com o objetivo de identificar e reconhecer o significado atribuído à gravidez resultante de técnicas de PMA.

O presente relatório divide-se em quatro capítulos. Num primeiro capítulo, são descritos e caracterizados os locais de estágio. O segundo capítulo diz respeito à apresentação dos casos clínicos desenvolvidos em cada contexto de estágio e tem como objetivo, demonstrar o processo de conceção de cuidados especializados centrados nas necessidades de cuidados à mulher/família na gravidez normal e com complicações, no trabalho de parto e parto, no

puerpério, no âmbito do autocuidado no pós-parto e da preparação para a parentalidade e ao recém-nascido saudável e de risco. Continuamos para o terceiro capítulo, uma reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem em contexto clínico com base na aquisição de competências específicas da área de enfermagem de saúde materna e obstétrica do EEESMO, descritas no Regulamento n.º 391/2019 da OE (2019). Por fim a conclusão final do relatório evidenciando a concretização dos objetivos propostos, as principais dificuldades, aspetos positivos e menos positivos, bem como projeções para o futuro.

## 1. CARACTERIZAÇÃO DE CONTEXTOS DE ESTÁGIO

O estágio de natureza profissional decorreu no ano letivo 2023-2024, compreendendo 800 horas de contacto que estão organizadas em três módulos: internamento de grávidas/medicina materno-fetal (200h), puerpério (100h) e bloco de partos (500h).

### 1.1. Internamento de grávidas/medicina materno-fetal

O estágio realizado no serviço de internamento de grávidas/medicina materno-fetal decorreu entre novembro de 2023 e janeiro de 2024, sob orientação de uma EEESMO.

Este serviço comporta o internamento de ginecologia bem como o internamento de grávidas com patologia associada, não controlada e/ou agudizada, que necessitam de monitorização e vigilância. Assim como as mulheres que experienciaram perda gestacional ou que foram submetidas a interrupção médica da gravidez (IMG).

O serviço abrange 34 camas das quais 12 estão inseridas em quartos individuais, quatro numa zona comum, dedicada aos internamentos de ginecologia e as restantes em quartos duplos.

Segundo o parecer n.º 43 de 2019 da MCEESMO relativo às dotações seguras, nas unidades de internamento de medicina materno-fetal está recomendado um rácio EEESMO/cliente de 1:3 na gravidez de alto risco e 1:6 na gravidez de baixo risco. No presente serviço a equipa de enfermagem era constituída por seis elementos nos turnos da tarde e da manhã e cinco no turno da noite. No presente serviço os cuidados prestados a grávidas eram assegurados exclusivamente por EEESMO e os enfermeiros de cuidados gerais integrantes da equipa ficavam alocados aos cuidados das utentes internadas por motivos ginecológicos, fornecendo apoio à equipa especializada se necessário.

No âmbito da hospitalização de grávidas com patologia associada, encontra-se estabelecido um conjunto de atividades de vigilância de rotina para monitorizar o estado de saúde da mulher e do feto. Estas incluíam a avaliação do bem-

estar materno-fetal através da monitorização cardiotocográfica (CTG) realizada todos os turnos (manhã, tarde, noite) para grávidas com idade gestacional superior a 25 semanas e auscultação de ruídos fetais de manhã e à noite para idades gestacionais inferiores. Assim como a avaliação de sinais vitais pelo menos uma vez/turno e quando necessário.

## **1.2. Internamento no puerpério**

O estágio no serviço de internamento do puerpério decorreu entre janeiro de 2024 e fevereiro de 2024 sob orientação de uma EEESMO.

O serviço abrange 34 camas das quais 12 estão inseridas em quartos individuais e as restantes em quartos duplos. Os acompanhantes das puérperas internadas nos quartos individuais têm a possibilidade de pernoitar se assim for da sua vontade. Os acompanhantes das puérperas internadas nos quartos duplos não usufruíam desta possibilidade.

De acordo com as dotações seguras (MCEESMO, 2019) no puerpério os cuidados devem ser assegurados exclusivamente por EEESMO e considera-se adequado um rácio EEESMO/cliente de 1:3 no puerpério patológico e 1:6 no puerpério normal. No presente serviço a equipa de enfermagem era constituída por seis elementos no turno da manhã e cinco no turno da tarde e da noite. Apesar do recomendado, a equipa de enfermagem era composta por enfermeiros de cuidados gerais e EEESMO.

As puérperas admitidas ao internamento de puerpério proveem na sua maioria, do internamento no núcleo de partos ou do recobro cirúrgico após cesariana. O serviço realiza também a admissão de grávidas com cesariana programada. Em algumas ocasiões, perante a presença de uma complicação no pós-parto, o serviço recebe puérperas que recorreram ao serviço de urgência provenientes do domicílio.

No âmbito da hospitalização de puérperas e recém-nascidos, encontra-se estabelecido um conjunto de atividades de vigilância para monitorizar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido. Estas incluíam a avaliação dos sinais

vitais maternos uma vez/turno e a avaliação da recuperação pós-parto, o rastreio de cardiopatias aos recém-nascidos com 24 horas de vida e a monitorização do peso do recém-nascido no dia da alta.

Segundo o protocolo de serviço e as recomendações da OMS (2022b), as puérperas que vivenciaram um parto vaginal permanecem em média 48h no serviço, as puérperas que foram submetidas a cesariana permanecem em média 72h no serviço de puerpério desde que este tenha decorrido sem intercorrências.

### **1.3. Internamento no núcleo de partos**

O estágio no núcleo de partos decorreu entre fevereiro de 2024 e junho de 2024 sob orientação de uma EEESMO.

O núcleo de partos comporta sete salas de partos. Estas encontram-se equipadas com todo o material necessário para providenciar assistência à parturiente e ao recém-nascido. Contêm uma cama móvel, com suporte para medicação, duas máquinas de perfusão, uma destinada normalmente à analgesia epidural e outra à perfusão de ocitocina, um cardiotocógrafo com monitor digital podendo alternar entre sondas com ou sem fios, um reanimador neonatal totalmente equipado, uma bancada com material de consumo, um lavatório e balança para pesagem do recém-nascido, locais definidos para separação dos lixos, uma casa de banho equipada com sanita, chuveiro e lavatório.

Para além destas, apresenta uma divisão ampla com seis camas e um balcão de enfermagem. Três camas dedicadas à indução de trabalho de parto, e três camas dedicadas às expectantes. Entre camas encontram-se divisórias para providenciar privacidade sempre que necessário e uma cadeira onde o acompanhante poderá descansar.

Apresenta também um balcão de enfermagem no corredor principal onde se encontra um monitor com projeção contínua de todas as monitorizações

cardiotocográficas que estiverem a ser realizadas com atualização de dados em tempo real.

No corredor secundário, de livre acesso a todas as mulheres internadas no núcleo de partos e seus acompanhantes, estas têm a possibilidade de caminhar livremente e utilizar os dispositivos facilitadores do trabalho de parto (bola de pilates, lentilha, rebozo).

O núcleo de partos engloba também a urgência de ginecologia e obstetrícia encontrando-se dois membros da equipa alocados a esses locais, um na sala de triagem e o segundo na sala de monitorização de CTG. As parturientes que são admitidas ao núcleo de partos podem ser admitidas através da urgência ou através da sua transferência do internamento de gravidez com complicações. Na instituição encontram-se também várias salas cirúrgicas disponíveis, das quais uma é exclusivamente dedicada a cesarianas de emergência.

Relativamente às dotações seguras (MCEESMO, 2019), nas unidades de assistência ao trabalho de parto e nascimento considera-se adequado um rácio EEESMO/cliente de 1:3 na indução de trabalho de parto, de 1:2 no 1.º estadio de trabalho de parto e de 1:1 no 2.º segundo estadio de trabalho de parto. No presente serviço a equipa de enfermagem era constituída por sete EEESMO nos turnos da tarde e da manhã e seis EEESMO no turno da noite.

Para as parturientes internadas para indução do trabalho de parto existia um rácio de 1:4 uma vez que para além das três camas disponíveis para indução a enfermeira responsável, assumia também os cuidados prestados na sala de partos número sete, quando necessário.

Para cada três parturientes internadas em fase latente do trabalho de parto existia uma EEESMO dedicada a prestar todos os cuidados. Para cada duas salas de parto, onde se encontram parturientes em fase ativa e no segundo período de trabalho de parto, existe uma EEESMO responsável pelos cuidados.

Na execução deste documento foi atendida a privacidade dos titulares de dados pessoais. O tratamento de dados cumpriu as normas relativas à sua

proteção, consoante o RGPD da Lei n.º 58 de 2019. Todos os nomes e datas mencionados neste relatório são fictícios. A atribuição de nomes fictícios pontua-se pela personalização dos cuidados prestados.

## 2. CONCEÇÃO DE CUIDADOS: A REFLEXÃO SOBRE A AÇÃO

Compete ao EEESMO a responsabilidade e a capacidade de identificar diagnósticos e implementar intervenções, que visem dar resposta às necessidades da mulher e do recém-nascido. Atendendo a um dos objetivos do presente relatório de estágio, surge o capítulo conceção de cuidados, que envolve uma reflexão sobre a ação prática. Esta reflexão, fundamentada em casos clínicos pretende espelhar o exercício de uma prática clínica baseada na evidência científica mais atualizada.

### 2.1. Cuidar a mulher que vivencia a gravidez com complicações

O estágio desenvolvido no internamento de grávidas de risco revelou-se desafiante. Ao ingressar no serviço e ao conhecer as histórias de vida de cada mulher, sente-se uma mistura de tristeza e esperança no ar. Era um espaço onde o tempo passava lentamente, mas com um peso considerável. Este ambiente exigia dos profissionais uma dedicação constante, uma sensibilidade apurada e uma capacidade de lidar com as emoções que surgiam a cada momento. A complexidade dos casos e a vulnerabilidade das grávidas impunham uma atenção redobrada, onde cada gesto e cada decisão poderiam fazer a diferença no cuidado e na esperança renovada dessas mulheres.

No contexto de vigilância da gravidez com complicações em internamento, o EEESMO tem a responsabilidade, de acordo com as suas competências, de cuidar da “*mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal*” potenciando e vigiando a saúde e bem-estar materno e fetal (Regulamento n.º 391/2019 da OE, 2019, p. 13561).

Neste sentido as experiências clínicas neste contexto permitiram-me desenvolver competências no sentido de vigilância e assistência na gravidez como a avaliação do bem-estar materno e fetal através da monitorização cardiotocográfica e avaliação de sinais vitais; promoção da adaptação à gravidez e saúde mental na gravidez; promover o conhecimento sobre medidas

de alívio de desconfortos da gravidez e sobre sinais de risco; promoção da preparação para o parto e parentalidade, da realização do plano de parto e promoção do aleitamento materno (Regulamento n.º 391/2019 da OE, 2019).

No seguimento da competência do EEESMO de avaliar o bem-estar materno e fetal pelos meios técnicos e clínicos apropriados, inerente ao contexto de gravidez e trabalho de parto, o primeiro local de estágio verificou-se fundamental para desenvolver competências neste sentido, em particular a monitorização da frequência cardíaca fetal (FCF) através de monitorização da cardiotocografia (CTG).

O CTG é realizado com recurso à colocação de duas sondas sobre o abdómen da grávida, uma capta as contrações uterinas, colocada sobre o fundo uterino e a segunda, doppler, avalia FCF colocada sobre o foco fetal. O foco fetal é o ponto ótimo de auscultação da FCF e deve ser identificado através das manobras de Leopold (FIGO, 2015; Nené et al., 2016). A avaliação do traçado cardiotocográfico está sujeita a subjetividade de interpretação dos profissionais de saúde. A ACOG (2009a), no sentido de evitar subjetividades e padronizar os cuidados definiu a nomenclatura de interpretação do CTG, a sua categorização por tipos segundo as suas características fisiológicas e patológicas e as medidas corretivas a tomar perante traçados patológicos.

Pude também desenvolver competências específicas da gestão da gravidez com complicações como monitorizar, identificar e referenciar desvios à gravidez fisiológica; identificar, orientar e assistir em caso de abortamento; apoiar a mulher e família durante o período de luto em caso de abortamento; e acompanhar a mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez (Regulamento n.º 391/2019 da OE, 2019).

Durante o estágio, foi possível prestar cuidados a grávidas com diversos diagnósticos como pré-eclâmpsia, ameaça de parto pré-termo, restrição do crescimento intrauterino, colestase gravídica, placenta prévia, oligoâmnios, rotura prematura de membranas, hiperémese gravídica, entre outras, que me permitiram aumentar o meu conhecimento científico e capacidades de assistência neste âmbito.

### 2.1.1. Conceção de cuidados: Apoiar a mulher no processo de luto pelo filho imaginado

Ao cuidar de uma grávida com patologias como a restrição do crescimento intrauterino, oligoâmnios e placenta prévia, a elaboração do atual plano de cuidados possibilitou o aprimoramento dos meus conhecimentos nesse campo. Para além disso, a grávida apostou sempre numa abordagem e tomada de decisão tendo por base a escolha informada querendo obter o máximo de conhecimento possível, pelo que era fundamental, para responder às necessidades específicas da mesma, fornecer-lhe informação científica adequada e atualizada.

O desenvolvimento e aplicação da comunicação empática, capacidade que deve estar inerente a todos os cuidados do EEESMO, tornou-se especialmente importante neste caso, devido à sensibilidade da gestação, sendo originada por FIV e como citado pela própria “a sua última possibilidade de estar grávida” e estando inerentes várias complicações da gravidez. Saber como gerir o *stress* emocional e incertezas vivenciadas pela grávida e família mantendo uma atitude confiante, solidária e empática e fornecendo suporte e orientação de forma sensível e eficaz foi desafiante devido à complexidade e ao peso emocional envolvidos.

O presente caso clínico foi também escolhido com base na sua relevância para a atuação profissional do EEESMO, conforme o regulamento da sua prática. A escolha justifica-se pelas competências essenciais que o EEESMO deve desenvolver no contexto do cuidado integral à mulher, ao casal e à família, sobretudo em situações de elevada carga emocional e de impacto significativo no ciclo de vida, como o luto perinatal associado à perda do filho imaginado.

A Ana, 41 anos, primigesta. Internada no serviço de gravidez com complicações/medicina materno-fetal por diagnóstico de restrição de crescimento intrauterino e placenta prévia.

A placenta prévia é aquela que cobre o orifício cervical interno (Jain et al., 2020; RCOG, 2018). Esta não deve ser confundida com placenta de inserção baixa (margem da placenta localiza-se a uma distância inferior ou igual a 20mm

do orifício cervical interno. O diagnóstico de placenta prévia é realizado após as 20 semanas de gestação. Esta manifesta-se de forma indolor, através de perda vaginal de sangue vermelho vivo sem coágulos (Jain et al., 2020; RCOG, 2018).

Perante o diagnóstico de placenta prévia, Jain et al. (2020) recomenda a realização de cesariana entre as 36 semanas e 36 semanas e seis dias de gestação, em mulheres com fatores de risco associados como distância cervical reduzida, cesariana anterior, perda sanguínea vaginal na gravidez, entre outros e a partir das 37 semanas de gestação na ausência de fatores de risco.

A restrição de crescimento intrauterino (RCIU) está relacionada com fatores maternos, fetais, ambientais e maioritariamente placentários e a sua etiologia é difícil de identificar (Cabral et al., 2022; Neto et al., 2011).

O feto com restrição do crescimento é aquele que em determinada idade gestacional ainda não atingiu o seu potencial genético de crescimento para essa mesma idade gestacional (ACOG, 2019b).

É importante distinguir os fetos com restrição de crescimento, dos fetos fisiologicamente pequenos pois estes apresentam riscos de resultados perinatais adversos diferenciados. Para tal, Gordijn et al. (2016) procuraram definir a classificação de RCIU. Através de um estudo Delphi englobaram fatores determinantes da função placentária (Índice de pulsatilidade da artéria umbilical > P95, IP médio das Artérias Uterinas > P95), medidas biométricas fetais (perímetro abdominal e peso ponderal). Distinguiram também RCIU precoce (antes das 32 semanas de gestação) de tardia (às ou após as 32 semanas de gestação). Tais fatores de classificação e diagnóstico são utilizados atualmente para o diagnóstico de RCIU através de ecografia. O feto fisiologicamente pequeno é aquele que se encontra abaixo do percentil 10. Um feto com restrição de crescimento intrauterino é aquele que se encontra abaixo do percentil 10 e apresenta alterações nos parâmetros anteriormente descritos definidas por Gordin et al. (2016).

Quando a causa da restrição de crescimento não é possível resolver, o melhor tratamento é o parto. Desta forma de acordo com o estado fetal e materno, opta-se primeiramente por uma atitude expectante e de vigilância até estarem reunidas as melhores condições possíveis para o parto.

Perante o diagnóstico confirmado de RCIU, no âmbito da vigilância e promoção do bem-estar materno e fetal está recomendado avaliar a altura uterina; monitorizar bem-estar fetal através da vigilância do traçado cardiotocográfico e fornecer apoio emocional à grávida, respondendo às suas necessidades. Compete à equipa multidisciplinar realizar ecografia para vigilância de fluxometria Doppler e biométrica fetal; ponderar a via de parto e programar a data do parto, ou neste caso, da cesariana (ACOG, 2019b; Montenegro et al., 2014).

A Ana, juntamente com o marido Nuno, recorreu às técnicas de PMA para engravidar. Segundo a Ana, esta foi a uma consulta de acompanhamento familiar por volta dos seus 38 anos onde foi avaliada e de acordo com os seus desejos de ser mãe, decidiu cessar o método contraceptivo em uso (pílula) para tentar engravidar. Ao fim de um ano de relações sexuais desprotegidas, recorreram à consulta de apoio à fertilidade por sugestão da médica de família, onde lhes foi sugerido, após avaliação, a FIV. A presente gravidez muito desejada é resultado uma FIV de apenas um embrião, a primeira tentativa do casal.

A Ana refere-se à gravidez como a sua última oportunidade de ser mãe. A mesma refere que após esta gravidez não quererá mais nenhuma. Acrescenta que esta gravidez é algo que sempre desejou e que foi difícil de obter, mas está preparada para fazer o que for preciso para a manter e para que corra tudo bem com o seu filho. Podemos então concluir que a Ana considera a presente gravidez como um acontecimento positivo que lhe irá permitir concretizar algo tão desejado pela própria o sonho de ser mãe. Desta forma, é possível inferir, que a mesma atribui um significado facilitador à gravidez vivenciada.

Foi internada no serviço de gravidez com complicações com 26 semanas de gestação após ter recorrido ao serviço de urgência por perda sanguínea vaginal, onde foi posteriormente, através de avaliação ecográfica, identificada a presença de placenta prévia central e restrição de crescimento intrauterino do bebé Salvador. Atualmente encontra-se com uma idade gestacional de 29 semanas e um dia.

No momento do internamento a Ana realizou um ciclo de corticoterapia para maturação pulmonar fetal, duas doses de betametasona, 12mg, intramuscular, a cada 24 horas. Esta está recomendada a partir das 24 semanas de gestação até às 33 semanas e seis dias, em todas as situações em que existe risco de parto pré-termo nos sete dias seguintes. Existe ainda possibilidade de repetir um ciclo de resgate com um intervalo mínimo 14 dias, não havendo consenso na evidência atual relativamente ao número máximo de ciclos de resgate de repetição (Areia et al, 2024; Gyamfi-Bannerman et al., 2016; SPOMMF (2018).

A SPOMMF (2018) salienta que a corticoterapia não é isenta de riscos e que poderá afetar a função placentária, o crescimento fetal, entre outros. Em relação à restrição de crescimento fetal, os benefícios da administração de corticoterapia são superiores aos riscos que esta acarreta. Esta terapêutica poderá evidenciar alguns efeitos secundários transitórios nos três a quatro dias seguintes, como alterações na fluxometria umbilical e cerebral, bem como na diminuição dos movimentos fetais e da variabilidade da frequência cardíaca fetal que deverá ter sido em conta na vigilância do traçado cardiotocográfico (Areia et al., 2024).

O presente plano de cuidados refere-se aos cuidados prestados à grávida durante o turno da manhã (08:00-14:00h) em contexto de internamento no serviço de medicina materno-fetal.

Durante o turno explanado no plano de cuidados, após ecografia de rotina a Ana foi informada que o bebé se encontrava com oligoâmnios e que existia a possibilidade de ter de se antecipar a cesariana.

O líquido amniótico desempenha um papel fundamental na proteção física, funcional e no equilíbrio do ambiente intrauterino para o feto. Embora a quantidade de líquido amniótico possa ser estimada através do exame clínico, o diagnóstico preciso é realizado por meio de ultrassonografia. O líquido amniótico reduzido, oligoâmnios, pode surgir como uma complicação da restrição de crescimento fetal. Com a deficiente perfusão placentária, a diminuição do fluxo sanguíneo da placenta para o feto, obriga a que ocorra uma redistribuição sanguínea para o coração e cérebro, tornando deficitários os restantes órgãos. Os pulmões e os rins fetais, principais fontes de líquido amniótico, sob esta circunstância produzem menos líquido amniótico. Por sua vez, a hipoxia aos tecidos fetais irá também agravar o crescimento fetal, tornando-se um ciclo vicioso (Dias et al., 2011).

Segundo as orientações da ACOG (2021), perante a identificação de placenta prévia e ausência de complicações ou início de trabalho de parto, a cesariana deve ser programada para as 36-37 semanas de gestação caso não esteja associada a nenhuma outra complicação. Os mesmos critérios aplicam-se no caso de oligoâmnios. No caso da restrição de crescimento fetal, a cesariana, tendo em consideração a avaliação ecográfica poderá ser programada entre as 30 semanas, situações de maior risco fetal, e as 39 semanas (ACOG, 2021). A decisão final no que toca à data da realização da cesariana seria tomada no dia seguinte após realização de nova ecografia em jejum para avaliação do bem-estar e desenvolvimento fetal.

A Ana não apresenta antecedentes pessoais nem alergias alimentares ou medicamentosas. Não apresenta hábitos de consumo de substâncias. O seu grupo sanguíneo é B Rh positivo.

A gravidez foi acompanhada pelo Centro de Saúde de referência desde a consulta pré-concepcional e posteriormente pelo hospital e consultas de apoio à PMA.

No presente turno encontrava-se sozinha, mas referiu que todos os dias recebia visitas do marido ou da irmã, normalmente ao fim da tarde.

Pelas 09:30h a Ana regressa ao seu quarto visivelmente preocupada (olhos arregalados e chorosos, passo apressado). Ao entrar no quarto, a Ana encontrava-se sentada na cama chorosa devido à possibilidade de ter de se antecipar a cesariana.

Um bebé planeado ganha vida na imaginação de uma mãe e de um pai, mesmo antes de ser concebido, tornando-se cada vez mais real com o progredir da gravidez. Neste momento, tecem-se expectativas, fantasias, comparações físicas e imaginações que para aquele casal caracterizam o seu bebé fortalecendo a ligação mãe/pai-filho (ICN, 2019; Lowdermilk & Perry, 2008; Silva, 2010).

Porém no decorrer da experiência de gravidez e parto, podem surgir eventos críticos com repercussões emocionais como o nascimento pré-termo ou o nascimento por cesariana desenvolvidos no seguinte caso clínico.

De acordo com Walsh (2023), no contexto da parentalidade, são muitas as perdas que o casal pode vivenciar para além da morte fetal.

A perda do bebé idealizado pode manifestar-se em situações como o nascimento prematuro, a presença de uma doença crónica, malformação ou a necessidade de hospitalização, o que implica a redefinição de papéis e competências parentais (Walsh, 2023).

A idealização do bebé ao nível do imaginário implica um processo de luto mais difícil pois é necessária uma adaptação à nova realidade que acentua a distância entre o filho idealizado e o real, e que exige a reconsideração de papéis, alteração de projetos e expectativas e aceitação de mudanças (Bowlby, 1998, citado em Barbosa 2023; Silva, 2010).

Para Lowdermilk e Perry (2008) denomina-se de luto o processo de reestruturação da vida sem alguém específico que implica sofrimento e os sentimentos e comportamentos que deste advêm retratam-se como reações de luto. Estas são condicionadas por fatores pessoais como o significado atribuído à perda, autoestima, autoconfiança entre outros, fatores culturais/sociais como o estigma associado à perda gestacional, a legislação nestes âmbitos que nem

sempre facilita o processo de luto, os apoios sociais e familiares, e ambientais como a equipa de profissionais de saúde que acompanham o processo e a sua atitude e conhecimento sobre como agir e confortar perante a perda ou mesmo a coordenação e políticas das instituições de saúde (Fernández-Férez et al., 2021; Martínez-García et al., 2023).

Segundo o ICN (2019, p.82), o luto é uma emoção caracterizada por:

*“Sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa, antecipatória ou real; choque e descrença (fase de choque); exaustão, cansaço extremo e letargia, angústia mental, reações de perda e pranto, chorar ou soluçar, alarme, descrença, raiva, negação (fase de reação); ajuste, aceitação, reorientação, expressão de sentimentos de perda, aceitação da realidade da perda, ausência de stress somático, expressão de expectativas positivas sobre o futuro (fase de aceitação) ”.*

À semelhança das descrições anteriores, outros autores distinguem ainda o luto em quatro fases acrescentando a fase de desorganização. Esta antecipa a fase de aceitação descrita pelo ICN (2019) e caracteriza-se por consciencialização da realidade da perda, apresentando repercussões nas atividades de vida diárias, afetando o sono, a concentração e a autoestima (Lowdermilk & Perry, 2008).

Importa também abordar o conceito de luto antecipatório, ou por antecipação, que surge quando se tem conhecimento de uma possível perda, seja pela perda do filho imaginado com o parto prematuro ou com diagnóstico de malformações, ou seja, na perda do filho real após decisão de interrupção voluntária ou médica da gravidez (Lowdermilk & Perry, 2008). Perante o conhecimento prévio de uma complicação e vivência do luto antecipatório o casal tem oportunidade de planear e decidir o que fazer sentindo mais controlo sobre todo o processo facilitando, em certa medida, a vivência da perda.

A perda do filho idealizado implica também a perda ou reestruturação do papel parental, constituindo-se, segundo Walsh (2023), a mais dolorosa e significativa perda vivenciada pela mãe e pelo pai. Estudos sugerem que o tempo necessário para que alguém consiga lidar com essa experiência varia, sendo determinado pela individualidade de cada um podendo levar dias a anos (Teixeira et al., 2021; Lowdermilk & Perry, 2008).

Os profissionais de saúde desempenham um papel crucial no apoio à família. Fornecem apoio, amparo, suporte emocional, informação e orientação no processo de despedida do filho real ou imaginado (Teixeira et al. 2021). O tema do luto e da perda quando evitado conduz a desfechos negativos, desta forma, cabe à EEESMO escutar ativamente e identificar sinais e sintomas evidenciados pela mulher e casal como frustração, decepção, revolta, tristeza, culpa por ter sido incapaz de fazer algo para modificar a situação, choro e em casos mais complexos, a depressão e atuar em conformidade elaborando estratégias de suporte e apoio ao casal, envolvendo a rede de apoio ou mesmo referenciar para o profissional adequado como psicólogo e/ou assistente social (Martínez-García et al., 2023; Santos et al., 2012). Para além da escuta ativa, proporcionar um espaço acolhedor, livre de juízos de valor, com privacidade e orientar de acordo com as especificidades de cada fase do luto, permite ao casal vivenciar este processo com o mínimo de sofrimento possível.

No apoio e escuta da mulher e acompanhante, o EEESMO deverá ter em consideração pequenos detalhes na comunicação verbal e não-verbal que poderão fazer toda a diferença na disponibilidade à partilha apresentada pelo casal. O posicionamento em relação ao casal, a expressão facial adequada revelando preocupação e interesse, inclinar-se para a frente, aguardar em silêncio para permitir a organização de pensamentos, o toque terapêutico e a confirmação que está em escuta ajudam o casal a exprimirem os seus sentimentos e facilita o processo de luto (Lowdermilk & Perry, 2008; Martínez-García et al., 2023).

No presente caso face ao diagnóstico de luto pelo filho imaginado, torna-se necessário investigar o significado atribuído a esta perda, com o objetivo de

apoiar a grávida na sua transição (Quadro 1). Para a Ana, o significado atribuído a perda do filho idealizado revelou-se facilitador, uma vez que esta referiu que “Apesar de estar nervosa e preocupada com o Salvador, não me importo de antecipar a cesariana desde que ele fique bem e possa estar com ele quando tudo melhorar e passar.” (SIC).

**Quadro 1 – Foco de atenção: Luto.**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Luto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>09:00H – A Ana realizou uma ecografia no setor onde foi informada que apresentava oligoâmnios e onde lhe foi explicado a possibilidade de ter de se antecipar a cesariana.</li> <li>09:30H – Grávida apresentava-se chorosa.</li> </ul>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>A grávida apresenta-se com 29 semanas e um dia de gestação.</li> </ul>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Luto [pelo filho imaginado]
<b>OBJETIVO:</b> Facilitar o processo de luto	
<b>INTERVENÇÕES:</b>	
09:40H - Gerir o ambiente	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Providenciar privacidade, solicitar às colegas que não deixem ninguém entrar no quarto à exceção dos familiares ou profissionais de saúde se extremamente necessário;</li> <li>Sentar na cadeira ao mesmo nível, posicionada virada para a grávida a cerca de 45 graus e distanciada entre um a dois metros, evitando constrangimentos e pressão (Lowdermilk &amp; Perry, 2008).</li> </ul>	
09:40H - Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aguardar em silêncio mantendo o interesse. Identificar respostas à perda. Validar as emoções sentidas.</li> </ul>	
09:40H - Executar escuta ativa	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ouvir atentamente, concentrar-se no que é dito. Responder com honestidade com frases simples e objetivas. Evitar generalizações e juízos de valor. Promover o silêncio para a reestruturação de pensamentos.</li> </ul>	

**Quadro 2 – Foco de atenção: Adaptação à gravidez com complicações.**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Adaptação à gravidez com complicações
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>09:50H – A Ana questionou à enfermeira o que significava para o bebé ter pouco líquido amniótico.</li> </ul>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>09:00H – A Ana realizou uma ecografia no setor onde foi informada que apresentava oligoâmnios e onde lhe foi explicado a possibilidade de ter de se antecipar a cesariana.</li> <li>A grávida apresenta-se com 29 semanas e um dia de gestação.</li> </ul>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre oligoâmnios e o bem-estar fetal
<b>OBJETIVO:</b> Promover autogestão de complicações da gravidez	
<b>INTERVENÇÃO:</b>	
09:50H - Ensinar sobre a relação entre oligoâmnios e o bem-estar fetal	
<ul style="list-style-type: none"> <li>O oligoâmnios caracteriza-se pelo volume de líquido amniótico abaixo do esperado para a idade gestacional. O líquido amniótico apresenta várias funções entre as quais amortecimento do bebé dentro do útero, regulação da temperatura entre outros, pelo que a sua diminuição compromete o bem-estar fetal e o seu desenvolvimento. A restrição do crescimento intrauterino como evidenciada pelo Salvador poderá ser uma das causas do oligoâmnios, entre outras (Dias et al., 2011).</li> </ul>	

No decorrer do acompanhamento da Ana (10:30h), a mesma questiona: “Eu já sabia que o Salvador muito possivelmente não iria ser um bebé de 37 semanas e grande. Tanto eu como o pai nascemos pequeninos e em cima disso com a restrição de crescimento que lhe foi diagnosticada já tinha percebido que iria ser um bebé pequenino. Agora se a cesariana tiver de ser muito antecipada ele vai nascer muito diferente de um bebé já com mais tempo de gravidez? O que devo esperar quando o vir? Não me quero assustar.” (SIC).

Perante estas questões procurou-se saber ao certo o que a Ana gostaria e estava preparada para saber sobre o seu bebé ao qual ela responde “Eu já sei que nesta fase é importante falar com ele, porque já começa a conseguir ouvir e que começam a ficar mais evidentes os seus movimentos, mas o que eu quero saber é mesmo fisicamente como é que ele vai ser.” (SIC).

Desta forma, procurou-se saber qual era a sua expectativa para a aparência física do Salvador e a Ana responde “Sei que será pequenino e que em

princípio já se assemelha a um bebé todo formado, mas será do tamanho da minha mão, mais pequeno, maior, já abre os olhos, tem os dedos formados? Quanto a isso eu não sei nada.” (SIC).

Fornecer informação sobre os procedimentos futuros (Quadro 3), o que é esperado e a aparência do feto é importante no sentido de dar ferramentas ao casal para desenvolverem estratégias de *coping* para o que se irá suceder (Fernández-Férez et al., 2021).

**Quadro 3 – Foco de atenção: Adaptação à gravidez.**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Adaptação à gravidez
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10:30H - A grávida questiona: “Agora se a cesariana tiver de ser muito antecipada ele vai nascer muito diferente de um bebé já com mais tempo de gravidez? O que devo esperar quando o vir? Não me quero assustar.” (SIC).</li> <li>• 10:30H - A grávida refere: “O que eu quero saber é mesmo fisicamente como é que ele vai ser.” (SIC).</li> <li>• 10:30H - A grávida refere: “Sei que será pequenino e que em princípio já se assemelha a um bebé todo formado” (SIC).</li> </ul>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A grávida apresenta-se com 29 semanas e um dia de gestação.</li> </ul>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento fetal
<b>OBJETIVO:</b> Promover ajustamento à gravidez	
<b>INTERVENÇÃO:</b>	
10:40H - Ensinar sobre desenvolvimento fetal	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar que a partir das 29 semanas de gestação, a pele do Salvador torna-se mais rosada mas mantém-se lúzida, brilhante. Poderá já apresentar algum cabelo, mas este facto varia muito entre bebés. Nesta fase já apresenta pestanas, sobrancelhas e pálpebras. Todos os dedos das mãos e pés já se encontram formados e podem já apresentar unhas. Quanto ao peso e comprimento, estas medidas nem sempre são possíveis de prever. Com o diagnóstico de RCIU como tem o Salvador, estas medidas poderão ser diferentes, no entanto, para um bebé de 29 semanas sem RCIU prevê-se que este pese cerca de 1kg a 1,5kg e meça entre 30-40 cm de comprimento. (Cardoso et al., 2023b; Lowdermilk &amp; Perry, 2008; Moore et al., 2016b);</li> <li>• Após ter sido questionada se gostaria de ver algumas fotografias de exemplo, a Ana responde que sim. Apresentação de fotografias de recém-nascidos prematuros de cerca de 29 semanas.</li> </ul>	

Perante a visualização das imagens a Ana demonstrou-se mais tranquila neste aspeto e surgiram-lhe outras questões: “E a cesariana como é que será? O pai vai poder lá estar, ele vai ver o bebé, pode pegar nele?” (SIC). Acrescenta também algumas questões em relação ao procedimento da cesariana propriamente dito “Durante a cesariana eu vou estar acordada, que anestesia vou levar? E depois da cesariana onde vou ficar internada? Fico ansiosa só de pensar nisto e não saber como vai ser.”.

Depois de explicar à Ana que ficaria num serviço diferente do Salvador, foi-lhe dado tempo para processar a informação, mantendo-se o silêncio. Após a integração destes novos conhecimentos (11:30h), Ana perguntou: “Mas eu depois gostava de o visitar e gostava que ele me comesse a conhecer como mãe dele. Eu posso visitá-lo? Como é o serviço onde ele estará? Como irá funcionar com a amamentação?” (SIC). Foi então necessário intervir para promover a autogestão da ansiedade, fornecendo estratégias e conhecimentos que ajudassem a Ana a sentir-se mais tranquila (Quadro 4).

#### Quadro 4 – Foco de atenção: Ansiedade.

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Ansiedade
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11:00H - A grávida questiona “E a cesariana como é que será? O pai vai poder lá estar, ele vai ver o bebé, pode pegar nele?” (SIC).</li> <li>• 11:00H - “Durante a cesariana eu vou estar acordada, que anestesia vou levar? E depois da cesariana onde vou ficar internada? Fico ansiosa só de pensar nisto e não saber como vai ser.”.</li> <li>• 11:30H - A grávida questiona “Mas eu depois gostava de o visitar e gostava que ele me comesse a conhecer como mãe dele. Eu posso visitá-lo? Como é o serviço onde ele estará? Como irá funcionar com a amamentação?” (SIC)</li> </ul>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A grávida apresenta-se com 29 semanas e um dia de gestação.</li> </ul>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar conhecimento para gerir a ansiedade
<b>OBJETIVO:</b> Promover autocontrolo: ansiedade	
<b>INTERVENÇÃO:</b>	
11:00H – Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ao analisar com a cliente o que ela identifica como fatores concorrentes para a ansiedade evidenciada esta refere que não saber o que irá acontecer é o que a</li> </ul>	

assusta mais.

#### 11:00H - Ensinar sobre cesariana

- Explicar que quem decide a possibilidade da presença do pai é o médico que irá realizar o procedimento mas que se não houver nenhuma contraindicação, poderá ser possível a presença do acompanhante;
- Explicar que no momento do nascimento, o Salvador é dado a conhecer aos pais porém irá de imediato para o reanimador para ser avaliado e posteriormente para a incubadora e transportado para o serviço de Neonatologia;
- Explicar que posteriormente, no serviço de Neonatologia poderá então ter oportunidade de vestir e pegar no Salvador tendo sempre em consideração o bem-estar do mesmo mas que normalmente os recém-nascidos apresentam-se apenas com fralda na incubadora, de forma a se obter mais controlo sobre a gestão da temperatura ambiente do Salvador;
- Explicar que para a realização da cesariana existem diversas possibilidades de anestesia desde a analgesia epidural até à anestesia geral, no entanto, será o médico anestesista presente na sala operatória que irá falar consigo previamente e decidir o tipo de anestesia a ser aplicada;
- Explicar que no período pós-operatório imediato, pelo menos as duas horas seguintes ao procedimento ficará na sala de recobro e de seguida será transferida para o puerpério.

#### 11:30H – Ensinar sobre serviço de neonatologia

- Explicar que a Neonatologia é composta por duas salas referentes aos cuidados intermédios e cuidados intensivos. A Neonatologia é uma unidade aberta o que significa que para além do Salvador a Ana, ao visitá-lo, passará por outros recém-nascidos em diferentes condições em incubadoras como o Salvador;
- Explicar que a Neonatologia apresenta três períodos de horários de visitas e que dentro desse período pode visitar o Salvador assim como o seu acompanhante mas que depois esta informação lhe seria dada com mais detalhe pelas colegas do serviço;
- Explicar que no serviço, de acordo com o bem-estar do Salvador será possível e fomentado o contacto pele com pele com a mãe e com o pai;
- Explicar que no que toca à amamentação, a alimentação do Salvador dependerá muito das capacidades que ele apresentar. A alimentação com leite materno nos prematuros é especialmente apoiada pelo que, se a Ana quiser é benéfico que esta realize a extração de leite e peça para entregar no serviço de Neonatologia para o alimentarem com o seu leite materno;
- Explicar que no momento de visita poderá tirar fotos e vídeos do Salvador para levar consigo para o internamento. Sempre que possível será convidada a participar nos cuidados ao Salvador como o trocar da fralda, banho entre outros;
- Explicar que poderá deixar uma fralda de pano junto do Salvador para depois levar consigo e recordar o cheiro dele. E o mesmo se pode aplicar ao contrário, usar uma fralda de pano presa ao sutiã, junto ao corpo para adquirir o seu cheiro e depois deixá-la com o Salvador para que o cheiro familiar fortaleça a conexão e proporcione conforto.

Após a conversa com a Ana, esta expressou sentir-se mais tranquila, embora ainda estivesse um pouco nervosa em relação ao procedimento da cesariana. Agradeceu pelo apoio recebido e mencionou que iria contactar o marido para partilhar a notícia. Foi-lhe dada a devida privacidade, com a garantia de que estaríamos disponíveis para o que precisasse e para esclarecer qualquer dúvida que pudesse surgir. A tranquilidade era essencial para o momento que se aproximava, e o nosso cuidado passou por assegurar que Ana se sentisse acompanhada e amparada em cada passo do processo.

### **2.1.2. Significado atribuído à gravidez resultante de técnicas de procriação medicamente assistida – Revisão narrativa da literatura**

A gravidez é um evento profundamente marcante na vida de qualquer mulher, sendo um processo envolto em expectativas, desafios e significados pessoais e sociais. No entanto, a forma como a gravidez é concebida pode influenciar significativamente as percepções e sentimentos da mulher em relação a esta experiência.

Segundo Meleis (2010), uma transição consiste num processo dinâmico de mudança que ocorre ao longo do tempo, em que as pessoas vivenciam uma série de respostas emocionais, físicas e comportamentais à medida que se adaptam a novas situações ou condições de vida. Essas transições podem ser desencadeadas por eventos significativos, como mudanças de saúde, papéis sociais, relações familiares ou contextos de vida.

No presente caso, no âmbito da competência de cuidar da mulher face a gravidez com complicações, a grávida vivencia uma transição desenvolvimental associada ao estado gravídico, uma mudança no ciclo vital, uma transição situacional no âmbito da transição para a parentalidade e aquisição e estruturação do novo papel parental e acresce a transição saúde/doença devido ao contexto de internamento e diagnóstico médico efetuado.

Meleis (2010) identifica que a transição envolve várias fases, começando pela consciencialização da mudança, passando pela preparação, e culminando na adoção de novos papéis ou comportamentos. Implica a redefinição de significados, modificação de expectativas e a reestruturação de rotinas diárias. Comporta também o desenvolvimento de novos conhecimentos e capacidades com vista ao alcance da mestria e à manutenção da continuidade. O sucesso da transição depende da capacidade do indivíduo de se adaptar às novas circunstâncias, o que pode ser influenciado por fatores pessoais, sociais e ambientais. Meleis (2010) também enfatiza a importância de apoio durante o processo de transição, especialmente em contextos de saúde, onde profissionais podem desempenhar um papel crucial ao facilitar a adaptação.

É fundamental compreender os elementos pessoais, comunitários e sociais que influenciam as transições. Esses fatores podem agir como facilitadores ou inibidores, impactando o indivíduo no seu caminho rumo a uma transição saudável. Isso tem implicações na reformulação da identidade, na aquisição de novas habilidades e na modificação dos comportamentos pessoais (Meleis, 2010).

Os significados atribuídos aos eventos de transição são fatores condicionantes pessoais, que diferem entre indivíduos, entre comunidades e entre sociedades, influenciando os resultados obtidos, positiva ou negativamente (Meleis, 2010). Cabe ao EEESMO, de acordo com as suas competências, ajudar a cliente na redefinição de significados dificultadores, para que esta adquira estratégias de *coping* e vivencie de forma saudável a transição (Cardoso et al., 2023b; Meleis, 2010).

Segundo Meleis (2010), o significado é uma avaliação subjetiva de uma transição antecipada ou vivenciada e a avaliação do seu provável efeito na vida de uma pessoa. Estes podem ser positivos, neutros ou negativos. A transição pode ser ou não desejada, e pode ou não ser resultado de escolha pessoal. A análise por parte do EEESMO sobre o significado de uma transição na perspetiva dos clientes é essencial para compreender as suas experiências, as suas necessidades e as consequências que este acarreta para a saúde. Os

significados atribuídos pelos clientes são também grandemente influenciados pela sua base cultural.

Com o intuito de explorar os diferentes significados atribuídos à gravidez por mulheres que recorrem a técnicas de PMA em comparação com aquelas que engravidam de forma espontânea, foi desenvolvida uma revisão narrativa da literatura.

Uma revisão da narrativa é uma modalidade de investigação que procura, de forma abrangente, demonstrar e descrever o desenvolvimento e o “estado da arte” sobre determinado tema do ponto de vista teórico e contextual (Rother, 2007). Esta não utiliza metodologia específica, pelo que a pesquisa, seleção e análise dos artigos é livre e da responsabilidade do investigador, focando-se principalmente na sua análise subjetiva dos conteúdos (Rother, 2007; Cavalcante & Oliveira, 2020).

Com a presente revisão narrativa da literatura e respetiva pesquisa de artigos procurou-se responder as seguintes questões orientadoras:

- Qual o significado atribuído à gravidez resultante de técnicas de PMA?
- Será que o significado atribuído à gravidez resultante de técnicas de PMA é diferente do significado atribuído à gravidez resultante de conceção espontânea?
- De que forma o significado atribuído à gravidez resultante de técnicas de PMA influencia a transição da grávida?

Para tal foram utilizados motores de busca como a EBSCOhost (que integra as bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE), SciELO, e pesquisa livre tendo por base as palavras-chave: Significado, Procriação Medicamente Assistida, Gravidez e na língua inglesa, *Meaning, Experiences, Perceptions, Assisted Reproductive Technology e Pregnancy*. Na pesquisa de evidência científica recorreu-se aos descritivos em português e em inglês e aos marcadores booleanos AND e OR da seguinte forma: “Procriação Medicamente Assistida AND Significado AND Gravidez” e “*Assisted Reproductive Technology AND (Meaning, OR Experiences OR Perceptions) AND Pregnancy*”.

Apesar da gravidez requerer mudanças físicas, psicológicas, familiares, financeiras, ocupacionais e outras, potencialmente stressantes e indutoras de ansiedade, no seu processo de mudança e adaptação, é também um momento de felicidade, concretização e prazer para muitas mulheres (Armstrong & Pooley, 2005; Guardino & Schetter, 2014).

A gravidez requer que a mulher aprenda a lidar com determinadas inseguranças e receios que possam surgir relacionados com a saúde do feto, a gravidez, o parto e o pós-parto e fomenta o ajuste e adaptação às mudanças físicas, hormonais e sociais (Bjelica et al., 2018; Guardino & Schetter, 2014). As mudanças físicas permitem a adaptação do corpo da mulher ao estado gravídico e as mudanças psicológicas, que englobam um vasto leque de emoções, têm em vista a adaptação à maternidade (Calou et al., 2018). Estas mudanças vivenciadas pela grávida são influenciadas pelo contexto em que esta se insere assim como pela relação que ela tem consigo e com os que a rodeiam (Bjelica et al., 2018; Calou et al., 2018).

Surge assim a necessidade de conceptualizar o papel de mãe, reorganizar relações, e preparar-se para o novo elemento da família (Meleis et al., 2000). Os significados que a grávida atribui a determinado acontecimento ou estado, nomeadamente à gravidez são uma construção cognitiva criada por ela, refletindo a sua própria conceção da realidade (Meleis, 2010). Segundo Calou et al. (2018) e Martini et al. (2018), a atribuição de um significado positivo à gravidez é diretamente proporcional à qualidade de vida referida e experienciada pela grávida.

Fatores como o emprego, paridade, apoio da rede familiar, apoio do companheiro e o estado matrimonial estável influenciam positivamente a perceção e qualidade de vida da grávida (Calou et al., 2018). O emprego fornece estabilidade financeira e potencia a autoestima; para nulíparas a concretização do sonho de mãe e a introdução de um novo elemento no seio familiar é um importante evento do ciclo de vida e no estabelecimento de laços familiares; uma relação estável e segura com o companheiro aumenta a qualidade de vida da grávida e a experiência positiva da gravidez, uma vez que

esta se sente valorizada e protegida, apresentando-se mais confiante para lidar com as adversidades (Armstrong & Pooley, 2005; Bjelica et al., 2018; Calou et al., 2018).

Armstrong & Pooley (2005) abordam também a dimensão espiritual. Mulheres grávidas referiram sentir-se mais concretizadas, empoderadas, confiantes e fortes durante a gravidez atribuindo-lhe um significado positivo e facilitador.

Como fatores menos positivos que podem influenciar negativamente a experiência da gravidez e o significado atribuído à mesma, surgem preocupações como o desemprego, condições laborais, consumo de substâncias, falta de apoio do companheiro, autoimagem e efeitos colaterais da gravidez (Calou et al., 2018). O estado de desemprego ou a possibilidade de vir a perder o emprego devido ao estado gravídico aumenta a preocupação sobre o impacto económico da gravidez; as condições laborais, nem sempre ajustadas às necessidades da grávida e puérpera são também uma preocupação das mulheres; o uso de substâncias aumenta o risco de complicações na gravidez e pós-parto e contribui para a redução da participação nas consultas de vigilância pré-natal; a falha do suporte e apoio do companheiro, ao contrário do exposto anteriormente, aumenta sentimentos de insegurança, baixa autoestima, baixa autoconfiança; por fim, os sintomas físicos associados às modificações corporais da gravidez contribuem para o comprometimento da autoimagem e da adaptação ao estado gravídico, condicionando a qualidade de vida social e familiar da mulher (Armstrong & Pooley, 2005; Calou et al., 2018).

Perante significados positivos, a vivência da transição para a maternidade e adaptação ao estado gravídico é facilitada, concretiza-se de forma adequada, equilibrada e psicologicamente estável, mesmo considerando as normais flutuações emocionais, e constata-se uma prevalência de ansiedade, *stress* e depressão reduzida. Por outro lado, mulheres que evidenciam este tipo de sintomatologia, emoções e preocupações, associam normalmente significados negativos à gravidez, algo que as prejudica, que é um fardo (Papastathi et al., 2019).

Segundo a OMS (2023, p.11) a infertilidade afeta uma em cada seis pessoas em todo o mundo e caracteriza-se pela “*doença do sistema reprodutor masculino ou feminino que se traduz na incapacidade de conceber uma gravidez após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares desprotegidas*”. A liberdade de decidir sobre a constituição familiar é um direito fundamental de cada indivíduo e casal, incluindo a escolha do número de filhos, o espaçamento entre eles e o momento mais adequado para engravidar. No entanto, quando surge o diagnóstico de infertilidade, essas expectativas cuidadosamente planeadas no contexto do planeamento familiar podem sofrer um forte abalo, colocando em risco a concretização dos sonhos de parentalidade. Esta realidade desafia os casais e indivíduos, forçando-os a reavaliar os seus planos e a lidar com a incerteza e as emoções associadas à impossibilidade de conceber naturalmente. O diagnóstico de infertilidade acarreta estigma social, sentimentos de baixa autoestima, *stress*, ansiedade entre outros, que afetam a qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos e casais e devem ser considerados na prestação de cuidados (Renzi et al., 2020).

Com o avançar da idade materna, e por sua vez o aumento da taxa de infertilidade conjugal, o recurso às técnicas de PMA aumenta. As técnicas de PMA conjugam uma variedade de intervenções médicas realizadas com o propósito de ajudar casais e mulheres na conceção (CNPMA, 2024; Taffs et al., 2023). Estas podem ser utilizadas por mulheres singulares, casais homossexuais femininos que procurem engravidar ou por casais heterossexuais que tenham sido diagnosticados com infertilidade ou apresentem risco de transmissão de doenças de origem genética, infecciosa ou outras (Lei n.º 58/2017 do Diário da República, 2017).

Como técnicas de PMA consideramos a inseminação artificial (IA) que se caracteriza pela estimulação medicamentosa da ovulação seguida da introdução de espermatozoides selecionados laboratorialmente no útero. A fertilização *in vitro* (FIV), inicia-se pela estimulação medicamentosa dos ovários para recolha de ovócitos, e em simultâneo a colheita de espermatozoides para posteriormente se efetuar a incubação do material genético. Com o desenvolvimento dos embriões, um ou mais são selecionados

laboratorialmente para serem transferidos para o útero da mulher. A microinjeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), semelhante à FIV na recolha do material genético e na transferência do embrião para a mulher mas diferenciada na sua fecundação. Na ICSI é selecionado um espermatozoide e injetado diretamente no ovócito. Por fim, a transferência de embriões criopreservados (TEC), consiste na criopreservação dos embriões formados através dos métodos anteriores e aguardar que se reúnam as condições ótimas do miométrio uterino para aumentar as probabilidades de implantação do embrião no momento da sua transferência para o útero da mulher (CNPMA, 2024).

A utilização de técnicas PMA para conceção é também um fator de risco nomeadamente de gestação múltipla com a transferência de múltiplos embriões, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, placenta prévia, diabetes gestacional, maior recurso a cesariana, prematuridade, baixo peso ao nascimento e morte perinatal (Hammarberg et al., 2013; Mirasol, 2015).

O processo de conceção pelo qual as mulheres e casais passam ao recorrer a técnicas de PMA, principalmente aquele que se segue ao diagnóstico de infertilidade é emocionalmente esgotante, fisicamente invasivo e indutor de *stress* e ansiedade (Huang et al., 2019; Ockhuijsen et al., 2014; Renzi et al., 2020; Swift et al., 2023).

As tentativas frustradas de conceção espontânea associadas à incerteza do resultado do procedimento, ao cansaço e dor associada aos tratamentos de estimulação ovárica, acarretam implicações na relação do casal (Huang et al., 2019; Ockhuijsen et al., 2014; Renzi et al., 2020). Entre as principais consequências, destaca-se o aumento dos níveis de *stress* e ansiedade, que frequentemente geram tensões e conflitos na dinâmica conjugal. Sentimentos de frustração e impotência, tanto individuais como partilhados, levando ao distanciamento emocional e, em alguns casos, ao comprometimento da intimidade e da comunicação no relacionamento. Além disso, a pressão para alcançar a gravidez pode sobrecarregar a relação, afetando a qualidade de

vida do casal e, por vezes, diminuindo o sentimento de apoio mútuo, essencial neste processo (Ockhuijsen et al., 2014; Renzi et al., 2020).

Outros sintomas e sentimentos poderão surgir associados a este processo como baixa autoestima e baixa autoconfiança, culpa, inquietude, isolamento social e tristeza, entre outros que geram baixa qualidade de vida (Huang et al., 2019; Mirasol, 2015). Estes sentimentos vivenciados no processo de conceção podem ser preditores do comportamento e experiência da futura gravidez uma vez que segundo Huang et al. (2019), permanecem com as mulheres e casal mesmo após a confirmação positiva de gravidez. Porém, Verhaak et al. (2007) referem que a confirmação de gravidez após PMA, quando acontece na sequência de tratamentos anteriores sem sucesso, traz à mulher um alívio e redução da ansiedade.

Dornelles et al. (2016) e Huang et al. (2019) referem também que as perceções sobre a conceção, gravidez e maternidade podem estar modificadas nas mulheres que recorrem a técnicas de PMA, pois atribuem um valor emocional e simbólico mais intenso a estas experiências.

De forma geral, apesar dos sentimentos prévios negativos que surgem durante o tratamento de infertilidade apresentarem tendência a perdurarem para a vivência da gravidez, a exclusividade da gravidez e o tempo de espera pelo que a mulher e o casal passaram para finalmente poderem iniciar os novos papéis parentais, torna as gravidezes resultantes de PMA especiais e únicas. Este sentimento de concretização da gravidez, de felicidade, de recompensa pelo que passaram, torna secundárias preocupações com o estigma social, as implicações físicas da gravidez, o impacto financeiro que esta acarreta, a perda de independência com a adoção de novas tarefas e papéis parentais entre outros (Huang et al., 2019).

Sendo a gravidez resultante de PMA vista como uma recompensa, algo pelo que lutaram durante muito tempo, algo efémero que pode cessar de um momento para o outro, é também caracterizada como frágil o que promove a adoção de comportamentos de saúde pelas mulheres como por exemplo, adoção de padrões de sono e repouso adequados, cumprimento de regimes

dietéticos e vigilância de sinais de alarme como a percepção dos movimentos fetais (Huang et al., 2019).

No entanto, apesar de o significado atribuído à gravidez resultante de PMA ser facilitador por esta ser vista como uma recompensa e como algo frágil que deve ser protegido, perante momentos críticos que possam condicionar a viabilidade da gravidez este significado irá potenciar e intensificar emoções de ansiedade, *stress* e depressão. Segundo Huang et al. (2019), as mulheres do seu estudo referem que apesar da confirmação de gravidez ser algo que lhes traz alívio, era nesse momento que começava o longo e preocupante caminho de assegurar a manutenção da gravidez, potenciado especialmente em multigestas com abortos anteriores de gestações decorrentes de PMA. Para muitas a percepção do movimento fetal era algo extremamente valorizado, os cuidados preconizados na gravidez eram cumpridos ao detalhe, cada consulta de rotina sem intercorrências era uma vitória, um pouco à semelhança de gravidezes resultantes de conceção espontânea, porém potenciada devido à fragilidade e incerteza de sucesso da gravidez resultante de PMA (Huang et al., 2019).

De salientar também que a transição para a parentalidade nas gravidezes resultantes de PMA secundárias a diagnóstico de infertilidade é especialmente desafiadora devido à mudança de identidades, “infértil” para “mãe/pai” (Ranjbar et al., 2020).

A nível social e comunitário, a gravidez de um casal com diagnóstico de infertilidade que é de conhecimento da família, representa não só um marco para o casal mas também para a família (Huang et al., 2019). Esta envolvência familiar poderá ser positiva no que toca ao suporte físico e psicológico que esta mulher e casal recebem, no entanto, perante complicações e/ou a perda fetal trará também implicações familiares e peso psicológico acrescido sobre o casal, devido à expectativa familiar gerada com a gravidez o que potencia o impacto do significado atribuído à gravidez.

À semelhança de autores anteriores, Hammarberg et al. (2013) retrata que as grávidas que recorreram ao uso de técnicas de PMA apresentam-se menos

preocupadas com as mudanças físicas e sintomas provocados pela gravidez e com o impacto da parentalidade na sua independência e na sua gestão financeira, não se preocupam com o sexo do bebé e caracterizam mais a gravidez como algo positivo e satisfatório, que as concretiza enquanto mulher do que as mulheres que engravidam de forma espontânea. O mesmo autor acrescenta que de forma geral a ansiedade e sintomas depressivos nas grávidas decorrentes de PMA é menos prevalente que nas gravidezes espontâneas mas que quando esta surge é mais intensa e está fortemente associada à viabilidade da gravidez. Refere-se ainda que as mulheres grávidas por recurso a PMA apresentam uma ligação ao feto mais forte e intensa que as restantes (Hammarberg, 2013; Ranjbar et al., 2020).

No estudo efetuado por Hammarberg et al. (2013) com recurso à Escala de avaliação da Experiência da Gravidez criada por DiPietro et al. (2004) com o intuito de avaliar os aspetos positivos e negativos percecionados pelas mulheres decorrentes da sua gravidez, concluiu que não existem diferenças na vivência e significados atribuídos à gravidez entre gravidezes resultantes de concepção espontânea ou de concepção através de técnicas de PMA.

Dornelles et al. (2016), indo ao encontro do mencionado pelos autores supracitados, refere que as principais preocupações da grávidas que recorreram a técnicas de PMA são específicas do contexto gravídico e se centram na manutenção da gravidez e bem-estar fetal. Estas revelam preocupação com a possibilidade acrescida de morte fetal *in* útero, intraparto ou neonatal, risco de malformações fetais, prematuridade e necessidade de internamento nos cuidados intensivos neonatais. Acrescenta também que a sua autoeficácia como mães no desenvolver do seu papel maternal é questionada pelas próprias, devido a sua incapacidade de engravidar espontaneamente (Dornelles et al., 2016; Mirasol, 2015). Para as mulheres do estudo de Dornelles et al. (2016), a dor, “tortura” física pela qual passaram com os tratamentos de infertilidade e as mudanças físicas associadas à gravidez, é algo normalizado pelo qual têm de passar se desejam cumprir o seu sonho de ser mãe, não sendo identificado como uma desvantagem.

A vivência e ajuste psicológico da mulher à gravidez resultante de técnicas de PMA é inconclusivo e complexo (Dornelles et al., 2016; Hammarberg et al., 2013; Huang et al., 2019). Enquanto uns estudos revelam que as grávidas que recorreram a técnicas de PMA apresentam mais idas ao serviço de urgências com maior tempo de permanência nos hospitais e maiores níveis de *stress*, ansiedade e depressão, outros revelam que estas mesmas mulheres experienciam gravidezes mais tranquilas, subvalorizando questões inerentes à gravidez como mudanças físicas, sintomas secundários, custos financeiros entre outros comparando com mulheres que engravidaram de forma espontânea (Ranjbar et al., 2020).

Da mesma forma, permanece inconclusivo se os sentimentos e significados vivenciados e atribuídos à gravidez resultante de técnicas de PMA estão associados às técnicas propriamente ditas, ao diagnóstico de infertilidade que estimula sentimentos menos positivos e são por sua vez arrastados para a gravidez, aos tratamentos de fertilidade anteriores sem sucesso ou se é derivado da idade materna avançada que social, cultural e financeiramente são fatores que influenciam a vivência e significados atribuídos à gravidez.

Posto isto, sendo uma realidade cada vez mais presente, a assistência na gravidez, parto e pós-parto de mulheres que engravidaram com recurso a técnicas de PMA é fundamental. Revela-se importante a realização de mais investigação neste âmbito, com amostras mais alargadas e heterogéneas no que toca a dados demográficos como a idade materna, condição laboral, paridade, que inclua outros motivos de recurso às técnicas de PMA, nomeadamente os casais homossexuais femininos, que também considere as perspetivas do pai e que inclua gravidezes resultantes de doação de gâmetas.

Apesar das discrepâncias entre os estudos referidos, podemos concluir que de uma forma transversal a gravidez resultante de técnicas de PMA tem efeitos comportamentais e psicológicos nas mulheres afetando o significado que estas atribuem à sua gravidez. Isto associado ao conhecimento sobre os efeitos adversos de uma experiência negativa, stressante e ansiosa da gravidez sobre o feto, o recém-nascido e o casal (Guardino & Schetter, 2014), revela a

necessidade dos profissionais de saúde e do EEESMO que acompanham a mulher grávida, estarem disponíveis, escutarem ativamente, fornecerem informação clara e adequada, averiguarem a rede de apoio familiar e social, encaminharem para comunidades/grupos sob a mesma circunstância entre outras, proporcionando uma transição adequada, positiva e saudável.

**Quadro 5 - Significados atribuídos à gravidez nos grupos em estudo.**

	Mulheres a vivenciar uma gravidez resultante de concepção espontânea	Mulheres a vivenciar uma gravidez resultante de técnicas de PMA
Significados facilitadores	<p>Sentimento de concretização de um sonho;</p> <p>Concretização do papel social de mulher no ciclo reprodutivo;</p> <p>Experiência empoderadora;</p> <p>Melhoria da relação com o companheiro.</p>	<p>Sentimento de concretização de um sonho;</p> <p>Gravidez única e especial;</p> <p>Um momento de felicidade e recompensa após a luta contra a infertilidade;</p> <p>Gravidez frágil: leva à adoção de comportamentos de saúde.</p>
Significados dificultadores	<p>Consequências sociais: Risco de desemprego; sentem-se condicionadas pelas condições laborais;</p> <p>Consequências físicas: autoimagem fica alterada; efeitos colaterais físicos da gravidez condicionam o seu quotidiano e qualidade de vida.</p>	<p>Gravidez frágil: leva à restrição de comportamentos habituais e perceção da diminuição da qualidade de vida;</p> <p>Geradora de <i>stress</i> e ansiedade intensa, relativa à manutenção da gravidez e bem-estar fetal.</p>

## 2.2. Cuidar a mulher durante o trabalho de parto e parto

A sala de partos revelou-se um ambiente complexo e dinâmico, onde o conhecimento técnico deve ser complementado por uma forte capacidade de tomada de decisão, comunicação eficaz e sensibilidade emocional. É um

espaço onde ocorrem eventos críticos, exigindo dos profissionais uma prontidão constante para responder a situações de emergência, ao mesmo tempo que se promove um ambiente de apoio e tranquilidade para a parturiente e acompanhante.

No contexto de vigilância do trabalho de parto em internamento o EEESMO tem a responsabilidade e possibilidade de desenvolver e implementar competências específicas da sua profissão nomeadamente “*cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto*” assegurando o bem-estar materno e fetal durante o trabalho de parto e parto bem como dar respostas as necessidades e desejos da parturiente, providenciando um ambiente de parto seguro, uma experiência de parto positiva e facilitar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina (Regulamento n.º 391/2019 da OE, 2019, p.13561).

Neste sentido as experiências clínicas neste contexto permitiram-me desenvolver competências no sentido de monitorização da evolução do trabalho de parto; identificando desvios da sua normalidade; avaliação da compatibilidade feto pélvica; implementação de estratégias de controlo da dor, farmacológicas e não farmacológicas; aplicação de técnicas na assistência do parto em apresentação fetal cefálica; identificar e referenciar em caso de retenção placentária; avaliar a integridade do canal de parto e períneo, aplicando as respetivas técnicas de correção; assegurar a manutenção dos cuidados acrescidos associados às complicações da gravidez; assegurar a assistência ao recém-nascido, implementando medidas de suporte à adaptação extrauterina; promoção e apoio no aleitamento materno; promoção da vinculação mãe/pai-filho e não menos importante garantir o apoio emocional (Regulamento n.º 391/2019 da OE, 2019).

O trabalho de parto é entendido como o processo fisiológico caracterizado por uma série de mudanças hormonais e físicas, incluindo a contração uterina que leva à dilatação progressiva do colo uterino e a descida do feto através do canal de parto, terminando com a expulsão da placenta (ICN, 2019; Cunningham et al., 2014; Lowdermilk & Perry, 2008). Este processo divide-se

em diversos períodos cada um com as suas especificidades e necessidades de cuidados diferenciados.

A dor de trabalho de parto, segundo O ICN (2019, p.47), caracteriza-se por *“intensidade e frequência crescentes, está associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorrem durante o trabalho de parto”*. A dor é uma experiência subjetiva e pessoal que varia de acordo com cada indivíduo. A tolerância à dor depende da percepção da parturiente, que pode ser influenciada por diversos fatores biológicos, a intensidade e duração das contrações uterinas, a condição física da parturiente, a paridade e a pressão exercida pelo feto no pavimento pélvico, a própria dilatação cervical, fatores psicológicos, sociais e culturais, ou seja, das experiências prévias da parturiente geradas durante a gestação e fatores ambientais, a presença do acompanhante e o ambiente da sala de partos. Assim, é compreensível que a dor de trabalho de parto seja única e intrínseca a cada mulher (Néné et al., 2016; Sequeira et al., 2020).

Atualmente verifica-se que um dos métodos farmacológicos mais utilizados para tratamento da dor depende de uma abordagem médica convencional, sendo ele a analgesia através de cateter epidural (Tanvisut et al., 2018). Recorrer a este método, permite aliviar a dor de forma eficaz, no entanto aumenta o risco de partos vaginais instrumentados e ou cesarianas, potencia o risco de hipotensão e bloqueio motor (principalmente dos membros inferiores), febre, retenção urinária e complicações no processo da amamentação (Tanvisut et al., 2018). Face aos efeitos colaterais supramencionados, constata-se um aumento da procura de métodos não farmacológicos para lidar com a dor de trabalho de parto pelas parturientes, para que estes possam ser uma estratégia a utilizar durante o trabalho de parto (Taavoni et al., 2016; Klein & Gouveia, 2022).

A presença de dor no trabalho de parto não é significado de uma experiência negativa e de sofrimento podendo existir em consonância com prazer e empoderamento (Sequeira et al., 2020).

Na sala de partos, o EEESMO assume um papel fundamental na gestão da dor de trabalho de parto através da utilização de técnicas não farmacológicas e colaborando ativamente com a equipa multidisciplinar e garantindo que as intervenções realizadas são baseadas em evidências científicas e orientadas para a promoção da segurança, conforto e bem-estar da parturiente e do recém-nascido (Regulamento nº.391/2019 da OE, 2019).

### **2.2.1. Conceção de cuidados: Exercícios facilitadores do trabalho de parto e promotores da autogestão para lidar com dor de trabalho de parto.**

Um dos principais fatores que me levou a escolher este caso é a importância da mobilidade da bacia durante o trabalho de parto para facilitar o trabalho de parto e como estratégia para lidar com a dor. O acompanhamento e desenvolvimento do presente caso clínico proporcionou-me uma oportunidade única de observar e aplicar estratégias que facilitam o trabalho de parto, o que contribuiu significativamente para o bem-estar da parturiente e para um desfecho positivo do parto. A possibilidade de integrar estas técnicas reforçou a minha compreensão da importância de um cuidado que valorize a fisiologia natural do corpo da mulher.

Outro aspeto que tornou este caso especialmente interessante foi a recusa da analgesia epidural por parte da parturiente. Esta decisão, cada vez menos presente na sociedade e na prática interventiva atual, trouxe consigo desafios e oportunidades únicas de cuidado. Este contexto permitiu-me explorar e aplicar métodos não farmacológicos de suporte ao trabalho de parto, ampliando o meu conhecimento e prática clínica, fortalecendo a minha capacidade de responder de forma flexível e eficaz às necessidades e desejos das mulheres.

Adicionalmente, este caso clínico, que ocorreu no início do meu percurso do contexto clínico no núcleo de partos, ofereceu-me a oportunidade de estabelecer uma relação terapêutica profunda com o casal, que permaneceu sob os nossos cuidados por um período prolongado. Este caso não só enriqueceu a minha prática clínica, como reforçou a importância de um cuidado

que seja simultaneamente técnico e centrado nas necessidades individuais da parturiente e na promoção de um ambiente de parto positivo e respeitador.

Por fim, ressalvo a oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre a amniotomia e as suas indicações bem como a promoção correta da *golden hour*. Explorar este caso permitiu-me uma compreensão mais aprofundada dos critérios clínicos que orientam a decisão de realizar a amniotomia, bem como dos seus benefícios e riscos associados. Destaca-se também o papel fundamental do EEESMO na proteção e promoção do bem-estar da mulher durante o parto, garantindo que as intervenções realizadas respeitem a autonomia e os direitos da parturiente, proporcionando um ambiente de parto seguro.

A reflexão sobre as práticas em contexto clínico efetuadas de forma não uniforme pelos diversos profissionais, no que toca à manutenção e promoção da *golden hour* e contacto pele com pele permitiu-me perceber a importância do EEESMO na defesa e promoção da adaptação saudável à vida extrauterina do recém-nascido bem como, a promoção da amamentação.

A Sónia, 35 anos, 4G 3P (três partos eutócicos anteriores há três anos, oito anos e dez anos). Recorre ao serviço de urgência por contratilidade uterina rítmica e dolorosa esporádica às 09h. No momento da admissão encontrava-se com um Índice de Bishop de quatro pontos. Apresentava colo posterior, consistência intermédia, três cm de dilatação, em início de extinção, no 1.º plano de Hodge, bolsa amniótica íntegra e apresentação fetal cefálica de vértice, segundo registo no processo.

O presente plano de cuidados refere-se aos cuidados prestados à parturiente durante o turno da tarde (14:00-20:00h) em contexto de internamento no núcleo de partos.

De acordo com a informação transmitida na passagem de turno a parturiente, às 13h, encontrava-se com um colo posterior, consistência amolecida, cinco cm de dilatação, 50% extinção, no 1.º plano de Hodge e bolsa amniótica íntegra.

A parturiente apresenta-se com 39 semanas e três dias de gestação. O seu grupo sanguíneo é O Rh positivo e análise de SGB negativo. Não são identificados antecedentes pessoais. Não são identificadas alergias medicamentosas e alimentares conhecidas.

O plano de parto desempenha um papel crucial na promoção de uma experiência de parto mais positiva (Ferreira & Santos, 2017). Este permite que a parturiente e o acompanhante tomem decisões informadas. Se estiver por escrito, facilita a transmissão de informação entre a equipa multidisciplinar e a parturiente. Hanum et al. (2017) salienta que quando é dada a oportunidade às parturientes de expressarem as suas preferências e de as verem respeitadas, há um aumento significativo na satisfação com a experiência do parto. A utilização do plano de parto é de valorizar, no entanto deve ressaltar-se que este não é rígido ou estanque, mas sim um guia que orienta as decisões a tomar durante o parto (Souza & Santos, 2019).

Ao consultar o plano de parto providenciado pela parturiente, é do nosso conhecimento que pretende estar acompanhada pelo marido João exceto no período expulsivo, no entanto este quer ser chamado para cortar o cordão umbilical ao fim do primeiro minuto. Deseja uma sala com pouca luminosidade onde possa adotar diferentes posições e movimentar-se livremente. Não pretende colocar cateter epidural nem a realização de episiotomia. Gostaria de manter a monitorização contínua fetal. Pretende fazer contacto pele com pele e amamentar.

**Quadro 6 - Avaliação da evolução do trabalho de parto da Sónia.**

	<b>Admissão (09H)</b>	<b>13H</b>	<b>15H</b>	<b>16:50H</b>	<b>17:40H</b>
<b>Dilatação</b>	3cm	5cm	6cm	8cm	10cm
<b>Extinção</b>	0%	50%	70%	90%	100%
<b>Consistência</b>	Amolecido	Amolecido	Amolecido	Amolecido	Amolecido
<b>Posição</b>	Posterior	Posterior	Centrado	Centrado	Anterior
<b>Plano de Hodge</b>	1.º	1.º	1.º	2.º	2.º

<b>Membranas amnióticas</b>	Íntegras	Íntegras	Amniotomia	Rotas	Rotas
<b>Bem-estar fetal</b>	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
<b>Contrações Uterinas (Frequência, duração e intensidade)</b>	-	8/8min	6/6min	3/3min	3/3min
	-	40s	40s	60s	60s
	-	Moderada	Moderada	Moderada	Intensa
<b>Intensidade da dor de trabalho de parto</b>	-	3	5	7	7

No primeiro contacto com a Sónia, pelas 14:30h, esta encontrava-se na cama em decúbito dorsal e quando questionada se estava confortável esta disse que sim e que de momento preferia estar mais um pouco a tentar descansar na cama. A parturiente apresentava 128/90mmHg de tensão arterial, 90bpm de pulsação, 97% de SatO<sub>2</sub> e 36,7°C de temperatura corporal.

As luzes da sala de partos encontravam-se ligadas e a porta de acesso ao corredor traseiro aberta. Indo ao encontro das vontades da parturiente, descritas no seu plano de parto, questionou-se se gostaria que a porta fosse fechada para ter mais privacidade e da luz apagada para poder descansar, ao que esta respondeu positivamente.

Ferreira e Santos (2017) destacam que o ambiente da sala de partos deve ser cuidadosamente gerido para reduzir o *stress* e a ansiedade da mulher, fatores que podem interferir no progresso do trabalho de parto. A criação de um ambiente calmo e controlado, com luzes suaves, temperatura agradável e ruído mínimo, contribui para que a mulher se sinta relaxada e segura, o que favorece a produção de hormonas essenciais ao processo de parto, como a ocitocina.

Pelas 15:00h, a parturiente encontrava-se deitada em decúbito lateral direito e referiu “Sinto alguma dor na anca esquerda e no fundo das costas e uma

grande pressão em baixo” (SIC). Posto isto, é sugerido realizar-se a avaliação do colo do útero pelo que foi obtido o seu consentimento.

Por indicação médica é sugerido à Sónia a realização da amniotomia e obtido o seu consentimento. Após amniotomia o colo mantém-se nas mesmas condições e apresentação fetal bem apoiada no colo uterino.

A SPOMMF (2022), define amniotomia como a rotura de membranas intencional no primeiro estadio de trabalho de parto, na fase ativa. É uma intervenção obstétrica, realizada com o objetivo principal de induzir ou acelerar a progressão do trabalho de parto e noutros casos com o intuito de se aceder diretamente ao feto para monitorização fetal interna ou para avaliação do líquido amniótico (Bricker & Luckas, 2012). Com a rotura da bolsa amniótica e a consequente diminuição do líquido amniótico e aumento da pressão sobre o colo do útero exercida pela apresentação fetal promove-se a libertação de ocitocina e prostaglandinas que por sua vez contribuem para o aumento da contratilidade uterina (Bricker & Luckas, 2012; SPOMMF, 2022).

Embora seja uma prática amplamente adotada em contextos obstétricos, e vista muitas vezes como insignificante, a sua pertinência tem sido objeto de debate, principalmente no que diz respeito à sua indicação, eficácia e segurança tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, uma vez que a evidência nos demonstra que a realização de amniotomia de forma exclusiva está fortemente associada ao aumento do risco de cesariana e complicações na frequência cardíaca fetal (ACOG, 2009c; Smyth et al., 2013).

Ferreira et al. (2018) destacam que a amniotomia pode ser benéfica em situações específicas, quando o trabalho de parto se encontra prolongado ou estagnado, ajudando a aumentar a intensidade das contrações e, consequentemente, acelerando a dilatação cervical, principalmente se associada à administração de ocitocina.

Um trabalho de parto estacionário é aquele em que não se verifica progressão da dilatação cervical em qualquer um dos seus estadios (DGS, 2015a). Na primeira fase do primeiro estadio de trabalho de parto, fase de latência, até

cerca dos 4-5cm de dilatação, é recomendado adotar-se uma atitude expectante evitando a realização da amniotomia. Na fase ativa, segunda fase do primeiro estadio de trabalho de parto, entre os cinco centímetros e dez centímetros de dilatação cervical, considera-se a utilização de amniotomia perante o diagnóstico de trabalho de parto estacionário, ou seja, caso não ocorra progressão da dilatação durante quatro horas antes dos seis centímetros ou durante duas horas após os seis centímetros (DGS, 2015a).

No entanto, vários autores alertam para o uso criterioso da amniotomia, sublinhando que a intervenção não deve ser realizada de forma rotineira com o intuito de promover a maturação cervical uma vez que este atua principalmente como indutor da contratilidade uterina (OMS, 2018; Silva & Oliveira, 2017; SPOMMF, 2022). Atitudes não invasivas e benignas como a mudança de posicionamento ou a aposta no movimento devem ser utilizadas como intervenções de primeira linha perante um trabalho de parto prolongado (Simkin, 2010).

De acordo com as recomendações da OMS (2018), a implementação precoce da amniotomia isolada ou associada à ocitocina na prevenção do atraso do trabalho de parto não está aconselhado. Esta, quando realizada precocemente ou sem indicação clara, pode estar associada a complicações como prolapso ou compressão do cordão umbilical, infeção intrauterina, rotura de placenta prévia e aumento do risco de cesariana em casos onde o trabalho de parto não progride conforme esperado (ACOG, 2009c; Bricker & Luckas, 2012; Nogueiro, 2014).

Henrique e Gabrielloni (2016) enfatizam ainda a importância de envolver a parturiente na tomada de decisão sobre a realização da amniotomia. O respeito pela autonomia da mulher e a comunicação clara sobre as razões para a intervenção, os seus possíveis benefícios e riscos, são essenciais para assegurar que a intervenção é realizada de forma informada e consensual.

Procedendo à realização da amniotomia, o EEESMO deverá ter conhecimento sobre os riscos inerentes ao procedimento expondo-os à parturiente e obtendo o seu consentimento, deverá avaliar se as condições para a realização do

procedimento estão reunidas. Ao consultar o processo clínico da parturiente consegue-se clarificar a presença de contraindicações à realização do procedimento como placenta prévia, trabalho de parto pré-termo, SGB positivo sem pelo menos duas administrações de antibiótico ou mesmo parturiente com VIH positivo (Smyth et al., 2013). Segue-se a avaliação do bem-estar fetal através de CTG, esvaziamento vesical assegurado e realização do exame vaginal para avaliar as condições do colo uterino e insinuação da apresentação fetal. A apresentação fetal cefálica deverá apresentar-se apoiada no colo uterino, a dilatação cervical igual ou superior a cinco centímetros e a frequência e intensidade das contrações uterinas adequada. (Morales & Long, 2023; Sequeira et al., 2020).

Durante e após a realização do procedimento o EEESMO deverá sempre manter a vigilância do bem-estar fetal através do CTG e da apresentação fetal suportando-a com os dedos e acompanhando a descida da apresentação até esta se encontrar apoiada (Sequeira et al., 2020). Com a rotura da bolsa amniótica é esperado que a apresentação se mantenha apoiada no colo do útero, caso contrário eleva-se o risco de compressão e prolapso do cordão umbilical, identificado através do exame vaginal ou através de alterações na frequência cardíaca fetal. A avaliação das características do líquido amniótico devem ser registadas (Morales & Long, 2023).

Durante a progressão do trabalho de parto após amniotomia, é da responsabilidade e competência do EEESMO considerar o risco de infeção intrauterina apostando na monitorização da temperatura, considerar o risco de prolapso ou compressão do cordão, vigiando a frequência cardíaca fetal, considerar o aumento da contratilidade uterina e da dor de trabalho de parto associada avaliando junto da parturiente como se sente e ainda, vigiar as características do líquido amniótico (Sequeira et al., 2020).

A DGS (2023, p. 5) preconiza o respeito pela fisiologia do trabalho de parto, *“evitando a amniotomia artificial por rotina (...) em mulheres com início de trabalho de parto espontâneo e com evolução normal do mesmo.”*

A realização do procedimento da amniotomia foi uma decisão e prescrição da equipa médica que seria realizada pela mesma porém, com o objetivo de desenvolver e aprofundar competências técnicas, uma vez que me encontrava no início do estágio, foi sugerido que o procedimento da amniotomia fosse realizado por mim.

Ao longo do percurso académico e clínico, adquiri conhecimentos que me permitem refletir e tomar decisões de forma criteriosa. No momento, em discussão com a orientadora do estágio e atualmente, na redação do presente relatório, refletindo sobre os dados obtidos concluo que tendo em consideração a definição de trabalho de parto estacionário, as condições clínicas apresentadas pela parturiente, nomeadamente a progressão da dilatação cervical e a frequência e intensidade da contratilidade uterina, bem como as indicações teóricas baseadas em evidência descritas anteriormente para a realização de amniotomia, não existiu motivo clínico para esta ser realizada naquele momento uma vez que a progressão do trabalho de parto estava a ocorrer dentro dos tempos esperados, adequada a idade gestacional e paridade, as contrações eram eficazes e regulares e, tanto a mãe como o feto apresentavam sinais vitais estáveis.

Atualmente caso fosse confrontada com uma situação semelhante à descrita anteriormente, a minha tomada de decisão iria priorizar a saúde e bem-estar materno e fetal, considerando os princípios éticos da beneficência e não-maleficência, minimizando a prática interventiva e os riscos a esta associada.

Relativamente à dor referenciada pela Sónia, quando questionada esta classifica-a como grau cinco, de acordo com a Escala Numérica da Dor de 0-10 (DGS, 2003). Perante um CTG tranquilizador e apresentação fetal apoiada no colo após a realização do procedimento, é então sugerido que a Sónia adote outra posição, nomeadamente passar para a bola de pilates ou caminhar.

Henrique e Gabrielloni (2016) salientam a importância de permitir à mulher a liberdade de se movimentar e adotar as posições que lhe sejam mais confortáveis durante o trabalho de parto. Posições mais verticalizadas e que proporcionem a mobilidade da bacia associadas à liberdade de movimento

podem ajudar a lidar com a dor e a facilitar a progressão do trabalho de parto (Lowdermilk & Perry, 2008).

De acordo com a preferência da parturiente optou-se por utilizar a bola de pilates junto à cama e ao seu marido sentado no cadeirão, para que esta se pudesse apoiar tanto na cama como no marido de acordo com o que o seu corpo lhe pedisse. Ao sentar-se na bola de pilates esta inicia automaticamente alguns movimentos de mobilidade da bacia, como o saltitar na bola, os movimentos de circundação, de “8”, de “infinito”. Estes provocam assimetrias na estrutura da bacia e permitem ampliar o estreito superior da bacia, favorecendo a passagem da apresentação fetal na escavação pélvica. A parturiente apoia-se na cama no momento da contração, utilizando de forma espontânea inspirações e expirações espontâneas e prolongadas. Estas permitem direcionar o foco de atenção da grávida sobre a dor para a respiração, possibilitando à parturiente manter-se tranquila diminuindo a sua sensibilidade à dor (Sequeira et al., 2020). Posto isto considerou-se como facilitadores o seu conhecimento e capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto, neste caso, os movimentos de mobilidade da bacia na bola de pilates.

Para grávidas saudáveis que procuram saber como lidar com a dor durante o trabalho de parto, a OMS (2018), recomenda a utilização de técnicas manuais, como massagem ou aplicação de compressas quentes, de acordo com as preferências da mulher.

Foi possível perceber que no momento de ausência de contrações o João realizava pequenos movimentos circulares no topo das costas da Sónia e que era algo que a relaxava, demonstrando uma posição mais tranquila. Após ser questionada se alguma vez tinham abordado as massagens na zona lombar estes dizem que não, mas que gostariam de experimentar. Ao exemplificar nas costas da Sónia, obtivemos um resultado positivo e consentimento para continuar pelo que se aproveitou para ensinar ao João a técnica destas mesmas massagens.

O suporte emocional proporcionado por pessoas de confiança durante o trabalho de parto, nomeadamente o acompanhante/pessoa significativa à sua escolha, favorecem a criação de um espaço mais acolhedor e seguro, o que proporciona uma experiência de parto mais positiva (Oliveira et al., 2021). A gestão do ambiente deve, portanto, incluir a possibilidade de a mulher ter consigo quem ela deseje, assegurando que a sua privacidade e conforto são respeitados (Hanum et al., 2017; Nogueira et al., 2020; NPWF, 2017; OMS, 2018).

Durante a realização da massagem na região lombo-sagrada pelo companheiro era visível a satisfação da parturiente. Esta apresentava-se tranquila, com fácies sorridente e referia ao companheiro para “Não parar” (SIC).

Alguns momentos depois (16:50h), a parturiente refere que tem sido mais confortável para ela nos últimos minutos estar de pé e questiona se pode caminhar, pelo que foi incentivada a caminhar livremente pelo quarto.

As posições verticalizadas, combinadas com os movimentos livres da bacia, por ação da gravidade e da mobilidade, facilitam os mecanismos de encravamento e de descida do feto. Estas permitem o relaxamento dos músculos perineais e possibilitam que os ossos sacroilíacos se movam livremente de forma a aumentar os diâmetros da pelve, o que promove a passagem do feto (Cardoso et al., 2023a). Manter-se em posições verticais e realizar movimentos corporais durante o trabalho de parto traz benefícios, tais como uma progressão do trabalho de parto mais rápida, uma menor perceção da dor, maior efetividade das contrações uterinas e melhor circulação materno-fetal (Lawrence et al., 2013; Lowdermilk & Perry, 2008, Nogueira, 2012).

De acordo com Cardoso et al. (2023b), a participação ativa do acompanhante nos exercícios físicos durante o trabalho de parto pode aumentar a sensação de controlo da mulher sobre o seu próprio corpo, contribuindo para uma experiência de parto mais positiva e menos intervencionada. A capacidade do acompanhante de encorajar e guiar a parturiente durante estas atividades é, portanto, um componente crucial para um parto bem-sucedido e satisfatório (Lawrence et al., 2013; Simkin & O’Hara, 2002).

Pelas 17:40h a parturiente refere novamente muita vontade de puxar. Sugerido avaliar o colo e obtido o seu consentimento. Neste momento já se encontrava com a dilatação e extinção completa e no 2.º plano de Hodge. Era possível identificar a apresentação fetal occipital anterior esquerda. Inicia-se assim o 2.º estadio do trabalho de parto da Sónia. Indo ao encontro das preferências redigidas no plano de parto, o casal foi questionado acerca da presença do pai João no momento do período expulsivo ao qual este, em acordo com a Sónia, respondeu que mantinha a opinião de querer sair e ser chamado novamente quando a Alice nascesse.

Pelas 18:00h ocorre o nascimento da Alice (Quadro 8). Com a adaptação à vida extrauterina o Índice de APGAR da Alice era 9 ao 1.º minuto, evoluindo para 10 ao 5.º minuto e mantendo-se em 10 ao 10.º minuto.

**Quadro 7 – Foco de atenção: Trabalho de parto.**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Trabalho de parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 13:00H – Posição do colo do útero: posterior</li> <li>• Consistência do colo do útero: amolecido</li> <li>• Extinção do colo do útero: 50%</li> <li>• Dilatação do colo do útero: 5 cm.</li> <li>• Frequência da contração uterina: 8/8min</li> <li>• Duração da contração uterina: 40 segundos</li> <li>• Intensidade da contração uterina: moderada</li> <li>• Dor de trabalho de parto: grau 3</li> <li>• Integridade das membranas amnióticas: íntegras</li> <li>• Apresentação fetal: cefálica.</li> <li>• Descida do feto: 1.º plano de Hodge</li> <li>• Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).</li> <li>• Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea vaginal</li> <li>• Expectativa face ao parto: parto eutócico</li> <li>• 14:30H – As luzes da sala de partos encontravam-se todas ligadas e a porta de acesso ao corredor traseiro aberta.</li> <li>• Informação do plano de parto: Deseja uma sala com pouca luminosidade.</li> </ul>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A parturiente apresenta-se com 39 semanas e três dias de gestação.</li> </ul>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Trabalho de parto
<b>OBJETIVO:</b> Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto	

<b>INTERVENÇÃO:</b>	
14:30H - Gerir ambiente físico para promover o relaxamento	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fechar a porta de acesso ao corredor posterior.</li> <li>• Ajustar a luminosidade do quarto de acordo com a preferência da parturiente.</li> </ul>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15:00H – A parturiente refere “Sinto alguma dor na anca esquerda e no fundo das costas e uma grande pressão em baixo” (SIC).</li> <li>• 15:00H – Posição do colo do útero: centrado</li> <li>• Consistência do colo do útero: amolecido</li> <li>• Extinção do colo do útero: 70%</li> <li>• Dilatação do colo do útero: 6 cm.</li> <li>• Frequência da contração uterina: 6/6min</li> <li>• Duração da contração uterina: 40 segundos</li> <li>• Intensidade da contração uterina: moderada</li> <li>• Dor de trabalho de parto: grau 3</li> <li>• Integridade das membranas amnióticas: íntegras</li> <li>• Apresentação fetal: cefálica.</li> <li>• Descida do feto: 1º plano de Hodge</li> <li>• Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).</li> <li>• Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea vaginal</li> <li>• Expectativa face ao parto: parto eutócico.</li> </ul>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A parturiente apresenta-se com 39 semanas e três dias de gestação.</li> </ul>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Trabalho de parto
<b>OBJETIVO:</b> Facilitar trabalho de parto	
<b>INTERVENÇÃO:</b>	
15:10H - Executar amniotomia	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar procedimento e obter consentimento informado da parturiente;</li> <li>• Realizar procedimento: reunir e preparar material, colocar aparadeira, colocar luvas esterilizadas, realizar exame vaginal com mão dominante, inserir o gancho de amniotomia com a mão oposta, introduzir com cuidado ao longo do percurso da mão dominante até ao polo inferior, efetuar a rotura com o dedo indicador e o “dente” do gancho;</li> <li>• Manter apresentação fetal apoiada nos dedos, avaliar colo uterino;</li> <li>• Avaliar características do líquido amniótico (cor, odor, quantidade) - líquido amniótico claro, cheiro sui generis, em moderada quantidade;</li> <li>• Prestar cuidados de conforto: executar higiene perineal e retirar a aparadeira.</li> </ul>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15:00H - Dor de trabalho de parto: grau 5</li> <li>• Frequência da contração uterina: 6/6min</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duração da contração uterina: 40 segundos</li> <li>• Intensidade da contração uterina: moderada</li> <li>• Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).</li> <li>• 15:00H - Parturiente refere “Sinto alguma dor na anca esquerda e no fundo das costas e uma grande pressão em baixo” (SIC).</li> <li>• 15:20H - Encontra-se na bola de pilates, apoiada na cama.</li> <li>• 15:20H - Companheiro realiza massagem circular no topo das costas da parturiente e esta encontra-se relaxada, de olhos fechados, fáceis tranquilo e postura corporal descontraída.</li> <li>• Informação do plano de parto: Não pretende colocar cateter epidural.</li> </ul>	
<p><b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A parturiente apresenta-se com 39 semanas e três dias de gestação.</li> <li>• Paridade: 4G 3P (três partos eutócicos anteriores).</li> </ul>	
<p><b>DIAGNÓSTICO:</b></p>	<p>Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas</p>
<p><b>OBJETIVO:</b> Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto</p>	
<p><b>INTERVENÇÕES:</b></p> <p>15:30H - Instruir a massajar [região lombo-sagrada]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar procedimento e obter consentimento informado da parturiente;</li> <li>• Remover objetos das mãos e punhos que possam magoar. Aquecer as mãos em água quente ou óleo de massagem vegetal fazendo fricção entre as duas mãos para o aquecer;</li> <li>• Explicar que a massagem poderá ser feita de forma suave entre as contrações com o intuito de proporcionar o relaxamento ou com mais pressão durante as contrações para que o foco de pensamento da Sónia esteja na pressão exercida pela massagem e não na pressão exercida pelas contrações.</li> </ul> <p>15:30H - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar companheiro a realizar massagem na região lombo sagrada nas diversas pressões e diversos momentos, percecionando se está a ser positivo no relaxamento da parturiente;</li> <li>• Reforçar positivamente a execução da massagem pelo companheiro.</li> </ul>	
<p><b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 16:50H - Posição do colo do útero: centrado</li> <li>• Consistência do colo do útero: amolecido</li> <li>• Extinção do colo do útero: 90%</li> <li>• Dilatação do colo do útero: 8 cm.</li> <li>• Frequência da contração uterina: 3/3min</li> <li>• Duração da contração uterina: 60 segundos</li> <li>• Intensidade da contração uterina: moderada</li> <li>• Dor de trabalho de parto: grau 7</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integridade das membranas amnióticas: rotura artificial</li> <li>• Apresentação fetal: cefálica.</li> <li>• Descida do feto: 2º plano de Hodge</li> <li>• Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).</li> <li>• Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea vaginal</li> <li>• Expectativa face ao parto: parto eutócico.</li> <li>• 17:00H - A parturiente refere preferir estar de pé e questiona se pode caminhar.</li> <li>• Informação do plano de parto: Deseja uma sala onde possa adotar diferentes posições e movimentar-se livremente.</li> </ul>	
<p><b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A parturiente apresenta-se com 39 semanas e três dias de gestação.</li> <li>• Paridade: 4G 3P (três partos eutócicos anteriores).</li> </ul>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
<p><b>OBJETIVO:</b> Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto</p>	
<p><b>INTERVENÇÕES:</b></p> <p>17:10H - Instruir exercícios promotores da mobilidade da bacia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar a parturiente que, se for vantajoso, pode apoiar-se na cama, na parede ou no pescoço do acompanhante;</li> <li>• Orientar a parturiente a manter os joelhos afastados e pés juntos apontados para fora, intercalando com momentos onde apresente um pé apontado para fora e outro para dentro, com o intuito de promover o aumento de diâmetro da bacia superior e também o aumento de diâmetro da bacia intermédia respetivamente, para melhorar a progressão da Alice no canal de parto.</li> </ul> <p>17:10H - Treinar exercícios promotores da mobilidade da bacia de pé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guiar com as mãos a anca da parturiente ao realizar os movimentos;</li> <li>• Executar exercícios de translação, (anterior e posterior, de um lado para o outro, circundações em ambos os sentidos) e exercícios basculantes (fazer um “8”, fazer um infinito, retroversão e anteversão pélvica);</li> <li>• Percecionar com a Sónia se lhe é benéfico ter mãos guia para a realização dos exercícios ou se pretende fazê-los sozinha;</li> <li>• Reforçar positivamente a execução dos movimentos pela Sónia.</li> </ul> <p>17:10H - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar que o João deverá guiar a bacia da Sónia aplicando ligeira pressão nas laterais da bacia para a orientar nos seus movimentos. O seu papel de guia permite à parturiente relaxar completamente uma vez que a dispensa do pensamento de que movimento deverá fazer de seguida;</li> <li>• Deverá também estar atento aos sinais evidenciados pela Sónia. Se para ela, o movimento de guia efetuado pelo João deixar de ser benéfico este deve afastar-se e deixá-la movimentar-se livremente de acordo com a sua vontade. Observar</li> </ul>	

<p>companheiro a guiar a Sónia ao longo dos diversos movimentos, percebendo se está a ser positivo no relaxamento da parturiente;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reforçar positivamente a execução dos movimentos guia pelo companheiro.</li> </ul>	
<p><b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>17:40H - Parturiente refere novamente muita vontade de “puxar” – Reflexo de Ferguson presente.</li> <li>17:40H - Posição do colo do útero: anterior</li> <li>Consistência do colo do útero: amolecido</li> <li>Extinção do colo do útero: 100%</li> <li>Dilatação do colo do útero: 10 cm.</li> <li>Frequência da contração uterina: 3/3min</li> <li>Duração da contração uterina: 60 segundos</li> <li>Intensidade da contração uterina: intensa</li> <li>Dor de trabalho de parto: grau 7</li> <li>Integridade das membranas amnióticas: rotura artificial</li> <li>Apresentação fetal: cefálica.</li> <li>Variedade fetal: occipital anterior esquerda</li> <li>Descida do feto: 2.º plano de Hodge</li> <li>Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).</li> <li>Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea vaginal</li> <li>Expectativa face ao parto: parto eutócico.</li> <li>Parturiente solicita que o parto seja realizado na posição de decúbito dorsal, mas sem o apoio das pernas, apenas o apoio de pés.</li> </ul>	
<p><b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A parturiente apresenta-se com 39 semanas e três dias de gestação.</li> <li>Paridade: 4G 3P (três partos eutócicos anteriores).</li> </ul>	
<p><b>DIAGNÓSTICO:</b></p>	<p>Trabalho de parto</p>
<p><b>OBJETIVO:</b> Facilitar trabalho de parto</p>	
<p><b>INTERVENÇÕES:</b></p> <p>17:40H - Assistir no posicionar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Posicionar a parturiente na posição desejada – posição de decúbito dorsal com apoio de pés;</li> <li>Reforçar que a qualquer momento durante os esforços expulsivos poderá alternar de posição conforme a sua vontade.</li> </ul>	
<p><b>OBJETIVO:</b> Promover parto eutócico</p>	
<p><b>INTERVENÇÃO:</b></p> <p>17:40H – Assistir no parto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Executar reforço positivo aos esforços expulsivos;</li> <li>A Sónia executava esforços expulsivos espontâneos, no pico de cada contração, e era visível a progressão do feto no canal de parto a cada esforço expulsivo.</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>Os elogios e palavras de encorajamento, potenciam a confiança da parturiente e a sua motivação, promovendo um ambiente mais seguro, colaborativo e de menos <i>stress</i>, que resulta em esforços expulsivos mais eficazes, pois a mulher sente-se mais capacitada para participar ativamente no seu processo de parto. Além disso, contribui para a redução da perceção da dor, aumento da capacidade para lidar com a fadiga e desconforto e conseqüentemente traduz-se numa maior satisfação geral com o parto (Cardoso et al., 2023a; Simkin, 2012);</li> </ul>	
<b>OBJETIVO:</b> Prevenir laceração do períneo	
<b>INTERVENÇÃO:</b>	
17:55H - Implementar medidas de proteção do períneo	
<ul style="list-style-type: none"> <li>As medidas de proteção do períneo tem como objetivo prevenir laceração ou necessidade de episiotomia (Aasheim et al., 2017). No caso da Sónia, esta apresentava uma episiotomia anterior do seu último parto há três anos, pelo que se prevê que esta zona do períneo em particular esteja mais fragilizada e necessita de maior suporte;</li> <li>Proteger o períneo com compressas quentes humedecidas numa fase inicial durante o pequeno coroamento (Dahlen et al., 2007);</li> <li>Suporte manual na fase da expulsão fetal (Aasheim et al., 2017): colocar a mão esquerda na região anterior, com os dedos polegar e indicador sobre o occiput fetal, para controlar a saída do crânio, e promover a flexão; colocar a mão direita, ao mesmo tempo, na região vulvoperineal, com os dedos polegar e indicador junto à fúrcula e exercendo uma ligeira pressão.</li> </ul>	
<b>OBJETIVO:</b> Prevenir complicação durante o período expulsivo	
<b>INTERVENÇÃO:</b>	
17:59H - Executar técnica de parto	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Suportar a exteriorização da cabeça fetal de forma controlada com a mão esquerda mantendo proteção do períneo com a direita (Alves et al., 2022; Marques &amp; Reynolds, 2011; Posner, 2014);</li> <li>Realizar a pesquisa de circular do cordão umbilical – negativo;</li> <li>Aguardar restituição;</li> <li>Executar manobra de desencravamento do ombro anterior: colocar uma mão no parietal inferior e a outra no parietal superior, efetuar movimento suave pressionando a cabeça no sentido posterior, de forma a libertar o ombro anterior;</li> <li>Suportar a saída do corpo fetal de forma controlada, protegendo o períneo com a mão direita.</li> </ul>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Parto eutócico às 18H de dia 20/03.</li> </ul>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Recém-nascida, Alice, encontra-se em contacto pele com pele com a mãe, Sónia.</li> </ul>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Trabalho de parto

**OBJETIVO:** Promover parto eutócico

**INTERVENÇÕES:**

18:03H - Assistir na expulsão da placenta

- A avaliação do estado de descolamento da placenta é possível realizar-se através da análise da quantidade de perda sanguínea vaginal visível e através do sinal de *Krustner*;
- Sinal de *Krustner*: clampar o cordão umbilical com pinça de cocker junto à vulva; colocar a ponta dos dedos da mão na vertical acima da sínfise púbica e exercer pressão vertical; se placenta aderente, ao realizar mobilização transabdominal do fundo uterino observa-se retração do cordão (positivo); se placenta já descolou não há alteração no cordão umbilical e pinça (negativo) (DGS, 2023);
- De momento a perda sanguínea vaginal era escassa e ao realizar o sinal de *Krustner* este era positivo o que significava que a placenta ainda se encontrava acoplada ao fundo uterino adotando-se uma atitude expectante.

18:04H - Executar colheita de sangue do cordão umbilical

- Colheita de sangue do cordão umbilical de forma precoce para determinação do grupo de sangue em situações definidas por protocolos institucionais (DGS, 2023).

18:19H - Assistir na expulsão da placenta

- Quando o sinal de *Krustner* deu negativo, prosseguiu-se com a realização de uma ligeira tração do cordão umbilical e solicitou-se à parturiente que realizasse um pequeno esforço expulsivo, até à visualização da placenta. Nesse momento, interrompe-se os esforços expulsivos e iniciou-se a manobra de Dublin: rotação da placenta e membranas amnióticas até à sua completa expulsão - Dequitação tipo *Schultz* (face fetal);
- Uma tração precoce e forçada poderá fazer com que ocorra rutura do cordão umbilical, descolamento incompleto da placenta que leva a retenção de cotilédones, hemorragias graves, fragmentação de membranas e risco de retenção das mesmas potenciando infeções ou mesmo inversão uterina (Begley et al., 2019; Gittens-Williams, 2017; Grimm, 2021).

18:20H - Avaliar placenta

- A avaliação da placenta consiste na avaliação de uma série de características da própria placenta, do cordão umbilical e das membranas amnióticas;
- Avaliação da placenta: ovalada, tamanho adequado, bordos regulares, presença de todos os cotilédones, sem anomalias;
- Avaliação das membranas amnióticas: presença de ambos os folhetos (*amnion* e *córior*) completos;
- Avaliação do cordão umbilical: espiralado dentro da normalidade, presença de duas artérias, uma veia e geleia de *Wharton*, sem anomalias, comprimento adequado, inserção central;

18:20H – Iniciar perfusão de ocitocina

- Iniciada perfusão de 10UI de ocitocina em 1000ml de polieletrólítico glicosado a 5%

<p>em bomba perfusora a 500ml/h, segundo protocolo do serviço;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A ocitocina administrada imediatamente após a dequitação tem como objetivo favorecer a involução uterina do pós-parto imediato, de forma a prevenir a atonia uterina e por consequência a hemorragia pós-parto (Begley, 2019; Oladapo et al., 2020; Salati et al., 2019).</li> </ul>
--

**Quadro 8 – Foco de atenção: Nascimento.**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Nascimento
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto eutócico às 18H de dia 20/03.</li> <li>• Índice de APGAR ao primeiro minuto de 9.</li> <li>• Informação do plano de parto: Pretende fazer contacto pele com pele assim que possível.</li> </ul>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação do plano de parto: João, marido, quer ser chamado para cortar o cordão umbilical ao fim do primeiro minuto, se possível.</li> </ul>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Nascimento
<b>OBJETIVO:</b> Promover a adaptação à vida extrauterina	
<b>INTERVENÇÕES:</b>	
18:01H - Executar clameamento do cordão umbilical	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O clameamento do cordão umbilical é realizado um minuto após o nascimento;</li> <li>• O clameamento tardio do cordão umbilical é recomendado, com o objetivo de não interromper a passagem continuada do sangue da placenta para o recém-nascido que ocorre durante mais um a três minutos após o nascimento. Esse breve atraso é conhecido por aumentar as reservas de ferro do bebé em até 50% aos seis meses de idade nos bebés (OMS, 2018; SPN, 2023).</li> </ul>	
18:01H - Executar corte do cordão umbilical [pai]	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chamado pai João de volta à sala de partos. Corte do cordão umbilical realizado pelo pai de acordo com as preferências identificadas no plano de parto e a vontade do mesmo no momento.</li> </ul>	
18:02H - Executar técnica de pele com pele	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar a recém-nascida, diretamente sobre o peito da mãe protegida com um lençol aquecido, assegurando a desobstrução das vias aéreas;</li> <li>• Contacto pele com pele é recomendado logo após todos os nascimentos sempre que o recém-nascido e a mãe se encontrem clinicamente estáveis (NICE, 2023).</li> </ul>	

**Quadro 9 – Foco de atenção: Pós-parto.**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Pós-parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18:19H - Dequitação espontânea tipo <i>Schultz</i>.</li> </ul>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recém-nascida, Alice, encontra-se em contacto pele com pele com a mãe, Sónia.</li> <li>• Parto eutócico às 18H de dia 20/03.</li> </ul>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Recuperação pós-parto
<b>OBJETIVO:</b> Determinar evolução da recuperação pós-parto	
<b>INTERVENÇÕES:</b>	
18:22H - Avaliar evolução da recuperação pós-parto	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar a ponta dos dedos da mão na vertical na zona do umbigo e exercer pressão vertical até sentir o fundo uterino. Fundo uterino apresenta-se contraído – Globo de segurança de <i>Pinard</i> presente;</li> <li>• Ao realizar a pressão sobre o fundo uterino deve-se também avaliar a perda sanguínea vaginal exteriorizada, esta encontra-se moderada, dentro do esperado.</li> </ul>	
18:25H - Avaliar canal de parto	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A revisão ao canal de parto realiza-se com o intuito de identificar possíveis traumatismos e quais os tecidos afetados para se proceder com a sua correção se necessário;</li> <li>• Ao realizar a revisão do canal de parto da Sónia, esta apresentava uma laceração lateral esquerda de grau 1, sob o local da episiotomia realizada no parto anterior.</li> </ul>	

Após identificação da laceração perineal da puérpera (18:30h) inicia-se as medidas de correção (Quadro 10). Ao realizar a correção da laceração perineal da Sónia, foi questionado se esta se recordava nos cuidados a ter com a higiene perineal, ao que refere “Sei que o principal é manter a zona bem seca e ao secar não pode ser a raspar senão fica a pele irritada e vermelha, aprendi da pior maneira (risos). Para lavar posso usar o chuveiro com água morna e um sabonete neutro ou só a água sempre que vou à sanita, mas especialmente quando evacuo.” (SIC). No que toca à frequência da troca do penso, a Sónia refere “Tenho de trocar com regularidade senão fica muito húmido e só vai irritar mais o sítio dos pontos” (SIC) pelo que se considera conhecimento sobre promoção da cicatrização da laceração perineal facilitador.

**Quadro 10 – Foco de atenção: Laceração 1.º grau no períneo após parto vaginal.**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Laceração 1.º grau no períneo após parto vaginal
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de laceração lateral esquerda de 1.º grau no períneo.</li> </ul>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto eutócico às 18H de dia 20/03.</li> </ul>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Laceração no períneo
<b>OBJETIVO:</b> Promover a cicatrização da ferida perineal	
<b>INTERVENÇÕES:</b>	
18:29H - Realizar higiene perineal	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestar cuidados de higiene através da lavagem da vulva e períneo com compressas humedecidas em água morna. Posteriormente colocação do tampão vaginal.</li> </ul>	
18:30H - Gerir analgesia (local)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação de lidocaína em <i>spray</i> no local a executar a perineorrafia.</li> </ul>	
18:31H - Suturar laceração	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunir e preparar material de sutura;</li> <li>• Sutura realizada por planos, na mucosa vaginal com sutura contínua simples até às carúnculas himeniais e pele com sutura intradérmica, com fio <i>Vicryl Rapide 2/0</i> e agulha ½ círculo (ACOG, 2016);</li> <li>• Realizar novamente inspeção, avaliação do canal de parto e remoção do tampão vaginal;</li> <li>• Durante todo o procedimento avaliar a perda sanguínea vaginal e ocasionalmente, se necessário, a manutenção do globo de segurança de <i>Pinard</i>;</li> </ul>	
18:39H - Aplicar frio	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A aplicação de frio local, neste caso em forma de gelo protegido por compressa, ajuda no alívio da dor e desconforto perineal.</li> <li>• O gelo, em contacto com o períneo promove a vasoconstrição, provoca a redução do fluxo sanguíneo, a diminuição de sensibilidade e limita a formação de edema. Desta forma, controla a inflamação, retardando o metabolismo celular e a produção de substâncias inflamatórias (Beleza et al., 2017).</li> </ul>	
18:40H - Realizar higiene perineal	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar higiene perineal e providenciar cuidados de conforto.</li> </ul>	

Após o término da correção da laceração (18:40h), foram prestados os cuidados de conforto à Sónia, para tal a Alice foi retirada do colo da mãe aproveitando o momento para se realizar o exame físico à recém-nascida

assim como as profilaxias protocoladas de acordo com o protocolo do serviço e de acordo com o consentimento dos pais (Injeção intramuscular de 1mg de vitamina K até às seis horas de vida para prevenir a Doença Hemorrágica por Défice de Vitamina K e aplicação de antibiótico tópico oftálmico em ambos os olhos) (SPN, 2023). Os cuidados de conforto passaram por trocar a roupa de cama, vestir a roupa interior, vestir o pijama e assistir no posicionamento para adoção de uma posição confortável para iniciar a amamentação.

A evidência científica demonstra que o contacto pele com pele na primeira hora de vida, designada por *golden hour*, quando realizado de forma ininterrupta comporta inúmeros benefícios tais como, a manutenção da temperatura corporal do recém-nascido, redução dos níveis de cortisol e risco de hipoglicemia no recém-nascido, o início da amamentação espontânea e o aumento da taxa de sucesso da amamentação, potencia o vínculo afetivo entre mãe e o bebé, o aumento de ocitocina materna que reduz o risco de hemorragia pós-parto, entre outros, pelo que apostar no contacto pele com pele precoce e de forma contínua é uma prática que deve ser incentivada para um início de vida saudável (Brimdryr et al., 2023; Khadivzadeh et al., 2016; Moore et al., 2016a; NICE, 2023; SPN, 2023).

A *golden hour* divide-se em nove fases: choro do nascimento, relaxamento, despertar, atividade, rastejar, descanso, familiarização, mamar e dormir (Brimdryr et al., 2020). Estas são fundamentais ao recém-nascido para a sua adaptação ao meio extrauterino, estabelecendo também o vínculo afetivo entre mãe e este. Cada etapa tem uma função específica no desenvolvimento inicial, promovendo não apenas a saúde física, mas também a emocional do recém-nascido.

Quando confrontada com a prática clínica, pude observar e constatar que a realização deste momento tão importante e significativo para a mãe e para o bebé, nem sempre cumpria o tempo preconizado. Verificou-se que o recém-nascido era colocado em contacto pele com pele imediatamente após o nascimento, mas pouco tempo depois era retirado do contacto com a mãe, para que lhe fossem prestados os primeiros cuidados nomeadamente, a

administração de vitamina K, a profilaxia oftálmica e fossem realizadas as medições do perímetro cefálico, comprimento e peso corporal.

Em contexto de estágio, após reflexão com a tutora e atualmente, na redação do presente relatório, ao analisar a forma como esta prática era implementada, percebi a necessidade de um maior equilíbrio entre a prestação dos primeiros cuidados neonatais e o respeito pelo contacto pele com pele contínuo durante a *golden hour*. Embora os cuidados imediatos, como a administração de vitamina K e a profilaxia oftálmica, sejam fundamentais para garantir a saúde do recém-nascido, a interrupção precoce do contacto com a mãe pode comprometer os benefícios físicos e emocionais nesta primeira hora de vida.

Conjuntamente com a tutora discutimos alternativas para integrar a prestação dos cuidados neonatais sem interromper este momento crucial. Uma solução proposta e adotada na prática clínica, na presença da mesma, era a realização dos cuidados necessários, a administração de vitamina K e a profilaxia oftálmica, após a primeira hora de vida e enquanto o recém-nascido ainda permanecia em contacto pele com pele. Posteriormente, nas duas horas pós-parto, aquando da reavaliação da recuperação da puérpera, procedíamos à realização das medições físicas do recém-nascido. Esta prática não só evita a separação desnecessária, mas também minimiza o desconforto do recém-nascido, aproveitando o ambiente seguro proporcionado pelo corpo da mãe, privilegiando os pressupostos da *golden hour*, garantindo a segurança e bem-estar materno e do recém-nascido e ainda, promovendo o início da amamentação.

A experiência prática ao longo do estágio revelou que, em muitos casos, a aplicação de procedimentos padronizados tem-se sobreposto às recomendações baseadas em evidências, especialmente na prática da equipa multidisciplinar. Esta constatação reforça a necessidade de uma mudança na abordagem institucional, com ênfase na sensibilização das equipas de saúde para o valor e a prioridade do contacto pele com pele como parte integrante do cuidado neonatal e materno.

Quando questionada como tinham sido as experiências de amamentação anteriores a Sónia refere “No primeiro filho era muito jovem então por causa da necessidade de ir trabalhar tive de parar de amamentar e passámos para leite de fórmula ao fim de quatro meses de amamentação. No segundo filho tentei amamentar mais tempo, mas apenas consegui até aos oito meses. No mais novito correu muito bem e como já tinha mais tempo e paciência para fazer as coisas com calma consegui que ele mamasse até aos 20 meses. Nunca tive nenhuma complicação grave também, no último tive um leve bloqueio de ductos, mas resolveu rápido por isso até estou muito contente (risos)” (SIC).  
Perante o dado obtido pude perceber que a Sónia já tinha experiência anterior na amamentação pelo que se optou por adotar uma atitude *hands-off*.

Ao colocar novamente a Alice junto da mãe, esta apresentava de imediato reflexo de busca e ao encontrar a mama iniciou logo o reflexo de sucção e deglutição corretamente, evidenciando também sinais de boa pega pelo que não foi necessário prestar assistência à Sónia e à Alice.

### **2.2.2. Conceção de cuidados: Gestão da apresentação fetal occipital posterior no trabalho de parto.**

Este caso permite explorar a gestão adequada da analgesia epidural, uma das técnicas mais utilizadas para o alívio da dor durante o trabalho de parto, sendo essencial uma abordagem criteriosa tanto na administração como no acompanhamento contínuo, destacando a importância do papel do EEESMO na monitorização dos efeitos secundários maternos e fetais, bem como nos cuidados ao cateter epidural, que deve ser gerido com rigor para evitar complicações como infeções, deslocamento do cateter ou ineficácia da analgesia. O contexto clínico apresentado sublinha a importância de uma equipa experiente e multidisciplinar e de protocolos bem definidos para garantir o sucesso da analgesia epidural e o bem-estar da parturiente.

A apresentação occipital posterior é uma variação da apresentação cefálica fetal que pode estar associada a um trabalho de parto mais prolongado, maior desconforto materno e um risco acrescido de intervenções obstétricas, como a necessidade de ventosa ou fórceps. A abordagem deste ponto permitiu-me explorar o contexto teórico relativo às melhores atitudes no desenvolver do papel do EEESMO, nomeadamente, as estratégias para facilitar a rotação do feto e as implicações para o prognóstico do parto vaginal. A gestão eficaz desta condição é essencial para minimizar complicações e melhorar os resultados perinatais.

Em suma, este caso clínico reúne características que proporcionam uma visão abrangente e detalhada de situações comuns, mas potencialmente desafiantes, na assistência ao trabalho de parto e parto. A sua escolha permite discutir de forma integrada a gestão da dor através de analgesia epidural, a adaptação da posição materna no período expulsivo de acordo com a apresentação fetal e os cuidados pós-parto, oferecendo uma oportunidade para analisar intervenções práticas e decisões clínicas que promovem a segurança e o bem-estar materno e fetal, respeitando as vontades da parturiente.

A Diana, 31 anos, primigesta, recorre ao serviço de urgência por dor sugestiva de contratilidade uterina desde a véspera a aumentar de intensidade e frequência. No momento da admissão (23:00h) encontrava-se com um Índice de Bishop de seis pontos. Apresentava colo posterior, consistência mole, três centímetros de dilatação, 60% de extinção, acima do 1.º plano de Hodge apresentação fetal cefálica de vértice, posição occipital posterior direita e com bolsa amniótica íntegra, segundo registo no processo.

O presente plano de cuidados refere-se aos cuidados prestados à parturiente durante o turno da noite (20:00h – 08:00h) em contexto de internamento no bloco de partos.

No presente turno encontrava-se acompanhada pela cunhada Cátia uma vez que o seu marido estava a trabalhar no estrangeiro.

A parturiente apresenta-se com 40 semanas e um dia de gestação. O seu grupo sanguíneo é A Rh positivo, e análise de SGB negativo. Não são identificados antecedentes pessoais. Não são identificadas alergias medicamentosas e alimentares conhecidas.

Como referido no caso anterior, o plano de parto é um documento importante, pois permite expressar desejos e preferências em relação ao trabalho de parto (Ferreira & Santos, 2017). No entanto, é importante esclarecer que o plano de parto não precisa necessariamente de ser redigido. Este pode ser apenas verbal, partilhado durante as consultas de pré-natal e no momento de admissão ao núcleo de partos ou no momento do parto.

O essencial é que haja um diálogo aberto e claro entre a grávida, pessoa significativa e os profissionais de saúde que a acompanham, garantindo que os desejos da mulher sejam respeitados, dentro dos limites da segurança para mãe e recém-nascido (Hanum et al., 2017; Souza & Santos, 2019).

Pelas 23:00h, ao consultar o processo da parturiente e confirmando com a mesma, verifica-se que foi necessário avaliar verbalmente quais os seus desejos e vontades para o parto da Clara. Esta refere que pretende recorrer à analgesia epidural, pretende que seja a cunhada (Cátia) a realizar o corte do cordão e se ela não o quiser fazer, pretende que seja a própria e deseja respeitar as posições que o corpo lhe pedir durante o trabalho de parto, especialmente no parto, não querendo ficar em posição de litotomia. Em relação ao pós-parto, pretende fazer contacto pele com pele assim que possível e amamentar. Solicita também uma segunda almofada para colocar entre os joelhos para descansar.

A parturiente apresentava 122/86mmHg de tensão arterial, 95bpm de pulsação, 98% de SatO<sub>2</sub> e 36,2°C de temperatura corporal.

**Quadro 11 - Avaliação da evolução do trabalho de parto da Diana.**

	<b>Admissão (23H)</b>	<b>01:00H</b>	<b>02:50H</b>	<b>03:20H</b>	<b>04:45H</b>
<b>Dilatação</b>	3cm	4cm	6cm	7cm	10cm
<b>Extinção</b>	60%	70%	90%	100%	100%
<b>Consistência</b>	Amolecido	Amolecido	Amolecido	Amolecido	Amolecido
<b>Posição</b>	Posterior	Posterior	Centrado	Anterior	Anterior
<b>Plano de Hodge</b>	Acima 1.º	1.º	2.º	2.º	2.º
<b>Membranas amnióticas</b>	Íntegras	Íntegras	Íntegras	Íntegras	Rotas
<b>Bem-estar fetal</b>	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
<b>Contrações Uterinas (Frequência, duração e intensidade)</b>	8/8min	5/5min	5/5min	3/3min	3/3min
	40s	40s	40s	60s	80s
	Moderada	Moderada	Moderada	Intensa	Intensa
<b>Intensidade da dor de trabalho de parto</b>	3	6	6	2	4

Perto das 01:00h a Diana refere grande aumento da dor na região lombar, principalmente na região sagrada, que não resolve com alteração de posicionamento e solicita o cateter epidural e a medicação para tentar descansar um pouco e dormir. Face ao protocolo do serviço existente relativamente à colocação do cateter epidural, é necessária a avaliação da evolução do trabalho de parto no que concerne à dilatação e extinção do colo uterino para que, o anestesista possa adequar a sua intervenção e a técnica utilizada. Foi então sugerido e realizado o exame vaginal com o consentimento da mulher. Perante a vontade da parturiente foi solicitada a equipa de anestesia que concordou e decidiu então proceder com a colocação do cateter epidural. Parturiente urinou espontaneamente na casa de banho antes da colocação do cateter epidural.

A analgesia epidural é o método farmacológico de alívio da dor de trabalho de parto mais utilizado, sendo o cateter epidural normalmente colocado na fase ativa do trabalho de parto. No entanto a ACOG (2019a) recomenda a administração da analgesia epidural assim que a parturiente o desejar, independentemente do estadió de trabalho de parto o que leva a um maior risco de deslocação do cateter epidural e diminuição da eficácia bem como aumento da taxa de cesarianas e aumento da duração do segundo estadió de trabalho de parto (Pereira et al., 2014).

A presente técnica analgésica consiste na punção do espaço epidural a nível lombar (L3-L4 ou L4-L5) com posterior administração de medicação analgésica de forma contínua ou intermitente (ACOG, 2019a; Machado, 2013). Esta acarreta consigo riscos graves como a lesão neurológica, parestesias ou lesão nervosa evidenciando-se principalmente como cefaleias decorrentes da punção da dura-máter e a perda de líquido cefalorraquidiano (Pereira et al., 2014). De salientar que a cefaleia associada à perfuração da dura-máter é característica sendo bilateral, incapacitante, occipital ou difusa, irradia para o pescoço e é agravada pela posição de sentada. Esta poderá surgir cerca de 24 horas a sete dias após o procedimento (Depaulis et al., 2020).

Efeitos secundários associados aos anestésicos locais, cloridrato de levobupivacaína ou cloridrato de ropivacaína e analgésicos opioides, citrato de sufentanil, são frequentes. Estes são a hipotensão materna, náuseas, vômitos, prurido, tremores, perda ou diminuição da função motora e sensitiva e risco elevado de retenção urinária (ACOG, 2019a; Pasin & Schnath, 2007; Pereira et al., 2014).

Perante a decisão de colocação de cateter epidural o EEESMO apresenta um papel fundamental no apoio e suporte à parturiente, na medida em que com recurso a estratégias não farmacológicas, nomeadamente através de técnicas de distração e respiração promove a capacidade da mulher para lidar com a dor/desconforto associado ao procedimento. Deve também colaborar com a equipa de anestesia no procedimento, nomeadamente no posicionamento correto da parturiente para facilitar a abertura dos espaços intervertebrais,

colocando-a em decúbito lateral adotando a posição fetal ou sentada, de cabeça fletida e ombros relaxados. A escolha da posição dependerá da conciliação da vontade da parturiente com a preferência do médico anestesista que a realiza (Nené et al., 2016; NICE, 2023).

Para além da colaboração no procedimento, deve-se proceder à monitorização contínua do CTG, monitorização de sinais vitais maternos, especialmente na primeira meia hora e vigilância de sinais de complicações referidos anteriormente (Nené et al., 2016; NICE, 2023).

No intuito de prevenir a ocorrência de hipotensão, é associado uma perfusão de 1000ml de cloreto de sódio a 0,9% e vigiada e incentivada a eliminação urinária de acordo com protocolo de serviço (NICE, 2023).

Com a necessidade de adoção de decúbito dorsal para correta e eficaz distribuição da medicação bilateralmente administrada por cateter epidural, as parturientes ficam por períodos mais confinadas ao leito devido ao bloqueio dos membros inferiores, apresentando-se como uma desvantagem. Cabe ao EEESMO utilizar os recursos e ferramentas ao seu dispor para empoderar a parturiente e pessoa significativa na adoção de estratégias facilitadoras do trabalho de parto na cama de acordo com a vontade da mulher.

Cerca de 30 minutos após a administração da medicação via cateter epidural, procedeu-se com a avaliação da evolução da dor de trabalho de parto. Segundo a Diana esta encontrava-se sem dor e confortável, acrescentando que iria dormir colocando-se em decúbito lateral esquerdo com a almofada entre os joelhos.

Por volta das 02:50h a Diana refere “As dores voltaram, e estão a ficar mais intensas, gostava de fazer alguma coisa quanto a isto para descansar mais um pouco, antes que elas fiquem insuportáveis.” (SIC), classificando a sua dor de trabalho de parto como grau seis. Perante o aumento da intensidade da dor sentida pela parturiente, que pode ser reflexo da progressão da apresentação fetal no canal de parto, é sugerido à parturiente a realização do exame vaginal com o seu consentimento, para avaliar a evolução do trabalho de parto.

Apresentava colo centrado, consistência mole, seis centímetros de dilatação, 90% de extinção, no 2.º plano de Hodge e com bolsa amniótica íntegra. Contactada a equipa de anestesia que administra novo bólus de medicação via cateter epidural.

Em parturientes sob analgesia epidural, como no presente caso, existe um risco aumentado de retenção urinária como referido anteriormente. Este surge devido à hipertonicidade do esfíncter e atonia vesical, além de que a perceção de bexiga cheia e a sensibilidade para urinar pode diminuir ou não se manifestar em casos de bloqueio intenso. Estes aspetos, juntamente com fluidoterapia associada à prevenção da hipotensão materna aumentam a necessidade de incentivar a estimulação urinária (Martins et al., 2002; Reis et al., 2021; Rosenberg et al., 2020). Quando após estimulação da micção espontânea, esta não se verifica, recorre-se ao cateterismo urinário com o intuito de realizar o esvaziamento vesical.

Ao longo do presente estágio constatei que a atuação dos EEESMO perante a confirmação de retenção urinária com a presença de globo vesical não era uniforme. Pelo que tive necessidade de aprofundar os meus conhecimentos nesta área, com o intuito de perceber qual a melhor prática a ser utilizada nomeadamente o cateterismo vesical permanente vs intermitente.

Cateterismo permanente caracteriza-se pela inserção de cateter urinário no decorrer do primeiro estadio de trabalho de parto, após a administração de analgesia epidural e permanência do mesmo até ao 2.º período de trabalho de parto e cateterismo intermitente pela inserção de cateter urinário com o intuito de esvaziar a bexiga procedendo-se à sua remoção imediatamente após o esvaziamento vesical (Dempsey et al., 2020; Reis et al., 2021; Rosenberg et al., 2020).

Segundo Reis et al. (2021) não existe vantagem de um método sobre o outro no que toca à duração do trabalho de parto, à taxa de partos eutócicos vs instrumentalizados ou cesarianas.

Por outro lado, Rosenberg et al. (2020) avaliou a relação dos cateterismos vesicais no trabalho de parto com o risco de retenção urinária pós parto, e concluiu que o risco de retenção urinária pós-parto está inversamente associado ao número de cateterismos efetuados durante o trabalho de parto, para além de estar fortemente associado ao tempo de duração da anestesia epidural.

Por fim, Dempsey et al. (2020) procurou avaliar a prevalência de infeções do trato urinário nas duas semanas pós-parto e concluiu que não existem diferenças significativas entre a realização de cateterismo vesical intermitente ou permanente.

Desta forma, segundo a literatura, podemos concluir que a preferência pela utilização do cateterismo urinário contínuo ou intermitente se baseará na opção da parturiente.

Às 03:20h foi realizada a avaliação da evolução da dor de trabalho de parto que, segundo a parturiente se classificava como grau dois. De acordo com o abordado previamente em relação à anestesia epidural foi também avaliada a presença de retenção urinária, presença de globo vesical. Perante a confirmação da presença de globo vesical e ausência de vontade de urinar foi sugerido à parturiente a colocação da aparadeira na tentativa de incentivar a mesma a urinar espontaneamente. Perante a ausência de micção espontânea foi explicado à parturiente os benefícios do esvaziamento vesical na progressão do feto no canal de parto e obtido o seu consentimento para a realização do cateterismo urinário. Após esvaziamento foi realizada avaliação do colo do útero. Apresentava colo anterior, consistência mole, sete centímetros de dilatação, 100% de extinção, no 2.º plano de Hodge e com bolsa amniótica íntegra com membranas amnióticas a “tufar”.

Pelas 04:45h da madrugada de dia 02/05/2024 a parturiente Diana refere “Sinto que urinei novamente, sinto-me toda molhada e tenho muita vontade de puxar, as dores ainda estão suportáveis, cerca de quatro em 10, mas é uma grande pressão ao fundo e só me apetece fazer força.” (SIC). Perante o referido é solicitado e obtido o consentimento para avaliar a evolução do trabalho de

parto. Este encontrava-se com dilatação e extinção completas, confirmação de rotura de membranas amnióticas espontânea, apresentação fetal no 2.º plano de Hodge, variedade occipital posterior direita.

A variedade occipital posterior ocorre em cerca de 10-34% das apresentações cefálicas no primeiro estadio do trabalho de parto (Guittier et al., 2014). Esta está associada a fatores como nuliparidade, idade materna superior a 35 anos, história familiar de partos na posição de occipital posterior, pavimento pélvico limitado, idade gestacional superior ou igual a 41 semanas, peso fetal superior a 4000gr, placenta anterior e anestesia epidural (Bahmaei et al., 2023; Guittier et al., 2014; Yang et al., 2020).

Cerca de 5-8% dos fetos que se encontram em variedade occipital posterior no primeiro estadio de trabalho de parto, assim se mantêm no segundo estadio, período expulsivo, caracterizando se por variedades occipitais posteriores persistentes (Guittier et al., 2014; Yang et al., 2020).

A variedade occipital posterior persistente está associada a complicações durante o trabalho de parto, nomeadamente, trabalho de parto prolongado, aumento da dor lombar, cansaço materno, distocia, parto instrumentado, hemorragia pós-parto, lacerações perineais de grau elevado, corioamnionite, aumento do risco de cesariana, morbilidades neonatais entre outras (Bahmaei et al., 2023; Guittier et al., 2014; Nasab et al., 2023; Yang et al., 2020).

Quando identificada no primeiro estadio de trabalho de parto, cabe ao EEESMO orientar o posicionamento da parturiente de modo a favorecer a rotação do feto para a posição ótima occipital anterior de modo a facilitar a progressão na escavação pélvica. Nestas situações posições de quatro apoios, especialmente colocando os cotovelos no chão (*“knee-chest”*), de pé ou sentada com inclinação da parturiente para a frente e costas alongadas, são recomendadas e atuam sobre outros sintomas como o favorecimento da progressão do trabalho de parto devido à ação da gravidade sobre o colo uterino e posterior dilatação uterina e o alívio da dor lombar associada às posições occipitais posteriores (Bahmaei et al., 2023; Calais-Germains & Parés, 2009; Cardoso et al., 2023a).

Se a opção da parturiente for ficar deitada, como no presente caso, optar por posições de semi-ventral, se tolerada, *sims* ou decúbito lateral no lado contrário à variedade occipital posterior. A associação do *rebozo*, tem também revelado resultados positivos, ajudando o feto a rodar para occipital transverso ou mesmo occipital anterior (Bahmaei et al., 2023; Yang et al., 2020).

Outros métodos identificados que poderão auxiliar a rotação fetal é o uso de ocitocina, que com a estimulação das contrações, espera-se que estas estimulem a rotação fetal (Bahmaei et al., 2023).

De acordo com Nasab et al. (2023) e Yang et al. (2020), a rotação manual é um dos métodos mais eficazes para ser implementado no segundo estadio de trabalho de parto. A eficiência do mesmo está diretamente relacionada com a experiência do EEESMO ou do médico obstetra que a executa. Esta, por estar associada a um elevado trauma perineal é cada vez menos utilizada (Nasab et al., 2023).

Pelas 05:40h dá-se o nascimento da Clara (Quadro 13). Com a adaptação à vida extrauterina o Índice de APGAR da Clara era 9 ao 1.º minuto, evoluindo para 10 ao 5º minuto, mantendo-se em 10 ao 10º minuto.

**Quadro 12 – Foco de atenção: Trabalho de parto.**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Trabalho de parto
<p><b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 04:45H - Parturiente refere “tenho muita vontade de puxar, (...), mas é uma grande pressão ao fundo e só me apetece fazer força.” (SIC)</li> <li>• 04:45H – Posição do colo do útero: anterior</li> <li>• Consistência do colo do útero: amolecido</li> <li>• Extinção do colo do útero: 100%</li> <li>• Dilatação do colo do útero: 10 cm.</li> <li>• Frequência da contração uterina: 3/3min</li> <li>• Duração da contração uterina: 80 segundos</li> <li>• Intensidade da contração uterina: intensa</li> <li>• Dor de trabalho de parto: grau 4</li> <li>• Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea às 04:45H</li> <li>• Apresentação fetal: cefálica.</li> <li>• Variedade fetal: occipital direita posterior.</li> <li>• Descida do feto: 2.º plano de Hodge</li> <li>• Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea vaginal</li> <li>• Expectativa face ao parto: parto eutócico</li> <li>• Sensibilidade membros inferiores: presente</li> </ul>	
<p><b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A parturiente apresenta-se com 40 semanas e dois dias de gestação.</li> <li>• Paridade: primigesta.</li> </ul>	
<p><b>DIAGNÓSTICO:</b></p>	<p>Trabalho de parto</p>
<p><b>OBJETIVO:</b> Facilitar trabalho de parto/nascimento</p>	
<p><b>INTERVENÇÕES:</b></p> <p>04:50H - Solicitar colaboração da equipa de enfermagem (EEESMO)</p> <p>04:50H - Assistir no posicionar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posicionar a parturiente na posição desejada – posição decúbito lateral esquerdo com apoio de perneira para a perna direita, montado no lado esquerdo da cama;</li> <li>• Reforçar que a qualquer momento durante os esforços expulsivos poderá alternar de posição conforme a sua vontade;</li> <li>• Durante os esforços expulsivos a parturiente pediu para se virar para o lado oposto posicionando-se em decúbito lateral direito. Com a progressão do trabalho de parto, pelas 05:05H a parturiente solicitou novamente regressar à posição inicial para decúbito lateral esquerdo.</li> </ul> <p>04:50H – Aplicar frio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação de compressas frescas na face da parturiente.</li> </ul>	
<p><b>OBJETIVO:</b> Promover parto eutócico</p>	
<p><b>INTERVENÇÃO:</b></p> <p>04:50H – Assistir no parto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Executar reforço positivo aos esforços expulsivos. A Diana executava esforços expulsivos espontâneos, no pico de cada contração, e era visível a progressão do feto no canal de parto a cada esforço expulsivo.</li> </ul> <p>05:35H - Executar técnica de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar a pesquisa de circular do cordão umbilical – negativo;</li> <li>• Suportar a saída do corpo fetal de forma controlada, protegendo a zona posterior do períneo com a mão direita.</li> </ul>	
<p><b>OBJETIVO:</b> Prevenir laceração do períneo</p>	
<p><b>INTERVENÇÃO:</b></p> <p>05:25H – Implementar medidas de proteção do períneo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suportar a saída da cabeça fetal de forma controlada, protegendo o períneo.</li> </ul>	
<p><b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto eutócico às 05:40H de dia 02/05.</li> </ul>	

<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Recém-nascida, Clara, encontra-se em contacto pele com pele com a mãe, Diana.</li> </ul>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Trabalho de parto
<b>OBJETIVO:</b> Promover parto eutócico	
<b>INTERVENÇÕES:</b>	
05:43H - Assistir na expulsão da placenta	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sinal de <i>Krustner</i> negativo, prosseguiu-se com a realização de uma ligeira tração do cordão umbilical e solicitou-se à parturiente que realizasse um pequeno esforço expulsivo, até à visualização da placenta. Nesse momento, interrompe-se os esforços expulsivos e iniciou-se a manobra de Dublin: rotação da placenta e membranas amnióticas até à sua completa expulsão - Dequitação tipo <i>Schultz</i> (face fetal).</li> </ul>	
05:43H - Avaliar perda sanguínea vaginal	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Perda sanguínea vaginal em quantidade moderada, adequada.</li> </ul>	
05:44H - Avaliar placenta	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliação da placenta: ovalada, tamanho normal, bordos regulares, presença de todos os cotilédones, sem anomalias;</li> <li>Avaliação das membranas amnióticas: presença de ambos os folhetos (<i>amnion</i> e <i>córion</i>) completos;</li> <li>Avaliação do cordão umbilical: espiralado dentro da normalidade, presença de duas artérias, uma veia e geleia de <i>Wharton</i>, sem anomalias, comprimento adequado, inserção central.</li> </ul>	
05:45H – Iniciar perfusão de ocitocina	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Iniciada perfusão de 10UI de ocitocina em 1000ml de polieletrolítico glicosado a 5% em bomba perfusora a 500ml/h, segundo protocolo do serviço.</li> </ul>	

**Quadro 13 – Foco de atenção: Nascimento.**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Nascimento
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Parto eutócico às 05:40H de dia 02/05.</li> <li>Índice de Apgar ao primeiro minuto: 9.</li> </ul>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Verbalizado que pretende que seja a cunhada ou a própria a realizar o corte do cordão umbilical.</li> </ul>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Nascimento
<b>OBJETIVO:</b> Promover a adaptação à vida extrauterina	
<b>INTERVENÇÕES:</b>	
05:41H - Executar clampeamento do cordão umbilical	

<ul style="list-style-type: none"> <li>O clameamento do cordão umbilical é realizado um minuto após o nascimento.</li> </ul> <p>05:41H - Executar corte do cordão umbilical [cunhada Cátia]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Incentivada a realização do corte do cordão umbilical pela cunhada de acordo com a vontade enunciada pela parturiente. Corte do cordão realizado pela Cátia.</li> </ul> <p>05:42H - Executar técnica de pele com pele [com a mãe]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Colocar a recém-nascida, diretamente sobre o peito da mãe protegida com um lençol aquecido, assegurando a desobstrução das vias aéreas.</li> </ul>
--

**Quadro 14 – Foco de atenção: Pós-parto.**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Pós-parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>05:43H - Dequitação espontânea tipo <i>Schultz</i>.</li> </ul>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Recém-nascida, Clara, encontra-se em contacto pele com pele com a mãe, Diana.</li> <li>Parto eutócico às 05:40H de dia 02/05.</li> </ul>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Recuperação pós-parto
<b>OBJETIVO:</b> Determinar evolução da recuperação pós-parto	
<b>INTERVENÇÕES:</b>	
05:50H - Avaliar evolução da recuperação pós-parto	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fundo uterino apresenta-se contraído – Globo de segurança de <i>Pinard</i> presente;</li> <li>Ao realizar a pressão sobre o fundo uterino deve-se também avaliar a perda sanguínea vaginal exteriorizada, esta encontra-se moderada, dentro do esperado.</li> </ul>	
05:50H - Avaliar canal de parto	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ao realizar a revisão do canal de parto da Sónia, esta apresentava períneo íntegro com ligeiro edema.</li> </ul>	
<b>OBJETIVO:</b> Promover recuperação pós-parto	
<b>INTERVENÇÕES:</b>	
05:51H – Realizar higiene perineal	
05:51H – Aplicar frio [períneo]	

Após a revisão do canal de parto e não sendo identificadas nenhuma complicações foram prestados os cuidados de conforto à Diana nomeadamente, vestir a cueca fralda descartável; realizar a aplicação de frio na zona perineal, vestir a camisa de pijama e providenciar água.

Neste momento, a colega EEESMO que estava presente, ao contrário do recomendado por NICE (2023) e Brimdyr et al. (2023) como já descrito anteriormente, realizou o exame físico à recém-nascida Clara e procedeu à administração das profilaxias protocoladas de acordo com o protocolo do serviço e com o consentimento da mãe.

Posteriormente (06:00h), de acordo com as preferências inicialmente identificadas pela Diana, esta foi assistida no início à amamentação.

Se acordo com as orientações da SPN (2023), o recém-nascido deve ser amamentado na primeira hora de vida, principalmente no decorrer da *golden hour*, de forma natural e espontânea. A primeira amamentação revela-se crucial para a redução da mortalidade neonatal devido às características imunológicas e protetoras do leite materno.

Às 7:30h, na reavaliação da Diana pudemos constatar que o útero se encontrava contraído, globo de segurança de *Pinard* formado e quantidade de lóquios moderada, lóquios vermelhos com cheiro *sui generis*.

Posteriormente foi avaliada a sensibilidade e força dos membros inferiores que se encontrava adequada e avaliação dos sinais vitais. A puérpera apresentava 119/77mmHg de tensão arterial, 85bpm de pulsação, 98% de SatO<sub>2</sub> e 36,3°C de temperatura corporal. Foi então iniciado a realização do 1.º levante da Diana para ir à casa de banho. O primeiro levante decorreu sem intercorrências e a puérpera urinou espontaneamente na casa de banho.

Ao regressar, foi sugerido sentar-se no cadeirão e aceite pela Diana e posteriormente removido o cateter epidural que se apresentava sem sinais inflamatórios ou intercorrências. A puérpera alimentou-se com uma pequena refeição.

### **2.2.3. Conceção de cuidados: Cuidar de uma puérpera com hemorragia pós-parto controlada com recurso a balão intrauterino.**

A escolha deste caso clínico fundamenta-se em diversos motivos de relevância para a prática profissional. Primeiramente, trata-se de uma oportunidade única para experienciar o método de atuação em situações de emergência obstétrica, permitindo uma compreensão prática e realista dos procedimentos a adotar em casos críticos. Adicionalmente, foca-se no desenvolvimento da capacidade de identificar precocemente os sinais HPP, garantindo assim uma intervenção rápida e eficaz.

Além disso, é fundamental aprender a gerir prioridades no contexto de uma emergência, assegurando que todas as decisões são tomadas em tempo útil de forma a maximizar a segurança e o bem-estar da mãe e do recém-nascido.

Embora não tenha ocorrido neste caso específico, em reflexão posterior à prestação dos cuidados, percebi que teria sido vantajoso o pai realizar o contacto pele com pele com o bebé, enquanto a puérpera recebia a assistência necessária, promovendo o vínculo e o conforto do recém-nascido.

Por fim, este caso destaca a importância das vigilâncias pós-parto, encontrar-se no local certo e adequado para providenciar os cuidados seguros, garantir a recuperação da puérpera e resolver precocemente qualquer complicação, assegurando assim um seguimento adequado e seguro no período pós-parto.

A Leonor, 37 anos, 3G 0P (dois abortos espontâneos anteriores), encontra-se no 2.º estadio de trabalho de parto, período expulsivo, após dar entrada no próprio dia para indução do trabalho de parto. No presente turno encontrava-se acompanhada pelo marido Diogo.

O presente plano de cuidados refere-se aos cuidados prestados à parturiente durante o turno da tarde (14:00h – 20:00h) em contexto de internamento no bloco de partos.

A parturiente apresenta-se com 39 semanas e seis dias de gestação. O seu grupo sanguíneo é B Rh positivo, e análise de SGB negativo. Não são

identificados antecedentes pessoais. Não são identificadas alergias medicamentosas e alimentares conhecidas.

À chegada ao serviço, com a análise do quadro geral e após transmissão de informação das colegas EEESMO, foi-me informado que a Leonor, que ficaria à responsabilidade dos nossos cuidados apresentava dilatação completa e tinha sido orientada para iniciar os esforços expulsivos, pelo que terminada a passagem de turno fomos de imediato ao seu auxílio.

Realizadas as apresentações iniciais e recolha de informação confirmou-se a informação transmitida anteriormente e realizou-se a preparação do material para assistir o parto da Leonor.

Pelas 15:25h dá-se o nascimento do Vicente. Com a adaptação à vida extrauterina o Índice de APGAR do Vicente era 9 ao 1.º minuto, evoluindo para 10 ao 5º minuto, mantendo-se em 10 ao 10º minuto.

**Quadro 15 – Foco de atenção: Trabalho de parto.**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Trabalho de parto
<p><b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 14:30H - Posição do colo do útero: anterior</li> <li>• Consistência do colo do útero: amolecido</li> <li>• Extinção do colo do útero: 100%</li> <li>• Dilatação do colo do útero: 10 cm.</li> <li>• Frequência da contração uterina: 2/2min</li> <li>• Duração da contração uterina: 80 segundos</li> <li>• Intensidade da contração uterina: intensa</li> <li>• Dor de trabalho de parto: grau 3</li> <li>• Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea às 13:15H</li> <li>• Apresentação fetal: cefálica.</li> <li>• Variedade fetal: occipital direita anterior.</li> <li>• Descida do feto: 2.º plano de Hodge</li> <li>• Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).</li> <li>• Perda sanguínea vaginal: ligeira perda sanguínea vaginal</li> <li>• Expectativa face ao parto: parto eutócico</li> <li>• Sensibilidade membros inferiores: presente.</li> </ul>	
<p><b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A parturiente apresenta-se com 39 semanas e seis dias de gestação.</li> <li>• Paridade: 3G 0P (2AE).</li> </ul>	

<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Trabalho de parto
<b>OBJETIVO:</b> Facilitar trabalho de parto	
<b>INTERVENÇÕES:</b>	
14:30H - Assistir no posicionar	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posicionar a parturiente na posição desejada – posição litotomia com cabeceira elevada a 45°;</li> <li>• Reforçar que a qualquer momento durante os esforços expulsivos poderá alternar de posição conforme a sua vontade.</li> </ul>	
14:40H – Aplicar frio	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação de compressas frescas na face da parturiente.</li> </ul>	
<b>OBJETIVO:</b> Promover parto eutócico	
<b>INTERVENÇÃO:</b>	
14:40H – Assistir no parto	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Executar reforço positivo aos esforços expulsivos. A Leonor executava esforços expulsivos espontâneos, no pico de cada contração, e era visível a progressão do feto no canal de parto a cada esforço expulsivo.</li> </ul>	
15:25H - Executar técnica de parto	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar a pesquisa de circular do cordão umbilical – negativo;</li> <li>• Suportar a saída do corpo fetal de forma controlada, protegendo o períneo a zona posterior com a mão direita.</li> </ul>	
<b>OBJETIVO:</b> Prevenir laceração do períneo	
<b>INTERVENÇÃO:</b>	
15:20H – Implementar medidas de proteção do períneo	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suporte manual: colocar a mão esquerda na região anterior, com os dedos polegar e indicador sobre o occiput fetal, para controlar a saída do crânio, e promover a flexão; colocar a mão direita, ao mesmo tempo, na região vulvoperineal, com os dedos polegar e indicador junto à fúrcula e exercendo uma ligeira pressão;</li> <li>• Suportar a saída da cabeça fetal de forma controlada, protegendo o períneo.</li> </ul>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto eutócico às 15:25H de dia 19/02.</li> </ul>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recém-nascido, Vicente, encontra-se em contacto pele com pele com a mãe, Leonor.</li> </ul>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Trabalho de parto
<b>OBJETIVO:</b> Facilitar trabalho de parto	
<b>INTERVENÇÕES:</b>	
15:30H - Assistir na expulsão da placenta	

- Sinal de *Krustner* positivo – adotada atitude expectante.

15:50H - Assistir na expulsão da placenta

- Sinal de *Krustner* negativo, prosseguiu-se com a realização de uma ligeira tração do cordão umbilical e solicitou-se à parturiente que realizasse um pequeno esforço expulsivo, até à visualização da placenta. Nesse momento, interrompe-se os esforços expulsivos e iniciou-se a manobra de Dublin: rotação da placenta e membranas amnióticas até à sua completa expulsão - Dequitação tipo *Schultz* (face fetal).

15:50H - Avaliar perda sanguínea vaginal

- Perda sanguínea vaginal em quantidade moderada, adequada.

15:51H – Avaliar canal de parto

- Ao realizar a revisão do canal de parto da Leonor, esta apresentava períneo íntegro.

15:51H - Avaliar placenta

- Avaliação da placenta: ovalada, tamanho normal, bordos regulares, ausência de alguns cotilédones, sem outras anomalias;
- Avaliação das membranas amnióticas: presença de ambos os folhetos (*amnion* e *córion*) completos;
- Avaliação do cordão umbilical: espiralado dentro da normalidade, presença de duas artérias, uma veia e geleia de *Wharton*, sem anomalias, comprimento adequado, inserção central.

15:52H – Iniciar perfusão de ocitocina

- Iniciada perfusão de 10UI de ocitocina em 1000ml de polieletrolítico glicosado a 5% em bomba perfusora a 500ml/h, segundo protocolo do serviço.

15:52H - Referenciar compromisso no trabalho de parto ao médico

- Informar médico obstetra sobre ausência de cotilédones aquando da avaliação da placenta.

A retenção da totalidade ou fragmentos placentários quando não identificados, potencia o risco de infeção e interfere com a contração uterina predispondo a hemorragia pós-parto (HPP) (OMS, 2009). Perante a observação médica, foi decidido realizar-se revisão manual da cavidade uterina de forma a remover o material placentário em falta. Posteriormente realizou-se a avaliação dos sinais vitais da puérpera apresentando 115/84mmHg de tensão arterial, 89bpm de pulsação, 98% de SatO<sub>2</sub> e 36,8°C de temperatura corporal. A revisão manual foi realizada com sucesso pela médica obstetra presente com o nosso auxílio na técnica, através da preparação do campo esterilizado, preparação do

material necessário à técnica e suporte manual exterior do fundo uterino, conseguindo reaver-se os dois pedaços de cotilédones placentários.

Aquando a realização da remoção manual da placenta ou restos placentários, a OMS (2014a) recomenda a administração de uma dose única de antibiótico (ampicilina ou cefalosporina de primeira geração), pelo que, de acordo com prescrição médica foram administrados 2g de cefazolina por via endovenosa.

Após o término da técnica era visível uma perda sanguínea vaginal moderada e contínua acompanhada de atonia uterina iniciando-se de imediato a massagem uterina. Após cerca de dois minutos de massagem uterina exterior manteve-se a atonia uterina e a perda sanguínea vaginal contínua em moderada quantidade pelo que se iniciou a implementação do protocolo de HPP de acordo com o estabelecido no serviço (Quadro 16).

A HPP é uma emergência obstétrica que se classifica como a perda de 500ml de sangue ou mais no período de 24 horas após o parto. A HPP grave é definida como uma perda de 1000ml de sangue ou mais, no mesmo período (OMS, 2014a). Esta ocorre em cerca de 2% de todas as mulheres que passam pelo parto e é a principal causa de mortalidade materna. Pode ainda ser diferenciada entre primária/precoce, que ocorre nas primeiras 24 horas pós-parto ou secundária/tardia que ocorre entre as 24 horas pós-parto e as seis semanas pós-parto (CPPAS, 2023; Marques et al., 2015). A HPP poderá estar associada a diversas causas que se podem dividir em quatro causas major: tónus uterino, trauma, tecido e trombina (CPPAS, 2023).

Os principais sintomas de HPP são taquipneia, taquicardia, hipotensão e em casos mais graves choque hemodinâmico ou morte materna (CPPAS, 2023).

Perante a confirmação de HPP, aciona-se o protocolo de serviço destinado à resolução da emergência obstétrica. Segundo CPPAS (2023) e OMS (2014a) o primeiro passo é pedir ajuda. Contactar a equipa de emergência se esta existir recorrendo a medidas de manutenção até a mesma chegar e outras intervenções serem realizadas, ou solicitar colaboração à equipa que estiver

disponível, com preferência para pelo menos um médico obstetra, um médico anestesista e dois EEESMO (ACOG, 2006; CPPAS, 2023; OMS, 2014a).

De seguida, algumas medidas gerais devem ser adotadas. A colocação de 2.º acesso endovenoso de grande calibre e alto fluxo (14G ou 16G) e confirmação da permeabilidade do cateter venoso periférico previamente inserido aquando a admissão da utente. Iniciar monitorização materna contínua. Iniciar infusão rápida de solução cristalóide como cloreto de sódio a 0,9% e iniciar ácido tranexâmico, quando aplicável. Realizar cateterismo vesical não só para monitorização da diurese mas também para facilitar execução de futuras manobras que poderão ser necessárias e posteriormente realizar colheita de sangue (ACOG, 2006; CPPAS, 2023; Marques et al., 2015; OMS, 2014a).

Numa terceira fase, para controlo da volemia, CPPAS (2023) sugere reavaliar o estado hemodinâmico da puérpera a cada 250-500ml de cloreto de sódio 0,9% solução injetável utilizado. Este deverá encontrar-se preferencialmente, previamente aquecido em banho-maria no intuito de simultaneamente prevenir a hipotermia. Se após 1500ml de solução cristalóide, não se verificar resposta hemodinâmica adequada, deverá ser solicitada reserva de sangue e iniciada transfusão.

Garantida a estabilidade hemodinâmica da puérpera é então importante identificar a causa da HPP para se agir em conformidade. Perante atonia uterina, responsável por cerca de 80% dos casos de HPP, a primeira etapa será o início da administração de uterotónicos (CPPAS, 2023; OMS, 2014a) como a ocitocina 10UI intravenosa ou intramuscular como primeira linha, seguida do Misoprostol 800ug via retal ou 600ug sublingual e por fim o ácido tranexâmico (CPPAS, 2023; Marques et al., 2015; OMS, 2014a). Se após a utilização dos diversos uterotónicos não existe resposta do tônus uterino deverá considerar-se a inserção do balão de tamponamento intrauterino, balão de Bakri, ou posterior intervenção cirúrgica (Alves et al., 2014; CPPAS, 2023; OMS, 2014a).

O balão intrauterino é inserido na cavidade uterina, para lá do orifício interno cervical, e preenchido com cerca de 250-500ml de soro fisiológico de forma

exercer pressão sobre as paredes uterinas, endométrio proximal e miométrio reduzindo o fluxo sanguíneo e facilitando a coagulação (CPPAS, 2023; Giacometti et al., 2023). Este consiste num balão ligado a um cateter de silicone que permite a drenagem de sangue presente na cavidade uterina para um saco coletor. O balão tem um tempo máximo de permanência de 24 horas. A sua permanência deve ser reavaliada cerca de 12h após a sua inserção pelo médico obstetra e posteriormente às 24h (Giacometti et al., 2023). A remoção do balão é gradual e realizada de acordo com a estabilidade hemodinâmica da puérpera e a perda sanguínea vaginal presente (CPPAS, 2023; Giacometti et al., 2023). De acordo com CPPAS (2023) pode ser removido a partir das 2h pós inserção.

Se após avaliação do tónus uterino se confirma que este se encontra adequado e contraído procura-se descartar outras causas de HPP nomeadamente a ocorrência de alguma lesão ou trauma, segunda maior causa de HPP (CPPAS, 2023; Marques et al., 2015; OMS, 2014a). Prossegue-se com a realização do exame vaginal e perineal identificando se alguma estrutura, colo uterino, vagina, períneo e vulva, está afetada.

A terceira maior causa de HPP é a retenção placentária, o tecido (CPPAS, 2023; OMS, 2014a). Perante situação de retenção placentária, ausência de expulsão placentária espontânea 30 minutos após o nascimento ou confirmação de retenção de restos placentários poderá ser necessário proceder-se à revisão manual ou curetagem. Na realização do procedimento supracitado deve ser avaliada e controlada a perda sanguínea vaginal, não continuando com o procedimento se esta for elevada com o risco de desencadear uma HPP.

Por fim, a última causa de HPP, menos prevalente, poderá relacionar-se com a percentagem de trombina e o tempo de coagulação insuficiente muitas vezes associadas a coagulopatias congénitas ou adquiridas. O seu tratamento passa principalmente pela transfusão sanguínea.

**Quadro 16 – Foco de atenção: Pós-parto.**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Pós-parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15:50H - Dequitação espontânea tipo <i>Schultz</i>.</li> <li>• 15:52H – Confirmação de retenção de restos placentários.</li> <li>• 15:55H – Realização de revisão manual da cavidade uterina pela médica obstetra para remoção de restos placentários.</li> <li>• 15:58H – Contração do útero pós-parto: atonia uterina.</li> <li>• 15:58H – Quantidade de lóquios: superior à esperada sem coágulos.</li> <li>• 15:55H – Puérpera apresenta pele pálida e fria, fáceis de dor, mantém discurso coerente e comportamento adequado.</li> </ul>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto eutócico às 14:50H de dia 19/02.</li> </ul>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Hemorragia pós-parto
<b>OBJETIVO:</b> Controlar hemorragia pós-parto	
<b>INTERVENÇÃO:</b>	
15:58H – Iniciar protocolo de hemorragia pós-parto <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chamar ajuda. Solicitar presença de EEESMO, segundo médico obstetra e médico anestesista comunicando diagnóstico de HPP por atonia uterina;</li> <li>• Realizar massagem uterina;</li> <li>• Baixar cabeceira da cama para os zero graus se tolerado pela grávida;</li> <li>• Monitorizar sinais vitais da puérpera: 88/50mmHg, 90bpm, 96% de SatO<sub>2</sub>, 36,5°C. Assegurar monitorização contínua da frequência cardíaca e pressão arterial;</li> <li>• Inserir segundo cateter venoso periférico de calibre 14G ou 16G;</li> <li>• Iniciar perfusão de Cloreto de sódio 0,9% em solução injetável em bolsa de 500ml;</li> <li>• Inserir cateter urinário;</li> <li>• Administrar 800ug de misoprostol retal segundo prescrição médica;</li> <li>• Auxiliar na inserção do balão intrauterino.</li> </ul>	

Apesar de no presente caso clínico não ter sido utilizado, no serviço existia um *kit* de emergência obstétrica no âmbito da HPP de onde foi apenas retirado o balão intrauterino.

CPPAS (2023), perante a utilização do balão de tamponamento intrauterino indica a realização de antibioterapia com cefazolina 2g de 8/8h por via endovenosa e manutenção da perfusão de ocitocina por 6-8 horas. Já Giacometti et al. (2023) recomenda cefazolina 1g de 8/8h pela mesma via

durante 24 horas. No presente caso foi prescrito cefazolina 2g de 8/8h até informação em contrário. Considerando a primeira dose a que foi administrada no seguimento da revisão placentária manual a próxima dose será administrada pelas 00:00H do dia seguinte.

Com presença do balão de tamponamento intrauterino na sequência do diagnóstico de HPP surgem uma série de intervenções de monitorização específicas. Como tal o EEESMO deverá monitorizar os sinais vitais a cada hora ou de acordo com a necessidade acrescida, monitorizar o débito urinário que deverá estar cerca dos 30ml/h ou superior, vigiar a perda sanguínea vaginal que não deverá ultrapassar os 100ml na primeira hora nem os 50ml/h nas avaliações das primeiras três horas. Deverá também, de acordo com prescrição médica, cumprir a manutenção da ocitocina, cumprir a manutenção da antibioterapia e realizar as colheitas de sangue necessárias (4/4 horas) (CPPAS, 2023; Giacometti et al., 2023; OMS, 2014a). A parturiente em questão tinha indicação para manter repouso no leito, não se proceder à remoção de cateter epidural e para permanecer em observação no bloco de partos pelo menos nas quatro horas seguintes sendo apenas transferida para o serviço de puerpério no seguinte turno. Como tal elaborou-se um quadro resumo das respetivas monitorizações no intuito de facilitar a compreensão (Quadro 17).

**Quadro 17 - Resumo das monitorizações realizadas no seguimento da colocação do balão intrauterino.**

	16:00H	16:15H	17:30H	18:30H	19:30H
<b>Monitorização de sinais vitais</b>	88/50mmHg 90bpm 96% de SatO2 36,5°C de TC	90/59mmHg 92bpm 96% de SatO2 36,7°C de TC	105/84mmHg 90bpm 98% de SatO2 36,7°C de TC	116/85mmHg 102bpm 98% de SatO2 36,5°C de TC	112/86mmHg 90bpm 98% de SatO2 36,6°C de TC
<b>Monitorização de débito urinário (ml presentes no saco coletor)</b>	350ml	350ml	500ml	650ml	820ml

<b>Monitorização de perda sanguínea (ml presentes no saco coletor)</b>	100ml	100ml	150ml	200ml	350ml
--	-------	-------	-------	-------	-------

Pelas 16:30h com o sucesso da colocação do balão de tamponamento intrauterino e cessação da hemorragia procedeu-se com a realização da higiene perineal da Leonor e assistência na adoção de uma posição confortável, neste caso decúbito lateral esquerdo com cabeceira a zero graus.

Ao posicionar de novo o Vicente junto da mãe, este apresentava de imediato reflexo de busca e ao encontrar a mama iniciou logo o reflexo de sucção e deglutição corretamente, evidenciando também sinais de boa pega. Aproveitou-se o momento da amamentação para se realizar a administração de profilaxia, nomeadamente a vitamina K.

Posteriormente (17:30h) verificando que o Vicente já não se encontrava a mamar, procedeu-se com a realização do exame físico do recém-nascido e a administração das restantes profilaxias protocoladas de acordo com o protocolo do serviço e com o consentimento da mãe. O pai Diogo foi também incentivado a vestir o recém-nascido, atividade que completou de forma autónoma. Também neste contacto foi elevada a cabeceira da cama para 30º de acordo com a tolerância da puérpera.

#### **2.2.4. Conceção de cuidados: Assistência na vivência do luto e criação de memórias.**

A escolha deste caso clínico foi orientada pela oportunidade de explanar as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, nomeadamente no âmbito da promoção da saúde da mulher no período pré-natal e em situação de aborto.

A oportunidade de construção de uma relação terapêutica sólida é essencial na prática do EEESMO, particularmente em contextos emocionais e desafiadores

como os processos de luto. Este caso clínico destaca-se por exigir a capacidade de estabelecer uma conexão empática e de confiança com a mulher e a família, crucial para oferecer apoio adequado. A habilidade de criar uma relação terapêutica eficaz permite que o enfermeiro compreenda melhor as necessidades emocionais e físicas da paciente, gerindo expectativas, emoções e promovendo um ambiente de cuidado mais acolhedor e centrado na pessoa.

Gerir uma situação de luto, enquanto se mantém uma relação terapêutica eficaz e se ajusta o ambiente e a linguagem, exige uma combinação de empatia, habilidades de comunicação e conhecimento técnico o que se torna particularmente desafiante e me permitiu ganhar maturidade, conhecimentos e competências neste sentido.

A Maria, 33 anos, 2G 1P (parto eutócico há dois anos). É admitida ao núcleo de partos para realização de uma interrupção médica da gravidez. A Maria e o Miguel (marido), após os resultados dos exames do primeiro trimestre foram informados acerca do elevado risco de o seu futuro bebé nascer com trissomia 21. Perante esta informação o casal decidiu recorrer à interrupção médica da gravidez para não prejudicarem o crescimento da sua filha mais velha pois “Sentimos que se tivéssemos uma criança com necessidades especiais iria afetar a nossa dinâmica familiar e não conseguiríamos dar resposta às necessidades de crescimento e desenvolvimento da Ana (filha do casal) ” (SIC).

A interrupção da gravidez pode ocorrer de forma espontânea, de forma voluntária por opção da mulher e de carácter médico perante a confirmação de patologia associada ao feto ou que prejudique a saúde da mulher. Segundo o n.º 1 do artigo n.º 142 do Código Penal alterado pela lei n.º16/2007 publicada pelo Diário da República n.º 75/2007 série I (2007, p. 2417), é permitida a interrupção médica da gravidez quando de acordo com a alínea c) “*Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez (...)*”.

Se por um lado os avanços tecnológicos possibilitaram conhecer e avaliar precocemente a saúde do feto identificando também riscos de saúde para a mulher, por outro colocam a mulher e o casal com o peso de tomarem uma decisão definitiva mais cedo. A possibilidade de interromper a gravidez representa uma opção desejada perante a confirmação de diagnósticos de malformações, a decisão de abortamento no entanto, esta é complexa e uma das mais difíceis de tomar na vida de um casal pois significa terminar um projeto de vida a dois com uma forte conexão emocional e afetiva (Nené et al., 2016). Na tomada de decisão englobam-se fatores como a incerteza do diagnóstico e a sua consequência para o futuro independentemente da decisão tomada.

A interrupção da gravidez consiste na administração de medicação que estimule a dilatação do colo uterino e por sua vez a expulsão do conteúdo uterino, feto e placenta. Esta pode ser realizada de forma cirúrgica ou medicamentosa, como neste caso, através da administração de mifepristone e misoprostol segundo protocolo do serviço (DGS, 2007a; OMS, 2022a).

O Mifepristone, antiprogesterona esteroide, como o nome indica, bloqueia a ação da progesterona impedindo a evolução da gravidez. O Misoprostol, prostaglandina E1 tem como função estimular as contrações uterinas, facilitando a expulsão fetal e placentária (DGS, 2007a; Nené et al, 2016; OMS, 2022a).

Associado ao processo de aborto encontra-se a vivência do luto, processo descrito anteriormente. No entanto, para além da perda do filho imaginado, no processo de abortamento fala-se também na perda do filho real.

Quando a perda gestacional se verifica nas primeiras semanas de gestação, ou seja nos casos em que a visualização do crescimento do abdómen é diminuta, socialmente o luto realizado pela mulher nem sempre é aceite. Sucede-se pelo facto do feto ainda não ser olhado verdadeiramente como um bebé, e consequentemente não se incentiva a criação de espaços e memórias importantes na resolução do processo do luto (Lemos & Cunha, 2015; Muza et

al., 2013). Contrariamente ao esperado, a sociedade tenta silenciar e oprimir o sofrimento da mulher face ao luto, desvalorizando o seu sofrimento.

A grávida apresenta-se com 16 semanas e dois dias de gestação. O seu grupo sanguíneo é A Rh positivo. Não são identificados antecedentes pessoais. Não são identificadas alergias medicamentosas e alimentares conhecidas.

O presente plano de cuidados refere-se aos cuidados prestados durante o turno da manhã (08:00-14:00h) em contexto de internamento no bloco de partos.

Pelas 09:00h, foi realizada a admissão da utente no núcleo de partos e confirmada a toma prévia de um comprimido de mifepristone 200mg por via oral nas últimas 36 a 48 horas.

A Maria foi internada na sala de partos que habitualmente está designada para questões mais sensíveis como perdas fetais, interrupções da gravidez, entre outras. Esta encontra-se afastada das restantes salas de parto de forma a proporcionar um ambiente adequado sem a possibilidade de ouvir o choro de outros recém-nascidos ou ruídos perturbadores. Apesar de não estar identificado fisicamente como tal, é do conhecimento da equipa de profissionais, médicos, enfermagem e auxiliares que este quarto serve para tais situações, de forma a proporcionar o ambiente propício à vivência do luto o mais respeitador possível.

Perante uma situação de luto a aposta na privacidade da mulher e do casal é fundamental pois permite-lhe tempo a sós ou com o acompanhante para reorganizar pensamentos, experiência de sentimentos e a tomada de decisões (Fernández-Férez et al., 2021; Lowdermilk & Perry, 2008; Martins et al., 2023).

Nos casos de interrupção médica da gravidez, a EEESMO vê-se confrontada com a necessidade de questionar a mãe e o pai se desejam ver e pegar ao colo o filho perdido, bem como, explicar-lhes as características físicas que este apresenta. Esta questão deverá ser sempre colocada à mãe e ao pai individualmente uma vez que apresentam estratégias de *coping* individuais e únicas de cada um. Para além disso, a EEESMO deverá expor a questão indo

ao encontro dos direitos e vontades da mãe e do pai não os colocando, no entanto, numa posição de obrigação fomentadora de sentimentos de culpa (Lowdermilk & Perry, 2008; Fernández-Férez et al., 2021; Martínez-García et al., 2023).

Antes de apresentar o bebé ou feto à mãe e ao pai, a EEESMO deverá prepará-lo dando-lhe o melhor aspeto possível, um aspeto cuidado. Esta preparação varia de acordo com a idade gestacional e pode passar por embrulhar o feto num lençol e cobertor ao vesti-lo, colocar-lhe a fralda e pulseira de identificação, entre outras (Lowdermilk & Perry, 2008; Martins et al., 2023).

Ao analisar os desejos e vontades da parturiente com a própria é possível constatar que esta pretende estar sempre acompanhada pelo marido Miguel, ambos desejam ver o feto, desejam pegar no feto e apresentaram-nos também uma folha onde gostariam que fossem marcadas as mãos e pés do bebé. Após a expulsão fetal, enquanto EEESMO, importa validar junto da Maria e do Miguel individualmente, se as expectativas existentes face a este momento se mantêm (Quadro 19).

Perante os casos de perdas perinatais, as memórias da existência de uma gravidez irão sempre permanecer e influenciar a vida da mulher e do casal. Segundo Lowdermilk & Perry (2008) e Martínez-García et al. (2023), tanto a mãe como o pai necessitam de lembranças visíveis do seu bebé que lhes permitam reviver a perda e lidar com os seus sentimentos. Daí que, a criação de memórias físicas tais como uma ecografia, o registo escrito das medidas e peso do bebé, a primeira peça de roupa ou brinquedo, o resultado do teste de gravidez, o carimbo das mãos e pés, ou mesmo um certificado de nascimento não oficial, podem tornar-se testemunhos da existência daquele filho no decurso de vida do casal, legitimando a sua existência tornando-o real e facilitando o processo de luto do casal (Lowdermilk & Perry, 2008; Martínez-García et al., 2023; Nené et al., 2016; Kochen et al., 2020).

No momento da admissão encontrava-se com um Índice de Bishop de zero pontos. Apresentava colo posterior, inteiro, consistência intermédia, segundo

avaliação médica. Apresentava 118/85mmHg de tensão arterial, 76bpm de pulsação, 97% de SatO<sub>2</sub> e 36,5°C de temperatura corporal.

De acordo com a indicação médica em consonância com o consentimento da grávida, iniciou-se o protocolo de serviço no âmbito da interrupção médica da gravidez. Este indica a administração vaginal de misoprostol 400ug a cada três horas de acordo com a evolução do trabalho de parto. Perante a administração do fármaco, é da competência do EEESMO vigiar a ocorrência de efeitos secundários como vômitos, diarreia, hipertermia, cefaleias e dores abdominais, e atuar em conformidade, e os efeitos esperados, dor pélvica e perda sanguínea vaginal tipo menstruação (Infarmed, 2024; Nené et al., 2016).

No momento de administração da medicação protocolada a Maria revela algumas questões no sentido de perceber como será o processo nas próximas horas (Quadro 20).

Após administração de medicação (09:30h) e esclarecimento das questões colocadas, o casal é deixado em privacidade e descanso, salvaguardando que a qualquer momento poderão chamar a equipa através da campainha.

No seguinte quadro (Quadro 18), com o objetivo de melhorar a compreensão do presente caso clínico, encontra-se discriminada a avaliação da evolução do processo de abortamento da Maria.

**Quadro 18 - Avaliação da evolução do processo de abortamento da Maria.**

	<b>Admissão (09H)</b>	<b>11:20H</b>	<b>12:45H</b>
<b>Dilatação</b>	0cm	1cm	3cm
<b>Extinção</b>	0%	20%	50%
<b>Consistência</b>	Inteiro	Amolecido	Amolecido
<b>Posição</b>	Posterior	Posterior	Centrado
<b>Membranas amnióticas</b>	Íntegras	Íntegras	Íntegras
<b>Dor</b>	-	5	6

Pelas 11:20h, a parturiente apresenta-se sentada na cama e refere sentir dor tipo cólica intensa que não resolve com a mudança de decúbito. Questiona se não haverá nenhuma medicação que possa tomar. São administrados 1000mg de paracetamol via endovenosa segundo prescrição médica.

Cerca das 12:50h, ao reavaliar a evolução da dor, a Maria refere “A dor estava a passar mas agora aumentou novamente e sinto vontade de fazer força como se quisesse evacuar.” (SIC). Perante a informação transmitida explicou-se à Maria que poderia ser o António a querer nascer e solicitou-se o seu consentimento para realizar o exame vaginal. Procedeu-se com a assistência à Maria na expulsão fetal e da placenta.

Pelas 13:35h, na realização da avaliação da recuperação após a expulsão fetal e da placenta pudemos constatar que o útero se encontrava contraído, globo de segurança de *Pinard* formado e quantidade de lóquios moderada, lóquios vermelhos com cheiro *sui generis*.

Foram de seguida prestados os cuidados de higiene e conforto e posteriormente confirmado com o casal se estes mantinham as vontades iniciais de ver o feto e de o segurar ao qual responderam positivamente. Foi também questionado ao casal se sabiam mais ou menos como é que ele iria ser e disseram que sim, que a médica já tinha explicado.

#### Quadro 19 – Foco de atenção: Luto.

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Luto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Motivo de internamento: Interrupção médica da gravidez.</li> </ul>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>A parturiente apresenta-se com 16 semanas e dois dias de gestação.</li> </ul>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Luto perinatal
<b>OBJETIVO:</b> Facilitar o processo de luto	
<b>INTERVENÇÕES:</b>	
09:00H - Gerir ambiente	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Admissão da utente na sala de partos destinada a questões específicas como perdas fetais, interrupções da gravidez entre outras;</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantir a privacidade do casal solicitando à equipa que não entrem no quarto à exceção dos familiares ou profissionais de saúde se extremamente necessário;</li> <li>Ajustar a luminosidade e temperatura do quarto de acordo com a preferência da parturiente.</li> </ul> <p>09:00H - Apoiar no processo de luto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Executar escuta ativa;</li> <li>Confirmar os desejos e vontades da mulher em relação ao processo de abortamento, período expulsivo, contacto com o feto e criação de memórias.</li> </ul>		
<p><b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>13:10H – Expulsão fetal.</li> <li>09:00H – Grávida pretende ver o feto, pegar no feto e apresentou-nos também uma folha onde gostaria que fossem marcadas as mãos e pés do bebé.</li> <li>Motivo de internamento: Interrupção médica da gravidez.</li> </ul>		
<p><b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A parturiente apresenta-se com 16 semanas e dois dias de gestação.</li> </ul>		
<table border="1"> <tr> <td><b>DIAGNÓSTICO:</b></td> <td>Luto perinatal</td> </tr> </table>	<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Luto perinatal
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Luto perinatal	
<p><b>OBJETIVO:</b> Facilitar o processo de luto</p>		
<p><b>INTERVENÇÃO:</b></p> <p>13:50H – Apoiar na decisão [medidas facilitadoras do luto]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Preparar feto para o casal. Embrulhar o feto em compressas e pequeno lençol;</li> <li>Apresentar o António aos pais, tratando-o pelo nome e reforçando os seus aspetos positivos;</li> <li>Oferecer tempo a três (mãe, pai e filho) reforçando que podem chamar quando quiserem - Estar presente sem estar presente, nunca abandonando;</li> <li>Preparar memórias: tirar fotografias com o telemóvel do marido a pedido do marido, carimbo das mãos e pés do António, realização de uma pulseira de identificação azul com data, colocação de tudo num envelope.</li> </ul>		

**Quadro 20 – Foco de atenção: Abortamento.**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Abortamento
<p><b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>09:10H - Parturiente questiona “Qual é a medicação que me vão dar? Nas próximas horas o que é suposto acontecer?” (SIC).</li> </ul>	
<p><b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A parturiente apresenta-se com 16 semanas e dois dias de gestação.</li> <li>Motivo de internamento: Interrupção médica da gravidez</li> </ul>	

<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar conhecimento sobre abortamento
<b>OBJETIVO:</b> Promover autocontrolo: lidar com o abortamento	
<b>INTERVENÇÃO:</b>	
09:10H - Ensinar sobre abortamento	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar que inicialmente é realizada a indução do abortamento através da administração de misoprostol vaginal com o intuito de aumentar as contrações uterinas e promover a dilatação do colo uterino. Posteriormente, com o progredir da evolução do trabalho de parto poderá sentir mais sensação de “cólica” que está associada às contrações uterinas;</li> <li>• Explicar que de acordo com a evolução do abortamento chegará ao período expulsivo onde irá ocorrer a expulsão do feto e de seguida da placenta;</li> <li>• Explicar que de acordo com a evolução do abortamento poderá ser ou não, necessário a administração de mais medicação;</li> <li>• Explicar que após o nascimento do António terá o tempo que pretender para estar com ele e ajudaremos a concretizar a recolha de memórias.</li> </ul>	

### 2.3. Cuidar a mulher e recém-nascido durante o período pós-natal

No contexto de vigilância pós-natal em internamento o EEESMO tem a responsabilidade e possibilidade de desenvolver e implementar competências específicas da sua profissão nomeadamente “*cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal*” assegurando o bem-estar e saúde da puérpera e recém-nascido simultaneamente ao apoio do processo de adaptação à parentalidade (Regulamento n.º 391/2019 da OE, 2019, p. 13561).

Neste sentido as experiências clínicas neste contexto permitiram-me desenvolver competências no sentido de monitorização e avaliação do estado de saúde da puérpera e recém-nascido através da revisão puerperal e exame físico do recém-nascido, identificando e referenciando complicações; implementação de medidas de promoção da recuperação pós-parto; orientação da puérpera no seu autocuidado; apoiando e intervindo no caso de complicações pós-parto e na puérpera com patologia associada; fornecendo apoio à adaptação pós-parto e adaptação à parentalidade; promoção e apoio da amamentação e alimentação do recém-nascido nas suas diferentes

componentes; orientação da puérpera quanto à sexualidade e contraceção pós-parto; apoio da mulher e significativos em caso de morte fetal/neonatal ou presença de complicações no recém-nascido internado ou não no serviço de neonatologia; preparação do regresso ao domicílio e na promoção da saúde mental da puérpera, fornecendo suporte emocional e psicológico (Regulamento n.º 391/2019 da OE, 2019).

A OMS (2022b) define puerpério como o período temporal que se inicia com a dequitação e se estende até às seis semanas pós-parto (42 dias). Por sua vez, este pode ser diferenciado em três fases: puerpério imediato, desde o nascimento até às 24 horas pós-parto; puerpério precoce, até ao final da primeira semana; e puerpério tardio até à sexta semana (Graça, 2017).

Este envolve uma série de mudanças psicológicas e fisiológicas na mulher, que devem ser cuidadosamente avaliadas. A crença predominante na sociedade de que o puerpério é um período exclusivamente de felicidade, e que a mulher, nesta fase é capaz de superar todas as dificuldades e desafios, tende a ocultar e desvalorizar os sentimentos menos positivos vivenciados pelas puérperas. Essa idealização mascara o fato de que o puerpério é um momento sensível, marcado pela vulnerabilidade da mulher, que muitas vezes se vê totalmente focada no recém-nascido, deixando de cuidar de si mesma. Essa dinâmica pode intensificar o risco de *blues* pós-parto ou de transtornos psicológicos como a depressão pós-parto, psicose puerperal, entre outros, ou mesmo condicionar a ligação com o recém-nascido (Nené et al., 2016).

Além disso, a romantização do puerpério muitas vezes leva à falta de suporte adequado para as mulheres durante essa fase. A pressão para que a puérpera demonstre apenas sentimentos de alegria e realização pode resultar num profundo isolamento emocional, dificultando a expressão das suas angústias e inseguranças. As expectativas irreais em torno da maternidade, desenvolvem na mulher sentimentos de culpa e vergonha que a impedem e condicionam na procura pela ajuda necessária, seja de profissionais de saúde, familiares ou da própria rede de apoio.

Neste sentido cabe ao EEESMO reconhecer a complexidade do puerpério e estar disponível, adotando uma postura livre de julgamentos e crítica, criando um ambiente de acolhimento e apoio, estar atento aos sinais e manifestações de complicações psicopatológicas orientando adequadamente e quando necessário encaminhando para profissionais especializados (OMS, 2022b).

A avaliação física da puérpera visa monitorizar a evolução da recuperação pós-parto e prevenir possíveis complicações. Este processo envolve uma série de observações e exames que permitem ao EEESMO avaliar a evolução fisiológica e assegurar que o organismo da puérpera está a regressar ao seu estado pré-gravídico de forma adequada e saudável (OMS, 2022b).

Com a distensão da parede abdominal para providenciar espaço ao feto para se desenvolver durante a gravidez pode ocorrer a separação dos músculos retos do abdómen, caracterizada por diástase.

A involução uterina, provocada pelas contrações do miométrio, é mais acentuada e percecionada durante a amamentação devido à libertação de ocitocina endógena. É expectável que o fundo do útero se encontre contraído e firme ao nível da cicatriz umbilical e cerca de 2cm abaixo nas primeiras 24 horas pós-parto (Nené et al., 2016).

O processo de cicatrização e hemóstase do local de inserção da placenta, inicia-se imediatamente após a dequitação, estando regenerado na sua totalidade aproximadamente na sexta semana pós-parto. Desta forma importa avaliar a evolução da recuperação pós-parto vigiando a quantidade e características da perda vaginal, que se denomina de lóquios no puerpério, e consequentemente identificar precocemente sinais de hemorragia pós-parto ou outras complicações (Nené et al., 2016).

O estiramento do pavimento pélvico provocado pela pressão da apresentação fetal durante a gravidez e do períneo pela passagem do feto no canal de parto aumenta o risco de prolapsos genitais e disfunções no controlo da eliminação urinária e intestinal no puerpério (Nené et al., 2016). A observação do períneo, permite avaliar a evolução do processo de cicatrização nas mulheres

submetidas a perineorrafia e episiorrafia, possibilitando identificar possíveis complicações.

A aplicação de crioterapia local é uma medida que pode ser adotada para alívio imediato da dor perineal (OMS, 2022b). Exercícios de fortalecimento pélvico deverão também ser instruídos quando oportuno, não no puerpério imediato, de forma a se atuar precocemente na prevenção da incontinência urinária (Nené et al., 2016; OMS, 2022b). No caso de cesariana, deve-se proceder à observação da ferida cirúrgica abdominal de forma a identificar sinais e sintomas inflamatórios tais como dor, calor, rubor, tumefação e exsudado (Nené et al., 2016; OMS, 2022b).

A avaliação da integridade mamária, prevenindo e identificando atempadamente complicações como dor, macerações e fissuras mamilares, é uma etapa essencial a fim de garantir o sucesso da amamentação e promover o bem-estar da mãe e recém-nascido (Levy & Bértolo, 2012; Nené et al., 2016).

O leite materno é o alimento mais completo e adequado para o desenvolvimento e crescimento saudável do recém-nascido. Este é um alimento vivo, rico em nutrientes, adaptado às necessidades nutricionais do recém-nascido e uma fonte de imunidade (Levy & Bértolo, 2012). Apesar das conhecidas vantagens da amamentação, para a mãe e recém-nascido, a manutenção da amamentação, pelo menos até aos seis meses de forma exclusiva, de acordo com o recomendado pela OMS (2022b), é uma das principais dificuldades identificadas pelas mães que desejam amamentar (Carreiro et al., 2018).

A promoção da continuidade da amamentação exige uma abordagem multidimensional, que aborde não apenas o apoio técnico, mas também o emocional e social oferecido às mães. Muitos dos desafios enfrentados pelas mulheres durante o período de amamentação são decorrentes de dificuldades práticas, como problemas de pega, dor, macerações e fissuras nos mamilos. Além disso, a falta de informação adequada, o retorno ao trabalho e a pressão social para introduzir fórmulas lácteas também contribuem para o desmame precoce (Carreiro et al., 2018; Levy & Bértolo, 2012). A manutenção do

contacto pele com pele na primeira hora de vida, da presença física do recém-nascido junto da mãe, a amamentação em livre demanda não excedendo as três horas de intervalo, a observação da mamada e sinais de transferência de leite bem como a instrução sobre o correto posicionamento da mãe e recém-nascido e pega adequada são intervenções da responsabilidade do EEESMO para a promoção do estabelecimento e manutenção da amamentação (Levy & Bértolo, 2012; SPN, 2023).

Portanto, é fundamental a presença de uma rede de apoio sólida, composta por profissionais de saúde, família e comunidade. Os EEESMO apresentam um papel central no apoio à amamentação começando pela desmistificação de mitos e crenças, corrigindo informações incorretas que possam interferir negativamente na amamentação, ao assistir na técnica da amamentação, identificar precocemente possíveis complicações e no desenvolvimento de competências e ferramentas intrínsecas à puérpera promovendo uma experiência mais segura e positiva (Carreiro et al., 2018). Este suporte técnico, aliado ao acolhimento emocional, ajuda as mães a sentirem-se mais confiantes e capazes de enfrentar os desafios iniciais da amamentação (Levy & Bértolo, 2012).

A adaptação à parentalidade é definida como “*comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias; amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados*” (ICN, 2019, p. 2).

Inerente ao processo gravídico e puerperal, compete também ao EEESMO a promoção ativa do desenvolvimento e aquisição de competências parentais capacitando as mães e os pais para enfrentar os desafios dessa nova fase da vida e a mestria no papel parental (Meleis, 2010). Mães e pais mais preparados sentem-se mais confiantes e por conseguinte, constroem um ambiente mais rico em experiências e conforto, mais saudável e adequado ao desenvolvimento e crescimento do recém-nascido (Cardoso, 2014).

Neste sentido, e sendo do nosso conhecimento que a transição para a parentalidade, incorporação de conhecimento e aquisição de competências é processo que demora o seu tempo, o apoio à mulher e pessoa significativa, deverá passar pela promoção do exercício parental ainda no percurso pré-natal (Cardoso, 2014).

No puerpério, torna-se essencial dar continuidade ao processo de capacitação iniciado na fase pré-natal, uma vez que os desafios inerentes à adaptação ao novo papel se intensificam. De acordo com Cardoso (2014), a prestação de apoio no período pós-parto deve ser orientada para a consolidação das competências parentais e a promoção de uma parentalidade positiva e segura, oferecendo às mães e pais estratégias para lidar com situações inesperadas, alcançando uma perceção de eficácia e de satisfação no desempenho do papel, reduzindo sentimentos de insegurança.

A orientação e assistência às mães e aos pais quanto aos cuidados com o recém-nascido, promovendo o conhecimento necessário relativo à higiene, comportamentos de segurança, choro, ingestão nutricional, crescimento e desenvolvimento do recém-nascido bem como a vigilância e promoção de saúde é também fundamental para promover a autoconfiança dos mesmos (OMS, 2022b).

Sabendo responder às necessidades do recém-nascido, a transição para a parentalidade será mais saudável e a adaptação ao papel de mãe e papel de pai será facilitado (Cardoso, 2014).

### **2.3.1. Conceção de cuidados: Promoção do conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido.**

A escolha deste caso clínico está diretamente ligada às competências específicas do EEESMO que apresenta um papel crucial na vigilância e acompanhamento da saúde da puérpera e do recém-nascido (Regulamento n.º 391/2019 da OE, 2019).

A avaliação física e psicológica da puérpera é fundamental no contexto dos cuidados de enfermagem especializados. No presente caso a avaliação e a transmissão de informação correta e clara à puérpera, permite a identificação de alterações precoces que possam indicar complicações no pós-parto, tais como hemorragias ou infeções, assim como capacitar a puérpera para que no regresso a casa seja capaz de identificar alterações ao seu bem-estar físico.

O caso clínico procura também aprofundar o conhecimento sobre os cristais de urato, um tema raramente discutido com as mães e os pais, que gera preocupação, e a ingestão nutricional do recém-nascido, componente diretamente relacionada ao sucesso e eficácia da amamentação, uma das principais dificuldades das mães. Abordar este tema permite capacitar as mães com informações claras e fundamentadas, reduzindo a ansiedade e proporcionando compreensão sobre o que esperar nos primeiros dias de vida do bebé e a sua adaptação à vida extrauterina, bem como capacitar as mulheres como puérperas e mães e os homens como pais.

A Inês, 35 anos, 2G 2P, e o seu filho Santiago, encontram-se no segundo dia de internamento no serviço de puerpério.

A Inês não apresenta antecedentes pessoais nem alergias alimentares ou medicamentosas. Não apresenta hábitos de consumo de substâncias. O seu grupo sanguíneo é A Rh positivo. Apresentava resultado negativo para o teste de SGB.

No presente turno encontrava-se sozinha, mas estava maioritariamente acompanhada pelo marido, o Pedro, 38 anos. O casal tem uma filha de três anos, a Sofia.

O Santiago nasceu às 20:10h. Foi um parto eutócico cefálico, com analgesia epidural às 39 semanas de gestação que decorreu sem complicações.

O presente plano de cuidados refere-se aos cuidados prestados à puérpera e recém-nascido durante o turno da manhã (08:00-14:00h) em contexto de internamento no serviço de puerpério. No presente turno a Inês encontra-se no 2.º dia pós-parto, 36h pós-parto.

**Quadro 21 - Atividades de avaliação da evolução da recuperação pós-parto e respetivos dados obtidos.**

Atividades:	Dados obtidos:
Vigiar pele e mucosas	A puérpera apresenta pele e mucosas coradas, hidratadas e íntegras.
Vigiar mamas	A puérpera apresenta mamas moles e sem sinais indicativos de complicações (íntegras, sem rubor, calor, edema ou dor).
Vigiar mamilos	A puérpera apresenta ambos os mamilos proeminentes e íntegros.
Vigiar contração e involução uterina	Aquando a avaliação uterina foi possível identificar que o útero se encontrava contraído, situado na região infra umbilical.
Vigiar períneo	Períneo íntegro.
Vigiar lóquios	Ao realizar a massagem/palpação uterina não houve saída de lóquios. O penso higiénico da região perineal encontrava-se com lóquios hemáticos em quantidade escassa e sem presença de coágulos.
Vigiar eliminação intestinal	Eliminação intestinal restabelecida e sem alterações. Primeira dejeção espontânea de madrugada.
Vigiar eliminação vesical	Eliminação urinária restabelecida, sem queixas ou dificuldades associadas.
Avaliar membros inferiores	A puérpera apresenta os membros inferiores sem sensibilidade ou movimento comprometido, sem edema, sem alteração de temperatura, sem dor, sem alteração da coloração da pele e sem presença de varizes.

Durante a avaliação física da puérpera esta questiona por quanto tempo vai continuar a ter perdas de sangue vaginais e o que é esperado nos próximos dias pois já não se recorda de como foi na outra gravidez.

Os lóquios definidos como a perda sanguínea vaginal decorrente da cicatrização e regeneração do endométrio e local prévio de inserção da placenta, devem ser avaliados relativamente à sua cor, cheiro, quantidade e presença de coágulos (Nené et al., 2016; OMS, 2022b).

Estes podem ainda ser distinguidos em três tipos. Hemáticos - Presentes nos três primeiros dias após o parto, são mais abundantes, semelhantes a menstruação e compostos por eritrócitos, restos da decídua e fragmentos de trofoblastos. Lóquios sero-hemáticos, presentes normalmente a partir do quinto

dia pós-parto, apresentam uma coloração vermelho acastanhado, são compostos por eritrócitos mais envelhecidos, restos da decídua, soro e leucócitos. Por fim os serosos, presentes a partir do décimo dia até às três semanas após o parto, apresentam uma coloração amarela semelhante à secreção vaginal normal e são compostos por muco vaginal, leucócitos, decídua, soro, bactérias e células epiteliais (ERS, 2023; Nené et al., 2016; Perry et al., 2022). É considerada uma perda escassa se a amostra sanguínea no penso higiénico for inferior a 2,5cm; moderada se inferior a 10cm e abundante se superior a 10cm ou um penso saturado (Lowdermilk & Perry, 2008). Na presença de perda excessiva deve-se suspeitar de atonia uterina, laceração do canal de parto, retenção placentar ou mesmo uma infeção se associada a cheiro desagradável (Lowdermilk & Perry, 2008; Nené et al., 2016; Perry et al., 2022).

Cabe ao EEESMO vigiar a perda sanguínea vaginal, e fornecer conhecimento e capacidade à puérpera de reconhecer complicações relacionadas com os lóquios, nomeadamente após o puerpério imediato, devendo ser referenciando ao médico no caso de esta se apresentar em excessiva quantidade.

#### Quadro 22 – Foco de atenção: Pós-parto.

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Pós-parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>09:10H – Puérpera questiona “Por quanto tempo vou continuar a ter perdas de sangue vaginais, o que é esperado nos próximos dias?”.</li> </ul>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Puérpera encontra-se no 2º dia pós-parto, 36h pós-parto.</li> </ul>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações pós-parto
<b>OBJETIVO:</b> Promover autogestão da recuperação pós-parto	
<b>INTERVENÇÃO:</b>	
09:10H - Ensinar sobre evolução dos lóquios	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar que nos primeiros três dias pós-parto estes são vermelhos-vivos e assemelham-se à menstruação e apresentam-se em moderada quantidade (não enche o penso higiénico na totalidade);</li> <li>Informar que a partir do 5.º dia pós-parto os lóquios passam a ter uma coloração</li> </ul>	

mais rosada ou acastanhada;

- Salientar que se a partir do 5.º dia a quantidade de lóquios não reduzir ou mesmo aumentar ou as características não se alterarem, poderá ser sinal de complicação associada (atonia uterina, laceração do canal de parto, retenção placentar) e deverá procurar ser observada por um profissional de saúde;
- Informar que a partir do 10.º dia pós-parto os lóquios devem assemelhar-se a um corrimento vaginal mucoso e espesso de cor amarelada ou clara;
- Salientar que independentemente do dia pós-parto em que se encontra, se os lóquios apresentarem cheiro fétido, fora do comum pode ser sinal de infeção e deverá procurar ser observada por um profissional de saúde diferenciado, junto do seu Centro de Saúde de referência ou no serviço de urgência ginecologia/obstetrícia;
- Explicar que aquando a amamentação é normal que ocorra uma maior libertação de lóquios pois a sucção originada pelo Santiago irá provocar a libertação da hormona ocitocina e esta potencia as contrações uterinas;
- Explicar que para melhor vigilância dos lóquios deverá realizar a troca do penso higiénico sempre que saturado.

No momento da amamentação a puérpera apresenta-se sentada no cadeirão, em posição de embalar tradicional, com almofada de amamentação, relaxada, mantendo contacto visual com o filho, apresentando fáceis sorridente e atento, procurando acalmá-lo quando este chorava. O recém-nascido apresenta a cabeça e o corpo alinhados, junto do corpo da mãe, barriga com barriga, com o corpo bem apoiado e com o nariz em frente ao mamilo. A puérpera pegou na mama em “C” e orientou o mamilo para o lábio superior do recém-nascido. Assim que este abriu a boca, aproxima-o da mama.

O recém-nascido evidencia sinais de boa pega, abocanha o mamilo e a aréola, nariz desobstruído, queixo toca na mama, bochechas redondas e preenchidas e lábio inferior evertido. Apresenta sucções mais rápidas no momento inicial seguindo-se sucções lentas profundas e com pausas. Quando estas pausas se tornam prolongadas a puérpera mexe nos pés do recém-nascido, realiza festas na cabeça e junto às orelhas. Refere também que durante a amamentação costuma ter de lhe tirar uma peça de roupa para que este desperte.

Desta forma, apresentando-se tudo bem, a Inês e o Santiago foram deixados em privacidade a amamentar e a mamar respetivamente, ressalvando que podia chamar quando necessário. Pouco depois (10:00h) ao regressar ao

quarto a Inês ainda se encontrava a amamentar o Santiago, desta vez na outra mama, apresentando sinais de boa pega, padrão de sucção e deglutição adequados.

Pelas 11:20h, a puérpera encontrava-se a trocar a fralda ao recém-nascido e apresentava-se com um fâcies assustado e questiona “Estava a trocar a fralda ao Santiago, quando olho para a fralda vejo que tem aqui pequenas manchas alaranjadas será sangue? Nunca me falaram nisto! Está tudo bem com ele?” (SIC). Ao confirmar junto da puérpera e ao olhar para a fralda identifica-se a presença de cristais de urato.

O ácido úrico é produzido no fígado e excretado principalmente pelo rim. Nos recém-nascidos, especialmente aqueles amamentados exclusivamente por leite materno, podem revelar níveis altos de ácido úrico no sangue e na urina, que associados à imaturidade renal do recém-nascido contribuem para a retenção e cristalização do ácido úrico, resultando na formação de cristais na urina (Jeng & Franz, 2014).

As concentrações séricas de ácido úrico nos recém-nascidos são mais elevadas nas primeiras 24 horas de vida principalmente devido à incapacidade de reabsorção do rim, diminuindo para um estado relativamente estável durante os dois dias seguintes (Fathallah-Shaykh & Cramer, 2014; Kupeli et al., 2005).

Segundo Lowermilk e Perry (2008), no quarto mês de gestação os rins já se encontram formados porém a maturação da função renal só é totalmente atingida no segundo ano de vida do bebé. O recém-nascido pode não apresentar micções nas primeiras 12-24 horas de vida, no entanto, a partir desse período é esperado cerca de seis a 10 micções diárias para se confirmar uma ingestão hídrica adequada.

A presença de cristais de urato na fralda geralmente não são preocupantes. Na maioria dos casos está apenas associada à cristalização do ácido úrico devido às suas elevadas concentrações e défice de hidratação. Perante o achado clínico, reforçar a hidratação do recém-nascido, apostando da amamentação

frequente e assegurar aos pais que para já é um sintoma transitório é o necessário (Fathallah-Shaykh & Cramer, 2014; Jeng & Franz, 2014).

No entanto compete ao EEESMO perceber se a presença de cristais de urato é inócua e não indicador de patologia associada. Para tal, deve-se realizar uma análise da história clínica, avaliação da ingestão nutricional do recém-nascido nomeadamente, se a amamentação está adequada, se a eliminação vesical e intestinal do recém-nascido se apresentam dentro da normalidade e ainda a reatividade, padrão de choro, entre outros, com o intuito de descartar outras possíveis causas de alteração da coloração da urina (Jeng & Franz, 2014).

A principal forma de gestão dos cristais de urato é manter a amamentação em livre demanda assegurando a correta hidratação e ingestão nutricional do recém-nascido (Fathallah-Shaykh & Cramer, 2014; Jeng & Franz, 2014).

Uma ingestão nutricional adequada no recém-nascido verifica-se através de fatores como o bem-estar geral do recém-nascido, tonicidade, choro e reflexos adequados, a eliminação intestinal e vesical, o peso e o padrão de amamentação/alimentação.

No que toca à eliminação intestinal e vesical, é possível inferir uma ingestão nutricional adequada quando se apresentam os seguintes sinais: o número de fraldas com urina por dia são iguais ao número de dias de vida. A partir da primeira semana é bom indicador a presença de seis ou mais fraldas molhadas por dia. A eliminação intestinal é pastosa e apresenta-se com coloração verde escura, mecónio, nos primeiros quatro dias de vida do recém-nascido, evoluindo para consistência semilíquida e uma coloração amarelo mostarda associado às alterações das características do leite materno. Cerca de duas a três dejeções moles e amareladas por dia são bons indicadores de adequada ingestão nutricional. Após a primeira semana a frequência de dejeções diminui para cerca de uma a cada três ou quatro dias (Cardoso et al., 2024; Perry et al., 2022).

O aumento de peso do recém-nascido é também um indicador de ingestão nutricional adequada, no entanto, nos primeiros 15 dias este critério poderá

estar comprometido pela perda ponderal fisiológica característica deste período. Após o 15.º dia de vida, momento em que o recém-nascido já recuperou o peso que apresentava ao nascimento, preconiza-se como sinal positivo um aumento de peso de cerca de 25-30g por dia (Perry et. al., 2022).

Por fim, mas não menos importante, o padrão de amamentação, cerca de oito a 12 refeições por dia com pega e padrão de sucção-deglutição adequados, assim como a presença de sinais de saciedade após a amamentação como sucção lenta e com pausas, recém-nascido relaxado chegando mesmo a adormecer após a amamentação, são fatores concorrentes para a confirmação de ingestão nutricional adequada (Cardoso et al., 2024; Perry et. al., 2022).

A puérpera refere “Uma vez que o Santiago está sem a fralda e com a barriga à mostra será que me poderia ajudar na limpeza do coto? Explicaram me ontem, mas eu não consegui reter quase nada” (SIC).

Ao tentar perceber ao certo o que a Inês queria saber esta refere “Sei que a limpeza deve ser feita pelo menos uma vez por dia e também sempre que estiver sujo de fezes ou urina. Sei que para além de limpar a zona do futuro umbigo também tenho de limpar o coto mas essa parte não percebi muito bem como se faz. Em relação aos produtos percebi que posso fazer com compressas com água morna e compressas secas para limpar, mas não me recordo quando e se se utiliza o álcool ou o soro.” (SIC). Não menciona nenhum dos sinais de complicações a vigiar.

O coto remanescente do cordão umbilical inicia o seu processo de cicatrização e mumificação no momento da *clampagem* com a privação de oxigénio. O seu aspeto modifica-se de gelatinoso e brilhante para rígido e seco até cair de forma espontânea separando-se do recém-nascido entre o quinto e décimo quinto dia (Barbosa et al., 2017; Marinho, 2017). No entanto, até ao momento da sua queda, devido ao processo de necrose, este é um foco propício à colonização de microorganismos e desenvolvimento focal de infeção (Al-Shehri, 2019; SPN, 2023).

A OMS (2022b) e a SPN (2023) preconizam o método drycare no tratamento ao coto umbilical. Este defende a manutenção do coto e pele circundante, limpo e seco. A sua limpeza pode ser realizada no momento do banho com a água do mesmo ou de forma isolada com compressas embebidas em água tépida, procedendo-se de imediato à sua secagem. A utilização de clorexidina ou álcool a 70% para prevenção de onfalite, está associada ao prolongamento do período de queda do coto do cordão umbilical. Desta forma recomenda-se a secagem do coto após o banho do recém-nascido bem como a sua limpeza e secagem na presença de fezes ou urina (Al-Shehri, 2019; Sequeira et al, 2020; SPN, 2023).

**Quadro 23 – Foco de atenção: Adaptação à parentalidade.**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Adaptação à parentalidade
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11:20H – São visíveis cristais de urato na fralda do recém-nascido.</li> <li>• 11:20H – A puérpera refere que o Santiago tem sido alimentado exclusivamente de leite materno até ao momento. Frequência entre mamadas é cerca de três em três horas e cada mamada dura em média 30 minutos.</li> </ul>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recém-nascido encontra-se com 39h de vida.</li> </ul>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar conhecimento sobre eliminação urinária do recém-nascido
<b>OBJETIVO:</b> Promover conhecimento sobre cristais de urato	
<b>INTERVENÇÃO:</b>	
11:25H - Ensinar sobre eliminação urinária (cristais de urato)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar que a presença de cristais de urato na fralda é um sintoma transitório, associado à maturação dos rins do recém-nascido e aos elevados níveis de ácido úrico, que desaparece sem necessidade de intervenção;</li> <li>• Explicar que perante o achado clínico, o recomendado é reforçar a hidratação do recém-nascido aumentando a frequência das refeições, encurtando o período entre as mesmas.</li> </ul>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11:20H – São visíveis cristais de urato na fralda do recém-nascido.</li> <li>• 11:20H – A puérpera refere que o Santiago tem sido alimentado exclusivamente de leite materno até ao momento. Frequência entre mamadas é cerca de três em três horas e cada mamada dura em média 30 minutos.</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>11:30H – Até ao momento foi realizada a troca da fralda por presença de urina uma vez ao longo do turno, em quantidade moderada, com coloração amarelada e cheiro sui-generis e apresentou uma dejeção em quantidade moderada, com coloração escura (mecónio).</li> </ul>	
<p><b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recém-nascido encontra-se com 39h de vida.</li> </ul>	
<p><b>DIAGNÓSTICO:</b></p>	<p>Potencial para melhorar conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido</p>
<p><b>OBJETIVO:</b> Promover competência parental: assegurar a ingestão nutricional</p>	
<p><b>INTERVENÇÃO:</b></p> <p>11:25H - Ensinar sobre ingestão nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Explicar que a ingestão nutricional adequada no recém-nascido verifica-se através de fatores como o bem-estar geral do recém-nascido, tonicidade, choro e reflexos adequados, a eliminação intestinal e vesical, o peso e o padrão de amamentação.</li> <li>Explicar que o número de fraldas com urina por dia deverá ser igual ao número de dias de vida do Santiago. A partir da primeira semana é bom indicador a presença de seis ou mais fraldas molhadas por dia.</li> <li>Explicar que a eliminação intestinal é pastosa e apresenta-se com coloração verde escura, mecónio, nos primeiros quatro dias de vida do recém-nascido, evoluindo para consistência semilíquida e uma coloração amarelo mostarda associado às alterações das características do leite materno. O esperado são cerca de duas a três dejeções por dia.</li> <li>Explicar que o recém-nascido deverá realizar cerca de oito a 12 refeições por dia e que a presença de sinais de saciedade já evidenciados pelo Santiago como sucção lenta e com pausas no fim da amamentação, apresentar-se relaxado chegando mesmo a adormecer após a amamentação, são fatores concorrentes para a confirmação de ingestão nutricional adequada.</li> </ul>	
<p><b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>11:35H – A puérpera refere “Uma vez que o Santiago está sem a fralda e com a barriga à mostra será que me poderia ajudar na limpeza do coto? Explicaram me ontem mas eu não consegui reter quase nada” (SIC).</li> <li>11:40H – Puérpera acrescenta “Sei que a limpeza deve ser feita pelo menos uma vez por dia e também sempre que estiver sujo de fezes ou urina. Sei que para além de limpar a zona do futuro umbigo também tenho de limpar o coto mas essa parte não percebi muito bem como se faz. Em relação aos produtos percebi que posso fazer com compressas com água morna e compressas secas para limpar mas não me recordo quando e se se utiliza o álcool ou o soro.” (SIC).</li> <li>11:35H – Coto umbilical em início de mumificação, sem sinais inflamatórios na pele circundante.</li> </ul>	
<p><b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recém-nascido encontra-se com 39h de vida.</li> </ul>	

<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido
<b>OBJETIVO:</b> Promover competência parental: assegurar higiene e pele saudável	
<b>INTERVENÇÕES:</b>	
11:40H – Instruir a tratar do coto do cordão umbilical	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar que para o princípio fundamental no tratamento ao coto umbilical é manter o coto umbilical limpo e seco (técnica <i>dry cord care</i>);</li> <li>• Explicar que o tratamento ao coto deverá ser realizado através da sua secagem após o banho do recém-nascido e sempre que este se apresentar sujo com fezes ou urina;</li> <li>• Explicar que a secagem deve englobar a base do coto umbilical que é o local de inserção do coto no umbigo, o corpo do coto umbilical que está exteriorizado e por fim o clamp/mola;</li> <li>• Demonstrar a limpeza da base do coto do cordão umbilical num movimento único (360º) e unidirecional. Salientar que deve realizar este movimento até que a compressa não demonstre secreções;</li> <li>• Demonstrar a limpeza do corpo do coto do cordão umbilical num movimento único base para o clamp/mola, unidirecional;</li> <li>• Demonstrar a secagem do clamp/mola num movimento único em torno da mola;</li> <li>• Explicar que o coto umbilical vai evoluir de uma aparência gelatinosa para uma mais seca e mumificada e acabará por cair por si, entre o 5º e 15º dia de vida do Santiago;</li> <li>• Salientar que na presença de sinais inflamatórios como rubor, calor, edema, dor, pus ou cheiro desagradável antes ou depois da queda do coto, deve procurar um profissional de saúde.</li> </ul>	
11:45H - Treinar a tratar do coto do cordão umbilical:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitir que a puérpera execute e repita a limpeza e secagem da base do coto do cordão umbilical num movimento único (360º) e unidirecional com supervisão;</li> <li>• Permitir que a puérpera execute e repita a limpeza e secagem do corpo do coto do cordão umbilical num movimento único base para o clamp/mola, unidirecional;</li> <li>• Permitir que a puérpera execute e repita a limpeza e secagem do clamp/mola num movimento único em torno da mola.</li> </ul>	

O exame físico ao recém-nascido pode ser dividido em duas partes. Primeiro uma análise do bem-estar geral avaliando reatividade e vigorosidade do recém-nascido. Segundo, uma avaliação mais pormenorizada no sentido céfalo-caudal (Cardoso et al., 2023c; Lewis, 2014a; Lewis, 2014b).

O Santiago é o segundo filho do casal. Nasceu às 39 semanas de gestação, às 20:10h com 3350gr, 49cm de comprimento e 35cm de perímetro cefálico, com

um índice de APGAR de 9/10/10. Este apresenta-se no início do turno com cerca de 36 horas de vida e já foi vacinado com a vacina de proteção contra a Hepatite B (VHB).

O recém-nascido Santiago, à primeira observação geral não apresenta nenhum achado anormal, apresenta pele e mucosas hidratadas íntegras e rosadas, presença ligeira de vérnix caseosa e lanugo por toda a pele com mais predominância nas pregas cutâneas, movimentos simétricos e adequados em todos os membros com tónus muscular normal e um choro vigoroso. O exame físico do recém-nascido foi positivo, encontrando-se dentro da normalidade.

**Quadro 24 - Atividades de avaliação do exame físico do recém-nascido e respetivos dados obtidos.**

Atividades (Cardoso et al, 2023c):	Dados obtidos:
Avaliar cabeça	Não são identificados achados anormais. Ausência de cefalohematoma, escoriações ou esfacelos. Fontanelas normais, sem depressão ou tensão. Movimento da cabeça e pescoço adequado, simétrico.
Avaliar face	Não são identificados achados anormais. Olhos com escleróticas brancas, sem secreções e ligeiro estrabismo. Nariz simétrico sem sinais de dificuldade respiratória (adejo nasal). Boca de estrutura adequada, presença de movimentos ativos da língua.
Avaliar ombros e membros superiores	Não são identificados achados anormais. Movimentos e estrutura simétrica e alinhada.
Avaliar tórax	Não são identificados achados anormais. Movimentos respiratórios simétricos sem sinais de dificuldade respiratória ou recurso à musculatura acessória (Adejo nasal, tiragem intercostal, gemido).
Avaliar abdómen e evolução do estado do coto do cordão umbilical	<i>Clamp</i> apertado. Coto do cordão umbilical em vias de mumificação, sem sinais inflamatórios, sem exsudado, com cheiro sui generis e pele circundante íntegra e hidratada.
Avaliar genitais e ânus	Não são identificados achados anormais. Órgãos genitais masculinos de estrutura e anatomia adequadas. Permeabilidade anal confirmada pela eliminação intestinal.
Vigiar eliminação urinária	Apresentou cerca de duas micções, ao longo do turno, em quantidade moderada, com coloração amarelada e cheiro sui generis. Presença de cristais de urato numa fralda durante o turno.

Vigiar eliminação intestinal	Apresentou uma dejeção, ao longo do turno, em quantidade moderada, com coloração escura (mecónio).
Avaliar ancas e membros inferiores	Não são identificados achados anormais. Movimentos e estrutura simétrica e alinhada.
Avaliar costas	Não são identificados achados anormais.
Avaliar reflexos	Reflexo de Babinski, de Moro e de Preensão presentes e simétricos.
Vigiar reflexo de busca	Aquando estimulação da região peri-bucal o RN volta-se na direção do estímulo, abrindo a boca e procurando a mama e mamilo.
Vigiar reflexo sucção	Efetivo e vigoroso, evidenciou movimentos da mandíbula e das bochechas no momento da mamada.
Vigiar reflexo de deglutição	Efetivo, evidenciou movimentos de deglutição.
Vigiar coordenação sucção-deglutição	Adequada. Realiza movimentos de sucção com a mandíbula intercalados por momentos de pausa para deglutição.

### **3. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

O presente capítulo pretende refletir sobre as competências específicas desenvolvidas em cada contexto requeridas para a prática do EEESMO. A análise aqui apresentada pretende ser um recurso valioso para a formação e desenvolvimento pessoal e profissional contínuo, promovendo uma prática obstétrica que seja simultaneamente segura, eficaz e humanizada.

O Regulamento n.º 140/2019 da OE apresenta como objeto o conjunto de competências comuns aos enfermeiros especialistas aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Estas prendem-se com a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Refletindo à luz do Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro especialista gere recursos e os cuidados de enfermagem, articulando com a equipa multidisciplinar, baseando-se na melhor evidência científica e numa prática profissional, ética e legal, proporcionando um ambiente terapêutico e seguro, culturalmente sensível e centrado no utente. Este deve também procurar o crescimento individual e profissional bem como o organizacional, potenciando a qualidade e eficácia dos cuidados (Regulamento n.º.140/2019 da OE, 2019).

No contexto do estágio, essas competências são particularmente evidentes quando o enfermeiro especialista necessita lidar com situações de grande vulnerabilidade e emergência, onde é necessário agir com prontidão, mas também com sensibilidade.

O Regulamento n.º 391/2019 publicado pela OE relativo às competências específicas do EEESMO estabelece um conjunto de competências que estes devem adquirir e aprofundar com o objetivo de assegurar uma prática segura, eficaz e humanizada no cuidado às mulheres durante o ciclo reprodutivo e pós reprodutivo, bem como aos recém-nascidos e famílias.

O estágio de natureza profissional preconizado no curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstétrica, realizado nos contextos de internamento de gravidez com complicações, internamento no núcleo de partos e internamento de puerpério, proporcionou o contacto com experiências únicas potenciando a aquisição de conhecimento e competências associadas ao ciclo gravídico-puerperal.

A Lei n.º 26/2017, de 30 de maio de 2017, aponta para um conjunto de experiências clínicas mínimas para a obtenção do título profissional de EEESMO, reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros. Neste sentido, o estágio de natureza profissional deve incluir a assistência de, pelo menos, 100 grávidas com gravidez de baixo risco; 40 grávidas com patologia ginecológica ou obstétrica; 40 parturientes; 100 puérperas e recém-nascidos; 40 puérperas e recém-nascidos com cuidados especiais. E, ainda, a realização de, pelo menos, 40 partos eutócicos e a participação ativa em partos de apresentação pélvica, realizado ou simulado. Como tal, encontram-se de seguida explanadas as oportunidades de experiências vivenciadas no decorrer do estágio inerente à conceção do presente relatório (Quadro 25).

**Quadro 25 - Experiências clínicas ao longo do estágio de natureza profissional.**

ASSISTÊNCIA INTRA PARTO										ASSISTÊNCIA PÓS-PARTO			
Parto de baixo risco	Parto de risco	Episiotomia		Laceração		Prática de sutura	Parto pélvico		Partos assistidos	Puérperas de baixo risco	Puérperas de risco	Recém-nascidos sem necessidades especiais	Recém-nascidos com necessidades especiais
		Com	Sem	Com	Sem		Contexto clínico	Simulação					
75	28	4	49	28	25	32	0	2	6	78	34	79	23

A competência relativa à aplicação de técnicas adequadas na execução do parto de apresentação pélvica apenas foi possível desenvolver em contexto de simulação em duas formações externas, uma vez que em contexto clínico esta apresentação pélvica foi sempre orientada para nascimento por cesariana.

Ao longo da prática clínica, ao receber orientações e ensinamentos de diversos profissionais foi possível verificar que se regiam por recomendações diferenciadas, enquanto uns optavam por adotar uma atitude mais interventiva, outros adotavam uma atitude expectante. Revela-se assim de extrema importância implementar formação aos profissionais de saúde que atuam sobre a gestão o bem-estar fetal, recorrendo às melhores práticas baseadas em evidências, para padronizar os critérios de interpretação do CTG, visando minimizar as variações nas intervenções baseadas em interpretações individuais, promovendo a segurança materna e fetal e a continuidade de cuidados.

No mesmo âmbito a prática clínica possibilitou-me observar e experienciar o modo de atuação perante uma complicação identificada apenas através da interpretação do CTG, a desaceleração prolongada. A atuação perante uma desaceleração prolongada implica a rápida e clara tomada de decisão com respetiva comunicação e colaboração da equipa multidisciplinar. Para resolução da mesma estão recomendadas como medidas a alteração de posicionamento da grávida, a realização do exame físico para identificar complicações potenciadoras de diminuição da FCF como o prolapso do cordão, emergência obstétrica, suportar a apresentação fetal e como último recurso a administração de Salbutamol por via endovenosa. A administração de Salbutamol pode ser considerada para diminuir a frequência e a intensidade das contrações uterinas, proporcionando alívio ao feto, principalmente durante o trabalho de parto, no entanto, esta abordagem deve ser cuidadosamente ponderada e utilizada como um último recurso, sempre considerando os riscos e benefícios para a mãe e para o bebé. A desaceleração da FCF é um sinal sugestivo de hipóxia fetal pelo comprometimento do fluxo de oxigénio que chega ao feto pelo que exige uma resposta eficaz e depende de uma atuação coordenada e precisa de toda a equipa multidisciplinar, onde cada membro deve estar ciente do seu papel específico para otimizar o tempo e garantir o melhor desfecho possível.

O desenvolvimento de conhecimento e competências no âmbito da adaptação à gravidez, preparação para o parto, adaptação à parentalidade eram por

vezes consideradas como prioridades secundárias, obtendo-se como foco principal a gestão da patologia e adaptação à gestão das complicações resultantes da mesma na gravidez. Porém, compete ao EEESMO, de acordo com a disponibilidade e interesse da grávida e pessoa significativa, aproveitar a janela de oportunidade fornecida pelo internamento associado à patologia na gravidez. Estes temas devem ser abordados e trabalhados com as famílias no sentido de adaptar e gerir expectativas especialmente sobre o trabalho de parto e a adaptação à parentalidade perante recém-nascidos prematuros ou com complicações.

Alicerçada às experiências vivenciadas neste contexto clínico, presenciadas posteriormente também nos restantes contextos de estágio, surgiu a necessidade de desenvolver competências de investigação. A procura, recolha, análise e reflexão aplicada sobre os estudos encontrados e selecionados sob o tema do significado atribuído à gravidez resultante de técnicas de PMA permitiu compreender não apenas os aspetos médicos e técnicos envolvidos nas técnicas de PMA, mas também as dimensões emocionais, sociais e psicológicas que acompanham este processo gravídico complexo e influenciam a sua transição.

Este processo de investigação contínua promoveu não só a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, como também reforçou a importância de práticas baseadas na evidência, aliando o saber científico à prática clínica em benefício das mulheres e casais em busca da concretização do seu projeto parental.

No presente estágio, no contexto de sala de partos, tive oportunidade de acompanhar parturientes em indução de trabalho de parto, aprofundando os meus conhecimentos em relação às técnicas de indução e suas especificidades, nos vários estadios do trabalho de parto, assistindo no uso de dispositivos facilitadores de trabalho de parto disponíveis como a bola de pilates, lentilha, rebouzo, cub, na implementação de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto como a musicoterapia, massagem, utilização do chuveiro, alternância de movimentos e

posicionamentos. Pude acompanhar o período expulsivo em diversas posições (quatro apoios, litotomia, decúbito lateral), acompanhar partos instrumentalizados, principalmente por ventosa, execução de episiotomia com posterior realização de episiorrafia, realizar a avaliação do canal de parto identificando as estruturas afetadas para de seguida proceder à perineorrafia e, prestar os cuidados do puerpério imediato, assistindo na amamentação e vigiando a recuperação pós-parto, assim como situações de luto perinatal.

Perante situações de luto perinatal, a escolha das atitudes e palavras foi uma das principais dificuldades sentidas. Esta impulsionou-me a adquirir conhecimento e competências neste sentido. A vivência do luto é singular e específica de cada pessoa, obtendo-se sentimentos e reações diferenciadas conforme o contexto individual, social e cultural. A escolha da informação a ser transmitida, o seu modo de transmissão e os pequenos gestos de apoio são cruciais para garantir que a comunicação seja adequada às necessidades e ao momento de cada família, respeitando a sua vulnerabilidade e o processo de sofrimento que está a atravessar. O luto perinatal envolve uma dimensão emocional profunda, e a validação dos sentimentos dos pais é fundamental. Isto significa reconhecer a legitimidade do seu sofrimento e permitir que vivenciem o processo ao seu próprio ritmo. Compreender que não existem "frases feitas" que possam aliviar a dor e que, muitas vezes, o silêncio e a presença são mais eficazes do que palavras apressadas, é uma competência que só se desenvolve através da prática e da reflexão constante.

De acordo com a disponibilidade do serviço e a permissão da orientadora do campo de estágio, procurei também a oportunidade de estar presente na realização do procedimento cirúrgico da cesariana. Tive oportunidade de assistir a cinco cesarianas, duas associadas ao trabalho de parto estacionário, duas associadas a apresentação pélvica e uma cesariana de emergência por perda sanguínea vaginal abundante associada a placenta prévia.

A observação da realização da cesariana constituiu uma experiência fundamental. Esta permitiu-me obter uma maior compreensão dos aspetos técnicos e clínicos envolvidos no procedimento, bem como dos cuidados

necessários antes, durante e após a intervenção, as condições físicas da sala cirúrgica e a importância da humanização do nascimento por cesariana. Apesar de se tratar de uma cirurgia, é crucial a implementação de intervenções e atitudes que promovam um ambiente acolhedor e tranquilizador, apoiando a mulher e a sua família durante todas as fases do procedimento. No contexto clínico onde o estágio foi realizado, não existe a presença de um EEESMO no contexto de cesariana o que me levou a refletir sobre a importância e diferença que a presença do EEESMO nas salas cirúrgicas poderia ter. Este ao incluir no seu acompanhamento a gestão da ansiedade da parturiente, a promoção de práticas que favoreçam o contacto pele-a-pele logo após o nascimento com a mãe, pai ou pessoa significativa, e o estímulo ao início da amamentação precoce, sempre que possível, atuava na promoção da saúde materna e do recém-nascido bem como na proteção da ligação mãe/pai/filho muitas vezes prejudicada neste procedimento e promovia o cuidado holístico, humanizado e uma experiência de parto positiva.

Perante o contacto com grávidas, parturientes e puérperas que apresentavam ou era expectável que viessem a ter aos seus cuidados recém-nascidos prematuros ou com necessidades especiais, senti necessidade de aprofundar o meu conhecimento neste âmbito. Desta forma, com o objetivo de aprimorar o meu conhecimento, procurei e foi-me possível, mesmo não constando no plano de estudos e estágio previamente estabelecido, visitar o serviço de Neonatologia. Na visita tive oportunidade de identificar as condições físicas do serviço, entrar em contacto com os profissionais de saúde do serviço, discutir e presenciar as práticas estabelecidas nos cuidados ao recém-nascido prematuro ou com complicações e perceber a promoção do envolvimento dos pais nos cuidados ao recém-nascido. Esta experiência permitiu-me compreender os desafios enfrentados pelas mães e pelos recém-nascidos em situação de vulnerabilidade, assim como os cuidados especializados necessários para garantir o melhor início de vida possível aos bebés. Adquiri conhecimento, desenvolvi competências e percecionei de forma holística o *continuum* de cuidados perinatais, o que contribuiu significativamente para a melhoria da

qualidade do apoio que oferecia e oferecerei às mulheres durante o período pré e pós-parto.

O confronto dos ensinamentos teóricos e teórico-práticos lecionados no primeiro ciclo de estudos do presente mestrado, com a realidade da prática clínica das diversas instituições e práticas clínicas específicas de cada profissional obrigou à mobilização de conhecimentos e competências dos diversos âmbitos da área de saúde materna e obstétrica bem como despoletou o pensamento crítico reflexivo sobre as práticas praticadas baseadas na melhor evidência científica.

Situações descritas na conceção de cuidados principalmente no âmbito do trabalho de parto como a realização de monitorização fetal contínua para conforto do profissional de saúde; a realização de amniotomia sem indicação justificativa; a administração de medicação através de cateter epidural em doses não adequadas à manutenção da mobilidade da parturiente; a orientação sistemática para o parto em posição de litotomia; a remoção do recém-nascido do contacto pele com pele privilegiando a realização dos cuidados de conforto à puérpera e realização de profilaxias protocoladas ao recém-nascido em detrimento da manutenção da *golden hour*, do estabelecimento do vínculo mãe/recém-nascido e da promoção da amamentação; a ausência de promoção da técnica pele com pele com o pai nos momentos em que a mãe não se encontra disponível ou mesmo correspondendo apenas à vontade do pai e promovendo o vínculo e ligação pai/filho implicaram uma reflexão profunda sobre a prática rotineira e a necessidade de mudanças que coloquem a mulher e a sua família no centro dos cuidados prestados.

Determinadas práticas, muitas vezes pautadas por convenções que priorizam a conveniência do profissional de saúde, subestimam a importância da experiência da parturiente, do recém-nascido e da pessoa significativa durante o trabalho de parto e pós-parto imediato. A adoção de uma abordagem centrada no cuidado humanizado implica reconhecer e respeitar a autonomia da parturiente, promover práticas baseadas em evidências que favoreçam o bem-estar físico e emocional, e priorizar o vínculo mãe-bebé, além de fortalecer

o papel do pai como figura de cuidado e apoio desde os primeiros momentos de vida do recém-nascido. Assim, desafiar essas práticas institucionalizadas requer não apenas uma mudança de protocolos, mas também um investimento na formação contínua dos profissionais de saúde, incentivando uma postura de empatia, escuta ativa e respeito pelas escolhas e necessidades das famílias, contribuindo para a construção de um ambiente mais acolhedor e humanizado nos cuidados perinatais.

Relativamente ao contexto no internamento no puerpério, o EEESMO desempenha um papel crucial no acompanhamento e no cuidado das mulheres durante o período do puerpério, oferecendo apoio integral que engloba tanto os aspetos fisiológicos quanto os emocionais, ajudando a mulher a lidar com as mudanças e os desafios dessa fase de transição. Este tem a responsabilidade de proporcionar um ambiente de acolhimento e segurança, onde a puérpera se sinta à vontade para expressar seus sentimentos, sejam eles de felicidade, de preocupação ou até mesmo de frustração. Parte fundamental de sua atuação é identificar precocemente sinais de possíveis perturbações psicológicas, como a depressão pós-parto, oferecendo orientação adequada e, quando necessário, encaminhando para outros profissionais especializados.

Além disso, fomenta a promoção da educação em saúde, fornecendo informações sobre os cuidados com o recém-nascido e incentivando a mulher a cuidar de si mesma, valorizando seu bem-estar físico e emocional. Isso inclui esclarecer dúvidas, orientar sobre a importância do descanso e do autocuidado, e envolver a família no processo, para que a mulher tenha uma rede de apoio sólida.

Uma das dificuldades sentidas neste contexto foi o choque cultural vivenciado junto das mulheres. A barreira linguística e as crenças culturais e religiosas distintas tornaram a comunicação desafiadora, impactando a qualidade dos cuidados prestados. Em situações em que a língua falada pelas utentes não correspondia ao português, a troca de informações essenciais para a prestação de cuidados eficazes tornava-se muitas vezes limitada, levando a mal-

entendidos e à dificuldade em transmitir orientações claras e compreensíveis sobre os procedimentos a serem realizados.

Este choque cultural também se manifestou nas diferenças relacionadas com as crenças e práticas relativas ao parto, à maternidade e aos cuidados pós-parto, que variam significativamente conforme o contexto cultural e religioso de cada mulher. Muitas vezes, as expectativas das mulheres em relação ao cuidado prestado divergiam das práticas e protocolos instituídos, criando tensões e resistência que necessitavam de ser abordadas com sensibilidade e respeito.

Para superar estas dificuldades, tornou-se essencial desenvolver estratégias que garantissem uma comunicação mais eficaz e culturalmente competente. A utilização de uma aplicação móvel que permitia traduzir para a língua à nossa escolha a informação a transmitir de forma oral ou por escrito, foi uma das ferramentas que permitiu uma melhor compreensão das necessidades das mulheres. A priorização de informação clara, simples e objetiva revelou-se essencial, facilitando a relação de confiança e garantindo que as mulheres se sentissem ouvidas e respeitadas.

Ao desempenhar um papel de suporte contínuo e humanizado, contribui-se para a desconstrução de mitos e expectativas irreais sobre o puerpério, ajudando a promover uma experiência de maternidade mais equilibrada e saudável. Dessa forma, a atuação do EEESMO é essencial para que o puerpério seja vivido com menos pressão e mais compreensão, tanto pela puérpera quanto pela sociedade.

A reanimação da grávida, parturiente, recém-nascido e puérpera, felizmente pouco prevalente, está integrada como uma das competências específicas do EEESMO. Esta foi desenvolvida através do treino de protocolos e procedimentos de atuação em contextos de simulação e reflexão crítica junto das orientadoras de estágio para que em caso de emergência todos os profissionais estivessem alerta e preparados para atuar.

## CONCLUSÃO

O estágio de natureza profissional e a realização do presente projeto de relatório no âmbito do desenvolvimento de competências clínicas como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, permitiu uma evolução significativa nas capacidades técnicas, científicas e relacionais necessárias para a prática especializada.

Durante o percurso, a imersão em cenários reais de cada contexto proporcionou uma oportunidade única para aplicar e integrar os conhecimentos teóricos adquiridos, observando e participando ativamente nos cuidados prestados às mulheres, recém-nascidos e famílias.

A vivência prática em ambientes diversificados, desde a prestação de cuidados durante a gestação até ao parto e ao puerpério, proporcionou uma visão holística sobre as necessidades de saúde da mulher e possibilitou o aperfeiçoamento de competências essenciais, como a tomada de decisão clínica, a comunicação eficaz e a prestação de cuidados humanizados e baseados na evidência. Destaca-se ainda a importância do trabalho interdisciplinar e da colaboração com outros profissionais de saúde, que contribuiu para um cuidado integral e de qualidade.

Os desafios enfrentados durante o estágio, incluindo situações que exigiram rápidas tomadas de decisão e intervenções emergentes, foram cruciais para o desenvolvimento da capacidade de trabalhar com o fator *stress* associado e fortalecimento da assertividade e autonomia enquanto profissional em formação.

A humanização na assistência ao parto requer uma atitude ética e acolhedora por parte dos profissionais de saúde. O papel do EEESMO centra-se em cuidar, proporcionar conforto e orientar as grávidas, parturientes e puérperas durante todo o processo de transição, proporcionando uma partilha de saberes e permitindo à mulher refletir, decidir sobre os cuidados que deseja para si, e assim, transformando o ato de parir num momento singular das suas vidas.

A realização do estágio consolidou a importância do papel do EEESMO na promoção da saúde reprodutiva, na garantia da segurança e bem-estar da mulher e do recém-nascido, reforçando a importância da atualização contínua e da prática baseada em evidências como pilares para a qualidade dos cuidados prestados e a segurança da mulher.

Conclui-se que o estágio revelou-se uma oportunidade valiosa e enriquecedora para o crescimento pessoal e profissional, garantindo a aquisição e desenvolvimento de competências que são fundamentais para a atuação como EEESMO, fomentando a prática da melhoria contínua pessoal e a prática baseada na evidência, considerando-se atingidos os objetivos de estágio previamente expostos. Finalizo com a certeza de que me apresento e sinto mais preparada para atuar de forma competente e ética, contribuindo para a excelência dos cuidados de saúde materna e obstétrica.

**BIBLIOGRAFIA**

Aasheim, V., Nilsen, A., Reinar, L. & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol 6 (6).  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28608597/>;

Al-Shehri, H. (2019). The Use of Alcohol versus Dry Care for the Umbilical Cord in Newborns: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized and Non-randomized Studies. *Cureus*, vol 11(7).  
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6728785/#:~:text=In%20dry%20cord%20care%2C%20the,a%20dye%2C%20or%20an%20antibiotic](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6728785/#:~:text=In%20dry%20cord%20care%2C%20the,a%20dye%2C%20or%20an%20antibiotic;);

Alves, A. L. L., Nozaki, A. M., Polido, C. B. A. & Knobel, R. (2022). Management of shoulder dystocia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, Vol 44(7), 723-736.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9948238/>;

Alves, A. L. L., Silva, L. B. & Melo, V. H. (2014) Uso de suturas uterinas compressivas na hemorragia pós-parto. *FEMINA*, Vol 42(6).  
<https://docs.bvsalud.org/upload/S/0100-7254/2014/v42n6/a4827.pdf>;

Alves, S. I. N. (2018). Perda perinatal: Perspetiva da díade parental. Biblioteca Virtual em Saúde. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1415801>;

American College of Obstetricians and Gynecologists (2006). Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists Number 76: Postpartum Hemorrhage. *Obstetrics Gynecology*, vol 108(4), 1039–1047.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17012482/>;

American College of Obstetricians and Gynecologists (2009a). ACOG Practice Bulletin No. 106: Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles. *Obstetrics & Gynecology*, vol 114(1), 192-202.

<https://health.usf.edu/publichealth/chiles/fpqc/provide/~-/media/6E96A973393C4B3A883E0804F10C4715.ashx>;

American College of Obstetricians and Gynecologists (2009b). ACOG Practice Bulletin No. 433: optimal goals for anesthesia care in obstetrics. *Obstetrics & Gynecology*, vol 133(5), 1197-1199.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19384152/>;

American College of Obstetricians and Gynecologists (2009c). ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of labour. *Obstet Gynecol*, 114(2), 386-97.

[https://journals.lww.com/greenjournal/citation/2009/08000/acog\\_practice\\_bulletin\\_no\\_107\\_induction\\_of\\_labor.30.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/citation/2009/08000/acog_practice_bulletin_no_107_induction_of_labor.30.aspx);

American College of Obstetricians and Gynecologists (2016). ACOG Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics Gynecology*, vol 128(1).

[https://moodle.esenf.pt/2223/pluginfile.php/7676/mod\\_resource/content/1/Prevention%20and%20Management%20of%20Obstetric%20Lacerations%20at%20Vaginal%20Delivery.pdf](https://moodle.esenf.pt/2223/pluginfile.php/7676/mod_resource/content/1/Prevention%20and%20Management%20of%20Obstetric%20Lacerations%20at%20Vaginal%20Delivery.pdf);

American College of Obstetricians and Gynecologists (2019a). ACOG Practice Bulletin No. 209: Obstetric Analgesia and Anesthesia. *Obstetrics Gynecology*, vol 133(3), 208-225.

<https://www.tjodistanbul.org/konu/dosyalar/kilavuzlar/Obstetric-Analgesia-and-Anesthesia.pdf>;

American College of Obstetricians and Gynecologists (2019b). ACOG Practice Bulletin No. 204: Fetal Growth Restriction. *Obstetrics & Gynecology*, vol 133(2), 97-109.

[https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2019/02000/acog\\_practice\\_bulletin\\_no\\_204\\_fetal\\_growth.39.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2019/02000/acog_practice_bulletin_no_204_fetal_growth.39.aspx);

American College of Obstetricians and Gynecologists (2021). Medically Indicated Late-Preterm. Society for Maternal-Fetal Medicine, 831.

<https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2021/07/medically-indicated-late-preterm-and-early-term->

[deliveries.pdf?rev=a7cdabfd4d09479fb8b99616c616c39a&hash=032677CEA0AC57784542BA89D8169B7F](https://www.researchgate.net/publication/315111111/deliveries.pdf?rev=a7cdabfd4d09479fb8b99616c616c39a&hash=032677CEA0AC57784542BA89D8169B7F);

Andrees, M. & Rankin, J. (2007). Amniotomy in spontaneous, uncomplicated labour at term. *British Journal of Midwifery*, vol 15(10).  
<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/r56kus65fz>;

Areia, A., Braga, A., Macedo, C., Pereira, N. & Monteiro, S. (2024). Corticoterapia para maturação pulmonar fetal Norma de orientação SPOMMF. *Acta Obstetrica Ginecologia Portuguesa*, vol 18(2), 175-178.  
[https://www.fspog.org/images/editor2/14%20Norma\\_SPOMMF\\_corticosteroids.pdf](https://www.fspog.org/images/editor2/14%20Norma_SPOMMF_corticosteroids.pdf);

Armstrong, T. & Pooley, J. (2005). Being Pregnant: A Qualitative Study of Women's Lived Experience of Pregnancy. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, vol 20(1), 4-24.  
[https://apphjournal.birthejournal.com/wp-content/uploads/journal/published\\_paper/volume-20/issue-1/i7b3g2Px.pdf](https://apphjournal.birthejournal.com/wp-content/uploads/journal/published_paper/volume-20/issue-1/i7b3g2Px.pdf);

Bahmei, H., Mousavic, P., Haghizadeh, M. & Iravani, M. (2023). The Impact of Maternal Position in Labor on Occiput-Posterior Position of Fetus and Pregnancy Outcomes in Pregnant Women Without Epidural Analgesia. *Journal of Family and Reproductive Health*, vol 17(2), 86-92.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10397531/>;

Barbosa, J. (2023). Cuidar em pediatria: Intervenções de enfermagem facilitadoras do processo de luto parental. (Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa);

Barbosa, M., Moreira, S. & Ferreira, S. (2017). Desinfecção do cordão umbilical: revisão baseada na evidência. *Rev Port Med Geral Fam*, vol 33, 41-47;

Begley, C., Gyte, G., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A. & Biesty, L. (2019), Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol 2 (2).  
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007412.pub5/full>;

Beleza, A. C.S., Ferreira, C.H.J., Driusso, P., Santos, C.B., & Nakano, A.M.S. (2017). Efeito da crioterapia no alívio da dor perineal após parto vaginal com episiotomia: um ensaio clínico randomizado e controlado. *Fisioterapia*, 103 (4), 453-458.

Bjelica, A., Cetkovic, N., Trinic-Pjevic, A. & Mladenovic-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy — a psychological view. *Ginekologia Polska*, vol 89(2), 102-106.  
[https://journals.viamedica.pl/ginekologia\\_polska/article/view/GP.a2018.0017/43305](https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/GP.a2018.0017/43305);

Bricker, L. & Luckas, M. (2012). Amniotomy alone for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol 4.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8456329/pdf/CD002862.pdf>;

Brimdryr, K., Cadwell, K., Svensson, K., Takahashi, Y., Nissen, E. & Widstrom, A. (2020). The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries. *Maternal & Child Nutrition*, vol 16(4).  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7507317/>;

Brimdryr, K., Stevens, J., Svensson, K., Blair, A., Turner-Maffei, C., Grady, J., Bastarache, L., al Alfy, A., Crenshaw, J. T., Giugliani, E. R., Ewald, U., Haider, R., Jonas, W., Kagawa, M., Lilliesköld, S., Maastrup, R., Sinclair, R., Swift, E., Takahashi, Y., & Cadwell, K. (2023). Skin-to-skin contact after birth: Developing a research and practice guideline. *Acta Paediatrica*, 112(8), 1633–1643.  
<https://doi.org/10.1111/apa.16842>;

Cabral, R., Reis, A., Moura, C., Santana, J. & Barros, R. (2022). Restrição do crescimento intrauterino: etiologia associada a causas maternas e placentárias. *Research, Society and Development*, vol 11 (4);

Calais-Germain, B. & Parés, N. V. (2009). *Parir en Movimiento*. Laliebre de Marzo;

Calou, C., Oliveira, M., Carvalho, F., Soares, P., Bezerra, R., Lima, S., Antezana, F., Aquino, P., Castro, M. & Pinheiro, A. (2018). Maternal predictors related to quality of life in pregnant women in the Northeast of Brazil. *Health and*

*Quality*                      *Life*                      *Outcomes,*                      *vol*                      16.

<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-018-0917-8>;

Cardoso, A. (2014). Tornar-se mãe, tornar-se pai: das competências parentais. Novas Edições Académicas. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto.  
[https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornarse%20mae\\_tornars\\_e%20pai\\_Estudo%20sobre%20avaliacao%20competencias%20parentais.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornarse%20mae_tornars_e%20pai_Estudo%20sobre%20avaliacao%20competencias%20parentais.pdf);

Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C. & Grilo, A. (2023a). Guia Orientador De Boas Práticas: Preparação para o Parto. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp\\_promopreparacaoparto\\_v4\\_fl.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf);

Cardoso, A., Capela, P., Carvalho, U., Albergaria, E. & Figueiredo, A. (2023b). Guia Orientador De Boas Práticas; Gravidez e adaptação à gravidez (De baixo risco). Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32963/gobpgravidezadaptacaogravidz\\_v5.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32963/gobpgravidezadaptacaogravidz_v5.pdf);

Cardoso, A., Silva, M., Ramos, F., Fernandes, I., Neto, J. & Pires, R. (2023c). Avaliar Estado de Saúde do Recém-Nascido. Escola Superior de Enfermagem do Porto;

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;

Carreiro, J., Francisco, A., Abrão, A., Marcacine, K., Abuchaim, E. & Coca, K. (2018). Dificuldades relacionadas ao aleitamento materno: análise de um serviço especializado em amamentação. Acta Paulista de Enfermagem, vol 31(4). <https://www.scielo.br/j/ape/a/VpgWqMNCrFF5vLVJvFfPSXz/#>;

Carvalho, M., Santana, S. & Alexandria, P. (2021). Aspectos Relacionados Ao Luto Perinatal. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, vol 15. 105-123. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/luto-perinatal>;

Cavalcante, L. T. C. & Oliveira, A. A. S. (2020). Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. *Psicologia em Revista*, 26(1). [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682020000100006](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682020000100006);

Comissão Permanente De Protocolos De Atenção À Saúde, CPPAS (2023), Protocolo de Atenção à Saúde - Hemorragia Pós-Parto. <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Protocolo+de+Hemorragia+P%C3%B3s+Parto.pdf/11682020000100006>;

Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, (2024). <https://www.cnpma.org.pt/>;

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Casey, B. M. & Sheffield, J. S. (2014). *Williams Obstetrics*. McGraw Hill Education. <http://repository.stikesrspadgs.ac.id/44/1/Williams%20Obstetrics-1376hlm.pdf>;

Dahlen, H., Homer, C., Cooke, M., Upton, A., Nunn, R. & Brocrick, B. (2007). Perineal Outcomes and Maternal Comfort Related to the Application of Perineal Warm Packs in the Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial. *Birth*, vol 34(4), 282-290. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18021143/>;

Davim, R., Torres, G. & Dantas, J. (2008) Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Rev Esc Enfermagem* *USO*, vol 43(2). <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/55cvQjbHcp78bMnN8ZTMtwJ/?format=pdf&lang=pt>;

Delgado, L., Cobo, J., Giménez, C., Fucho-Rius, G. F., Sammut, S., Martí, L., Lesmes, C., Puig, S., Obregón, N., Canet, Y., & Palao, D. J. (2023). Initial

Impact of Perinatal Loss on Mothers and Their Partners. *International journal of environmental research and public health*, 20(2).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph20021304>;

Dempsey, A., Krening, C. & Vorgic, L. (2020). Multisite Randomized Controlled Trial of Bladder Management in Labor With Epidural Analgesia/Anesthesia. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, vol 49(6), 564-570.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0884217520301167>;

Depaulis, C., Steer, N., Garessus, L., Chassard, D. & Aubrun, F. (2020). Evaluation of the effectiveness and tolerance of tetracosactide in the treatment of post-dural puncture headaches (ESYBRECHE): a study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, vol 21(55).  
<https://link.springer.com/article/10.1186/s13063-019-4015-y>;

Dias, J. M. G., Silva, K. C. & Paula, S. P. S. (2011). Prevalência de oligoâmnio em pacientes internadas no alto-risco de Maternidade Pública do Estado de Sergipe no período de 2004 a 2006. *Revista médica de Minas Gerais*, vol 21(2).  
<https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/192>;

Direção-Geral da Saúde (2003). A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Despacho Normativo nº09/DGCG do Ministério da Saúde. [https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor\\_como\\_5\\_sinal\\_vital\\_-\\_2003.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf);

Direção-Geral da Saúde (2007a). Circular Normativa n.º 9/SR. Interrupção Medicamentosa da Gravidez. Ministério da Saúde.  
[https://www.spdc.pt/files/legix/11268\\_3.pdf](https://www.spdc.pt/files/legix/11268_3.pdf);

Direção-Geral da Saúde (2007b). Interrupção da gravidez por opção da mulher: guia informativo. <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/02-Portugal-Options-for-Interruption-of-Pregnancy-2007.pdf>;

Direção-Geral da Saúde (2015a). Orientação n.º 001/2015. Trabalho de parto estacionário.  
[https://www.omcentro.com/ficheiros/docs/trabalho\\_parto\\_estac.pdf](https://www.omcentro.com/ficheiros/docs/trabalho_parto_estac.pdf);

Direção-Geral da Saúde (2015b). Orientação n.º 002/2015. Indução do trabalho de parto. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/PRT-MN-32-03-GUIDELINE-2015-prt-2915-DGS-IPT.pdf>;

Direção-Geral da Saúde (2015c). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/plan-strategy/prt-mn-74-07-plan-strategy-2015-prt-2015-programa-nacional-vigiancia-gbr.pdf>;

Direção-Geral da Saúde (2023). Orientação n.º 002/2023. Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orienta%C3%A7%C3%A3o-dgs.pdf>;

Dornelles, L., MacCallum, F., Lopes, R., Piccinini, C. & Passos, E. (2016). The experience of pregnancy resulting from Assisted Reproductive Technology (ART) treatment: A qualitative Brazilian study. *Women Birth*, vol 29(2), 123-127. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26388215/>;

Entidade Reguladora da Saúde. (2023). Deliberação Do Conselho De Administração Da Entidade Reguladora Da Saúde. [https://www.ers.pt/media/gmfh55mo/vnc-ers\\_094\\_2022.pdf](https://www.ers.pt/media/gmfh55mo/vnc-ers_094_2022.pdf);

Fathallah-Shaykh, S. & Cramer, M. T. (2014). Uric acid and the kidney. *Pediatric Nephrology*, vol 29(6), 999-1008. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23824181/>;

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

Ferreira, L. M. S., & Santos, A. D. F. (2017). Assistência de enfermagem durante o trabalho de parto e parto: a percepção da mulher. *Revista Cubana de Enfermagem*, 33(1), 50-60. <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1102>;

Ferreira, L. M. S., Santos, A. D. F., & Oliveira, M. C. (2018). Revisão sobre amniotomia no trabalho de parto. *Revista Brasileira de Enfermagem Obstétrica*, 72(3), 450-458;

Ferreira, T. E. (2023). Morte perinatal, Luto materno e assistência de enfermagem: uma revisão integrativa. [http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/riufcg/31002/THALYT\\_A%20EDUARDA%20DE%20MELO%20FERREIRA%20-%20TCC%20BACHARELADO%20EM%20ENFERMAGEM%20CES%202023.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/riufcg/31002/THALYT_A%20EDUARDA%20DE%20MELO%20FERREIRA%20-%20TCC%20BACHARELADO%20EM%20ENFERMAGEM%20CES%202023.pdf?sequence=1&isAllowed=y);

Ferreira, V. L. (2014). Um percurso em análise retrospectiva: os esforços expulsivos maternos - quando e como puxar? Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9471>;

Gezinski, L., Carlsen, B & Hawkins, C. (2020). Motherhood and assisted reproduction in a religious context: Genes, stigma and supports in Utah, United States. *Health and Spcial Care in the Community*, vol 29. <https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/nxw7bi5fwr>;

Giacometti, C. F., Negrini, R., Novaes, A., Ribeiro, C., Faig, F. & Amadatsu C. (2023) Balão de Bakri: manejo da hemorragia pós-parto. *Albert Einstein. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira*. <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Bal%C3%A3o-de-Bakri.pdf>;

Gittens-Williams, L. N. (2017). Normal vaginal delivery. In J. Apuzzio, A. Vintzileos, V. Berghella, & J. Alvarez-Perez, *Operative Obstetrics* (255-265). CRC Press;

Gordjin, S., Beune, I., Thilaganathan, B., Papageorghiou, A., Baschat, A., Baker, P., Silver, R., Wynia, K. & Ganzevoort, W. (2016). Consensus definition of fetal growth restriction: a Delphi procedure. *Ultrasound Obstetrics & Gynecology*, VOL 48(3), 333-339. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26909664/>;

Graça, L. M. (2017). *Medicina materno-fetal* (5.<sup>a</sup> edição). Lidel.

Gracio, A., Gracio, A., Silva, R., Silva, A., Lima C. & Reis, D. (2020). O cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: Contribuição do enfermeiro. *Brazilian Journal of Health Review*, vol 3(4), 8958-8973.

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/13682/11455>;

Grimm, M. J. (2021). Forces Involved with Labor and Delivery – A Biomechanical Perspective. *Annals of Biomedical Engineering*, vol 49(8), 1819-1835. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33432512/>;

Guardino, C. M. & Schetter, C. D. (2014). Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. *Health Psychol Ver*, vol 8(1), 70-94. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3904449/>;

Guittier, M., Othenin-Girard, V., Irion, O. & Boulvain, M. (2014). Maternal positioning to correct occipito-posterior fetal position in labour: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol 14. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-83#Fig2>;

Gyamfi-Bannerman, C., Thom, E., Blackwell, S., Tita, A., Reddy, U., Saade, G., Rouse, D., McKenna, D., Clark, E., Thorp, J., Chien, E., Peaceman, A., Gibbs, R. Swamy, G., Norton, M., Casey, B., Caritis, S., Tolosa, J., Sorokim, Y., ... Jain, L. (2016). Antenatal Betamethasone for Women at Risk for Late Preterm Delivery. *The New England Journal of Medicine*, vol 374(14), 1311-1320. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1516783>;

Hammarberg, K., Wynter, K., Fisher, J., McBain, J., Gibson, F., Boivin, J & McHanon, C. (2013). The experience of pregnancy: does age or mode of conception matter? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, vol 31(2), 109-120. <https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/ymrrgq6emr>;

Hanum, S. P., Mattos, D. V., Matão, M. E. & Martins, C. A. (2017). Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: efetividade sob a ótica da parturiente. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 11(8), 3303-3309;

Henrique, A. J., & Gabrielloni, M. C. (2016). Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(2), 124-130.

<https://www.scielo.br/j/ape/a/b46jDVjWvTmQGydr7n9MtVc/?format=pdf&lang=pt>;

Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(5), 160-172. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12011880/>;

Hodnett, E. D., Gates, A., Hofmeyr, G. J. & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol 7. Cochrane Library. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5>;

Huang, M., Sun, Y., Gau, M., Puthussery, S. & Kao, C. (2019). First-time mothers experiences of pregnancy and birth following assisted reproductive technology treatment in Taiwan. *Journal of Health, Population and Nutrition*, vol 38(10). <https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/h4zrauap7r>;

Hya, K., Huang, Z., Chua, C. & Shorey, S. (2024). Experiences of men undergoing assisted reproductive technology: A qualitative systematic review. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol 165(1). <https://research.ebsco.com/c/vucumc/search/details/eiym3ldrgz?limiters=None&q=assisted%20reproduction%20treatments%20AND%20experience%20AND%20pregnancy>;

Infarmed. (2024). Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/servicos-on-line/pesquisa-do-medicamento>;

Internacional Council of Nurses (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf>;

Jain, V., Bos, H., Bujold, E. (2020). Guideline No. 402: Diagnosis and Management of Placenta Previa. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol 42(7), 906-917. [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(19\)30726-1/abstract](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(19)30726-1/abstract);

Jeng, J. & Franz, W. (2014). Orange Stains in a Healthy Neonate's Diaper. *Resident Rounds*, vol 53(9), 908-910. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0009922814536777>;

Khadivzadeh, T., Karimi, F. Z., Tara, F. & Bagheri, S. (2016). The effect of postpartum mother–infant skin-to-skin contact on exclusive breastfeeding in neonatal period: a randomized controlled trial. *International Journal of Pediatrics*, vol 5(7), 5409-5417. [https://ijp.mums.ac.ir/article\\_7522\\_fe78b820c76870a39962719fc1efe56a.pdf](https://ijp.mums.ac.ir/article_7522_fe78b820c76870a39962719fc1efe56a.pdf);

Klein, B. & Gouveia, H. (2022). Utilização De Métodos Não Farmacológicos Para Alívio Da Dor No Trabalho De Parto. *Cogitare Enfermagem*, vol 27. <https://www.scielo.br/j/cenf/a/SfvvfycwrH64ZDQKWq7NMJK/#>;

Koch, C., Santos, C. & Santos, M. R. (2012). Tradução portuguesa, adaptação e validação da Perinatal Bereavement Grief Scale (PBGs) em mulheres com perda de gravidez. *Revista de Enfermagem de Referência*, vol 6. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33708/1/artigo%20afiliado%20MRSantos-17.pdf>;

Koch, M. C. M. P. (2014). Ultrapassar a perda involuntária da gravidez: um modelo de intervenção de enfermagem. (Tese de doutoramento). [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18293/1/Tese\\_final\\_maio2015.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18293/1/Tese_final_maio2015.pdf);

Kochen, E., Jenken, F., Boelen, P., Deben, L., Fahner, J., Hoogen, A., Teunissen, S., Geleijns, K. & Kars, M. (2020). When a child dies: a systematic review of well-defined parent-focused bereavement interventions and their alignment with grief- and loss theories. *BMC Palliative Care*, vol 19(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32164668/>;

Kupeli, S., Yurdakok, M., Kilinc, G. & Bilgetekin, E. (2005). Urinary uric acid levels and discoloration of diapers in healthy neonates. *Pediatric Nefrology*, vol 20, 1361-1362. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00467-005-1934-5>;

Lacerda, I. (2023). Perda Gestacional: Estratégias do Enfermeiro Obstetra no cuidar do casal baseado nas forças (Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/45534>;

Lauder, J., Sciscione, A., Biggio, J. & Osmundson, S. (2020). Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #50: The role of activity restriction in obstetric management. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol 223(2), 2-10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8081556/>;

Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G & Styles C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol 10. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub4/full>;

Lei n.º 16/2007 da Assembleia da República (2007). Diário da República: I Série, n.º75/2007. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/16-2007-519464>;

Lei n.º 26/2017 da Assembleia da República (2017). Diário da República: I Série, n.º 104/2017. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/26-2017-107094721>;

Lei n.º 58/2017 da Assembleia da República (2017). Diário da República: I Série, n.º 142/2017. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/58-2017-107745743>;

Lei n.º 58/2019 da Assembleia da República (2019), Diário da República: I Série, n.º 151/2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/58-2019-123815982>;

Leite, P., Filho, I., Félis, K., Leite, A., Junior, P. & Guimarães, C. (2018). O Estado da Arte da Atuação da Enfermagem na Reprodução Assistida. *Revista Iniciação Científica e Extensão*, vol 1(4), 390-390;

Lemos, L. F. S. L. & Cunha, A. C. B. (2015). Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, vol 35(4), 1120-1138.  
<https://www.scielo.br/j/pcp/a/hdydgBr4rBQJthMgXSf3q5n/?format=pdf&lang=pt>;

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>;

Lewis, M. L. (2014a). A Comprehensive Newborn Examination: Part I. General, Head and Neck, Cardiopulmonary. *American Family Physician*, vol 90(5), 289-296. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2014/0901/p289.html>;

Lewis, M. L. (2014b). A Comprehensive Newborn Examination: Part II. Skin, Trunk, Extremities, Neurologic. *American Family Physician*, vol 90(5), 297-302. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2014/0901/p297.html>;

Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). Enfermagem na Maternidade. Lusodidacta;

Machado, H. (2013). *Manual de Anestesiologia*. Lidel;

Marinho, S. (2017). Processo de Aquisição de Competências: Cuidados ao Coto Umbilical – Uma Revisão Integrativa da Literatura (Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem do Porto). [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20995/1/Relat%c3%b3rio\\_final\\_Susana%20Marinho.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20995/1/Relat%c3%b3rio_final_Susana%20Marinho.pdf);

Marques, J. & Reynolds, A. (2011). Distocia de Ombros. Uma emergência Obstétrica. *Acta Médica Portuguesa*, vol 24, 613-620;

Marques, S., Cabral, R., Fonseca, J., Pereira, M., Alves, C. & Carvalhas, J. (2015) Hemorragia Massiva Em Obstetrícia: Princípios Chave. *Rev Soc Port Anesthesiol*, vol 24(1);

Martínez-García, E., Lara-Rodríguez, H., Álvarez-Serrano, M. A., González-García, A., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., & Pérez-Morente, M. Á. (2023). Good practices in perinatal bereavement care in public maternity hospitals in southern Spain. *Midwifery*, vol 124. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103749>;

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*, vol 18(1);

Martins, E. Marques, M. J. & Tomé, J. (2002). Analgesia epidural Obstétrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, vol 18, 163-168. <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9878/9616>;

Martins, M., Valente, V., Silva, A., Ramalho, C. & Costa, M. (2023). "Death is a sensitive topic when you are surrounded by life": Nurses experiences with pregnancy loss. *Sexual & Reproductive Healthcare*, vol 35. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100817>;

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company;

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *ANS Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10970036/>;

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2019). Parecer n.º 43/2019: Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados, de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Ordem dos Enfermeiros.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer\\_4\\_2019\\_14052019\\_mceesmo\\_c%C3%A1lculo\\_dota%C3%A7%C3%B5es\\_seguras\\_cuidados\\_smo\\_revisto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_14052019_mceesmo_c%C3%A1lculo_dota%C3%A7%C3%B5es_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf);

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2011). Parecer n.º 23/2011: Procedimentos de Cuidados Perineais à Puérpera Durante o Internamento Hospitalar. Ordem dos Enfermeiros.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer\\_23\\_MCEESMO.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_23_MCEESMO.pdf);

Ministério da Saúde (2012). Atenção à Saúde do Recém-Nascido. Guia para os Profissionais de Saúde. [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_recem\\_nascido\\_profissionais\\_v1.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf);

Mirasol, E. C. (2015). Percepciones de las mujeres, parejas y profesionales durante el embarazo, parto y posparto tras someterse a técnicas de reproducción asistida. (Tese de Mestrado, Universitat de Barcelona). <https://research.ebsco.com/c/vucumc/search/details/6rg4x5spuv?limiters=None&q=assisted%20reproduction%20treatments%20AND%20meaning%20AND%20pregnancy>;

Montenegro, N., Rodrigues, T., Ramalho, C. & Campos, D. A. (2014). *Protocolos de medicina materno-fetal*. Lidel;

Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C. & Medley, N. (2016a). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol 11(11). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27885658/>;

Moore, K. L., Persaud, T. V. N. & Torchia, M. G. (2016b). *Embriologia Básica*. ELSEVIER. [https://ia801004.us.archive.org/30/items/Embriologia\\_bsica\\_9\\_ed.\\_www.meulivro.biz/Embriologia\\_bsica\\_9\\_ed.\\_www.meulivro.biz.pdf](https://ia801004.us.archive.org/30/items/Embriologia_bsica_9_ed._www.meulivro.biz/Embriologia_bsica_9_ed._www.meulivro.biz.pdf);

Morales, N. & Long, D. C. (2023). Assisting with Amniotomy. *CINAHL Nursing Guide*. <https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/html/hw6lahswj5>;

Muza, J., Sousa, E., Arrais, A. & Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: Teoria e Prática*, vol 15(3), 34-48. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n3/03.pdf>;

Nahidi, F., Tavafian, S., Haidarzade, M. & Hajizadeh, E. (2014). Opinions of the Midwives about Enabling Factors of Skin-To-Skin Contact Immediately after

Birth: A Descriptive Study. *Journal Family Reproductive Health*, vol 8(3), 107-112. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4275551/>;

Nasab, P. A., Loripoor, M. & Khalilabadi, S. M. (2023). Knowledge and experience of midwives and gynecologists about manual rotation of persistent occiput posterior position. *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol 23. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-023-05797-0>;  
:x#:~:text=Manual%20rotation%20is%20one%20of,the%20early%201930s%20%5B11%5D;

National Institute for Health and Care Excellence (2023). Intrapartum care. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933>;

National Partnership for Women & Families (2017). Continuous Support for Women During Childbirth: 2017 Cochrane Review Update Key Takeaways. *The Journal of Perinatal Education*, vol 27(4), 193-197. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6491161/pdf/sgripe\\_27\\_4\\_A3.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6491161/pdf/sgripe_27_4_A3.pdf);

Néné, M., Marques, R. & Batista, M.A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel;

Neto, A. R. M., Córdoba, J. C. M. & Peraçoli, J. C. (2011). Etiologia da restrição de crescimento intrauterino (RCIU). *Com. Ciências Saúde*, 22(1), 21-30. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/etiologia\\_restricao\\_crescimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/etiologia_restricao_crescimento.pdf);

Nogueira, A., Araújo, C. & Correia, L. (2020). A percepção das mulheres sobre a participação do acompanhante no trabalho de parto. *Brazilian Journal of Health Review*, vol 3(4), 11316-11327. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/15868/13020>;

Nogueira, J. (2012). Posições alternativas em trabalho de parto. *Revista Da Associação Portuguesa Dos Enfermeiros Obstetras*, vol 12, 25-29;

Nogueiro, E. P. (2014). Aquisição de competências: contributos de uma revisão integrativa sobre a amniotomia precoce para a gestão do primeiro período de trabalho de parto (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9724>;

Novaes, A., Negrini, R., Granado, M., Liao, A. & Sanchez, R. (2021) Distúrbios do Líquido Amniótico. *Albert Einstein. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira*. <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Dist%C3%BArbios-do-L%C3%ADquido-Amni%C3%B3tico.pdf>;

Nucci, M., Nakano, A. & Teixeira, L. (2018). Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol 25(4). <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/75xJNDnKttfZThz4QWLJ44R/#>;

Ockhuijsen, H., Hoogen, A., Eijkemans, M., Machlon, N. & Boivin, J. (2014). The impact of a self-administered coping intervention on emotional well-being in women awaiting the outcome of IVF treatment: a randomized controlled trial. *Human Reproduction*, vol 29(7), 1459-1470. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24812317/>;

Oladapo, O. T., Okusanya, B. O., Abalos, E., Gallos, I. D. & Papadopoulou, A. (2020). Ocitocina injetada na veia ou no músculo para reduzir a perda de sangue depois do parto normal. *Cochrane Database Systematic Reviews*, vol 11. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009332.pub4/e/pdf/full>;

Oliveira, P., Ferreira, M., Barbosa, D., Cerqueira, J., Verçosa, R., Santana, K. & Silva, A. (2021). Os benefícios da presença do pai no trabalho de parto e parto. *Brazilian Journal of Development*, vol 7(2), 18142-18159. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/25085/20001>;

Ordem dos Enfermeiros (2015). Livro de Bolso. Enfermeiros Especialista em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/LivroBolso\\_EESMO.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf);

Ordem dos enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.ª série, N.º 26, 4744 - 4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>;

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 391/2019 das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República, 2.ª série, N.º 85, 13560-13565. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019\\_regulamento-das-compet%C3%AAsncias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019_regulamento-das-compet%C3%AAsncias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf);

Organização Mundial de Saúde (2009). WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44171/97892?sequence=1>;

Organização Mundial de Saúde (2010). WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPS-10.03>;

Organização Mundial de Saúde (2013). Abortamento seguro: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. [https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1385984202Abortamento\\_seguro\\_parte\\_001.pdf](https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1385984202Abortamento_seguro_parte_001.pdf);

Organização Mundial de Saúde (2014a). Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505;jsessionid=87AB29C5E25B6CDC42C116162901AAE8?sequence=12>;

Organização Mundial de Saúde (2014b). WHO recommendations for augmentation of labour.

[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363_eng.pdf?sequence=1);

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

Organização Mundial de Saúde (2022a). Diretriz sobre cuidados no aborto resumo. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/355465/9789240051447-por.pdf?sequence=1>;

Organização Mundial de Saúde (2022b). Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf?sequence=1>;

Organização Mundial de Saúde (2023). Infertility prevalence estimates, 1990–2021. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366700/9789240068315-eng.pdf>;

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*, vol 37(2), 145-156;

Pasin, S. & Schnath, F, (2007). Cuidados de Enfermagem na Analgesia por Cateter Peridural. *Rev. HCPA*, vol 27(2), 69-73. <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/122611/000970618.pdfdd63e4e0ecc045efdbcf9e95cac9d892MD51TEXT000970618.pdf.txt000970618.pdf.txtExtracted;jsessionid=C91B586E05CE72DDA5C87589F6DB3944?sequence=1>;

Passwell, J., Modan, M., Brish, M., Orda, S. & Boichis, H. (1974). Fractional excretion of uric acid in infancy and childhood. *Archives of Disease in Childhood*, vol 49. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1649243/pdf/archdisch00847-0056.pdf>;

Pereira, A., Costa, A., Costa, A., Geber, B., Alkmin, F., Camarano, G., Glória, R., Nogueira, T., Ripari, V. & Lopes, A. (2020). Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto: revisão sistemática. *Revista Eletrónica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health*, vol 12(10). <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4448/2842>;

Pereira, L., Fernandes, J., Tavares, J. & Cotrim, D. (2014). Efeitos da analgesia epidural no trabalho de parto: Haverá lugar para a PIEB (Programmed Intermittent Epidural Bolus)? – Artigo de Revisão. *Revista do Clube de Anestesia Regional-ESRA Portugal*, 74, 5-10;

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., Wilson, D., Keenan-Lindsay, L., & Sams, C. (2022). *Maternal Child Nursing Care in Canada* (3rd ed.). Langara College;

Pinto, T., Samorinha, C., Tendais, I., Silva, S. & Figueiredo, B. (2017). Antenatal paternal adjustment and paternal attitudes after infertility treatment. *Human Reproduction*, vol 33(1), 109–115. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29186413/>;

Posner, G. D., Dy, J., Black, A. & Jones, G. (2014). *Trabalho de Parto e Parto*. MacGraw Hill Education;

Ranjbar, F., Warmelink, J. C. & Gharacheh, M. (2020). Prenatal attachment in pregnancy following assisted reproductive technology: a literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, vol 38(1), 86-108. <https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/jm5huzej2j>;

Reis, I., Cunha, S., Martins, M., Sousa, L., Seixas, A. & Rasteiro, C. (2021). Cateterismo intermitente versus contínuo e diferenças na evolução do trabalho de parto: Revisão sistemática e meta-análise. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetria*, vol 43(12), 961-967. <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/L8Tj5m7PWtxrDj9ZqyCVYzs/?format=pdf&lang=en>;

Renzi, A., Solano, L., Trani, M., Ginobbi, F., Minutolo, E. & Tambelli, R. (2020). The effects of an expressive writing intervention on pregnancy rates,

alexithymia and psychophysical health during an assisted reproductive treatment. *Psychology & Health*, vol 35(6), 718-733.

<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/zxxht657wj>;

Rosenberg, M., Many, A. & Shinar, S. (2020). Risk factors for overt postpartum urinary retention — the effect of the number of catheterizations during labor.

*International Urogynecology Journal*, vol 31, 529-533.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-019-04010-y>;

Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul. Enfermagem*, vol 20(2).

<https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/>;

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2018). Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management. Green-top Guideline No. 27.<sup>a</sup>.

*BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*.

<https://www.rcog.org.uk/media/r1cpqapm/bjog-2018-jauniaux-placenta-praevia-and-placenta-accreta-diagnos.pdf>;

Salati, J., Leathersich, S., Williams, M., Cuthbert, A. & Tolosa, J. (2019). Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage.

*Cochrane Database Systematic Reviews*, vol 4(4).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31032882/>;

Santos, C., Marques, J., Carvalho, F., Fernandes, A., Henriques, A. & Moreira, K. (2012). Perceções de Enfermeiras Sobre a Assistência Prestada a Mulheres Diante do Óbito Fetal.

*Esc Anna Nery*, vol 16(2), 227-284.

<https://www.scielo.br/j/ean/a/bsQJvjcfSHxqSnchBhM8yGD/?format=pdf&lang=pt>;

Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. F. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel;

Silva, L. J. (2010). Luto em Neonatologia. *Acta Pediátrica Portuguesa*, vol 41(6), 281-284.

[https://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/25/20110411111808\\_Etica\\_Justo\\_da\\_Silva\\_L\\_41\\_6.pdf](https://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/25/20110411111808_Etica_Justo_da_Silva_L_41_6.pdf);

Silva, R. M. & Oliveira, A. C. (2017). Amniotomia e sua influência na duração do trabalho de parto: uma revisão integrativa. *Jornal de Enfermagem Obstétrica*, 9(2), 189-197;

Simkin, P. (2010). The Fetal Occiput, Posterior, Position: State of the Science and a New Perspective. *BIRTH*, vol 37, 61-71. [https://birthinmotion.com/wp-content/uploads/2022/02/The-fetal-occiput-posterior-position-state-of-the-science-and-a-new-perspective\\_simkin2010.pdf](https://birthinmotion.com/wp-content/uploads/2022/02/The-fetal-occiput-posterior-position-state-of-the-science-and-a-new-perspective_simkin2010.pdf);

Simkin, P. (2012). Powerful Labor: Using the Mind, Body, and Position to Ease Your Birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(3), 255-261;

Simkin, P. P. & O'hara, M. (2002). Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(5), 131-159. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12011879/>;

Smyth, R. M., Markham, C. & Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23780653/>;

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2023). Recomendação / Consenso. Cuidados Gerais ao Recém-Nascido Saudável. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Saud%C3%A1vel.pdf>;

Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (2021). Ocitocina no Trabalho de Parto – aceleração e indução. *Acta Obstetricia Ginecologia Portuguesa*, vol 15(3), 301-307. [https://www.fspog.org/images/editor2/19\\_norma\\_spommf\\_oxytocin\\_in\\_labor.pdf](https://www.fspog.org/images/editor2/19_norma_spommf_oxytocin_in_labor.pdf)

;

Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. (2018). Corticoterapia para Maturação Pulmonar Fetal: Normas de orientação. <https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2019/01/Corticoterapia-para-Matura%C3%A7%C3%A3o-Fetal-Pulmonar.pdf>;

Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. (2022). Maturação Cervical. Normas De Orientação Clínica SPOMMF. [https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2017/03/Norma\\_Matura%C3%A7%C3%A3o-Cervical.pdf](https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2017/03/Norma_Matura%C3%A7%C3%A3o-Cervical.pdf);

Souza, F. M. L. C., & Santos, W. N. (2019). Tecnologias apropriadas ao processo do trabalho de parto humanizado. *Enfermagem em Foco*, 10(3), 45-50. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2180>;

Stapleton, B., Linshaw, M., Hassanein, K. & Gruskin, A. (1978). Uric acid excretion in normal children. *The Journal of Pediatrics*, vol 92(6), 911-914. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002234767880359X>;

Swift, A., Reis, P. & Swanson, M. (2023). Comparing infertility-related stress, coping, and quality of life among assisted reproductive technology and non-assisted reproductive technology treatments. *Human Fertility*, vol 26(5), 1248-1255.

<https://research.ebsco.com/c/vucumc/search/details/nq6ucqdcxj?limiters=None&q=assisted%20reproduction%20treatments%20AND%20meaning>;

Taavoni, S., Sheikhan, F., Abdolahian, S. & Ghavi, F. (2016). Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, vol 24, 99-102. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1744388116300172>;

Taffs, L. Kerridge, I. & Lipworth, W. (2023). The silent world of assisted reproduction: A qualitative account of communication between doctors and patients undergoing in vitro fertilisation in Australia. *Health Expectations*, vol 26, 2340-2348. <https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/lbxuhindcj>;

Tanvisut, R., Trairisilp, K. & Tongsong, T. (2018). Efficacy of aromatherapy for reducing pain during labor: a randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, vol 297, 1145-1150. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-018-4700-1>;

Teixeira, M., Viegas, L., Santos, L., Santos, R., Correa, P., Pitombeira, P., Ribeiro, E., Santana, J., Vieira, B., Barbosa, V., Oliveira, R., Magalhães, R., Camargo, P., Silva, P., Oliveira, J., Torres, A., Soares, J., Amorim, L., Pereira, C. & Almeida, B. (2021). A assistência da enfermeira após perda perinatal: o luto após o parto. *Research, Society and Development*, vol 10(3). <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13106>;

The International Federation of Gynecology and Obstetrics (2015). FIGO Consensus Guidelines on Intrapartum Fetal Monitoring. *Internation Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol 131(1). [https://www.sigo.it/wp-content/uploads/2016/01/Linee-Guida-FIGO\\_Intrapartum-Fetal-Monitoring.pdf](https://www.sigo.it/wp-content/uploads/2016/01/Linee-Guida-FIGO_Intrapartum-Fetal-Monitoring.pdf);

Valadares, R., Alves, L. & Bezerra, M. (2021). A enfermagem no contexto da reprodução assistida: uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, vol 10(15);

Verhaak, C., Smeenk, J., Evers, A., Kremer, J., Kraaimaat, F. & Braat, D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, vol 13(1), 27-36. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16940360/>;

Walsh F. (2023). *Complex and traumatic loss. Fostering healing and resilience*. The Guilford press;

Yang, L., Yi, T., Zhou, M., Wang, C., Xu, X., Li, Y., Sun, Q., Lin, X., Li, J. & Meng, Z. (2020). Clinical effectiveness of position management and manual rotation of the fetal position with a U-shaped birth stool for vaginal delivery of a fetus in a persistent occiput posterior position. *Journal of International Medical Research*, vol 48(6). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7273577/>.