



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**NECESSIDADES EM CUIDADOS ESPECIALIZADOS
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA DE GRÁVIDAS APÓS O DIAGNÓSTICO
DE DOENÇA FETAL**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Luciana Filipa Noval Moreira

Porto, 2025

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

**NECESSIDADES EM CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA DE GRÁVIDAS APÓS O DIAGNÓSTICO DE
DOENÇA FETAL - Relatório de estágio profissional de desenvolvimento de
competências clínicas especializadas na área da Enfermagem de Saúde
Materna e Obstétrica.**

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

Porto, 2025

“Ninguém é tão sábio que não tenha algo para aprender, nem tão ignorante que não tenha algo pra ensinar.”

Blaise Pascal

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu filho, Gabriel. Pelas horas de atenção que amavelmente me cedeu para que fosse possível concretizar este objetivo.

Que seja fonte de inspiração para ti, a sonhares alto e a correres atrás do que te faz feliz. Amo-te.

AGRADECIMENTO

Findo este capítulo da minha vida, que escrevi ao longo dos últimos dois anos, é tempo de agradecer a todas e a todos os que tornaram o caminho até ao dia de hoje exequível.

A todas as professoras que contribuíram com o seu conhecimento para o meu processo de formação, em particular na pessoa da professora Doutora Alexandrina Cardoso, pela visão única com que ensina e pela capacidade que tem em inspirar a ser e a fazer melhor. Obrigada!

A todas as EE-ESMO que tutoraram os estágios que realizei ao longo deste percurso e respetivas equipas com as quais tive contacto, o meu mais sincero obrigada. Pela forma como me acolheram nos variados serviços, pelas aprendizagens que me proporcionaram e pela disponibilidade em diariamente contribuir de forma ativa para o sucesso da minha formação.

Às minhas companheiras de jornada, futuras EE-ESMO, obrigada por dois anos de companheirismo e amizade pura, esta experiência foi muito mais que um Mestrado e conto levar-vos para a vida. Bárbara, pelo teu sentido de humor, presença e apoio constante no caminho que percorremos juntas no segundo ano do Mestrado; Isabel, pela doçura de pessoa que és e pelo que rimos juntas, a tua espontaneidade ilumina quem te rodeia; Joana, pela tua simpatia, competência, rigor e empenho tens a minha mais profunda admiração; minha Olga, que dizer de ti ... melhor pessoa que alguma vez conheci, mais pura, mais doce, mais sensível e respeitadora do outro ... estarei aqui para te ver brilhar; por fim, mas não menos importante querida Sara, és exemplo de trabalho árduo, foco, perseverança, rigor e cumprimento, feliz de quem tem o privilégio de trabalhar contigo, ainda acredito ser possível virmos a trabalhar juntas ... e que coisas magníficas faríamos. Sou grata à vida e a este Mestrado por vos ter conhecido a todas, obrigada.

A todas as mulheres, pessoas significativas e recém-nascidos que tive o privilégio de cuidar, obrigada!

À minha mãe, o meu profundo agradecimento pela retaguarda e suporte com o meu filho, sem ti este caminho teria sido muito mais custoso.

Ao meu marido, pela enorme paciência que tem comigo, por se manter firme ao meu lado apoiando sempre os meus sonhos e objetivos, obrigada!

Ao meu filho, motivação maior, amor maior, obrigada por me teres ensinado a dar importância ao que de facto é importante, a relativizar o que não merece atenção e a valorizar a simplicidade das pequenas coisas. Fizeste-me crescer de uma forma que não imaginei ser possível, hoje sou uma pessoa melhor e com mais recursos para lidar com o que a vida me trouxe. É graças a ti que chego ao término de um projeto que só agora fez sentido acontecer. Que a minha presença menos constante neste período seja para ti um exemplo de determinação e foco em atingir com sucesso aquilo a que nos propomos. Como eu te digo sempre: só não consegues se não tentares! Obrigada, meu querido filho!

A todas e a todos o meu mais profundo e sincero agradecimento.

RESUMO

O presente relatório contempla o trabalho desenvolvido ao longo do estágio de natureza profissional, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que teve lugar num hospital de apoio perinatal diferenciado, entre os meses de outubro de 2024 e junho de 2025.

Aqui se explana uma visão sobre a conceção de cuidados na área da especialidade assente em três alicerces fundamentais: a competência profissional, a prática baseada na evidência e o respeito pela(o) cliente dos cuidados. Ao longo do presente relatório pretende-se evidenciar, a partir de quatro casos clínicos, que cada mulher é única, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se; a promoção de uma gravidez saudável é garantia para um parto fisiológico; o trabalho de parto fisiológico é a opção mais saudável para a mulher e feto/recém-nascido; a adoção de um paradigma centrado na promoção do “lidar com” em detrimento do “aliviar” a dor de trabalho de parto acrescentará de forma inequívoca contributos importantes para o empoderamento da mulher e que a comunicação clínica entre a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e a/o cliente dos cuidados constitui um fator crítico de sucesso. A descrição e reflexão crítica que cada caso suscitou foi pretexto para plasmar o modo como entendi o que é cuidar no âmbito da Saúde Materna e Obstétrica.

No que concerne ao desenvolvimento de competências na área de investigação, foi elaborada uma Revisão Narrativa da Literatura centrada nas necessidades em cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de grávidas após o diagnóstico de doença fetal. Os resultados evidenciam a falta de investimento nesta área, sendo escassa a evidência focada na mulher. Conhecer as necessidades das grávidas após o diagnóstico de doença fetal seria o ponto de partida para delinear uma estratégia de intervenção precoce e melhorar resultados em saúde para a díade.

Palavras-chave: Grávida; Necessidades de cuidados; Diagnóstico pré-natal; Anomalia fetal; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

ABSTRACT

This report presents the work developed throughout the professional internship carried out within the framework of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, held in a differentiated perinatal support hospital, between October 2024 and June 2025.

It provides a reflection on the conception of care within the specialty, grounded on three fundamental pillars: professional competence, evidence-based practice, and respect for the care recipient. The aim of this report is to demonstrate, through four clinical cases, that every woman is unique, endowed with inherent dignity and the right to self-determination; that the promotion of a healthy pregnancy is essential to ensure a physiological birth; that physiological labour is the safest and most beneficial option for both the woman and the fetus/newborn; that adopting a paradigm centred on promoting the ability to “cope with” rather than exclusively “relieve” labour pain represents a significant contribution to women's empowerment; and that clinical communication between the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing / Midwife and the care recipient is a critical success factor. The description and critical reflection prompted by each clinical case served as an opportunity to illustrate my understanding of what it means to care within the scope of Maternal and Obstetric Health.

Regarding the development of research competencies, a Narrative Literature Review was conducted focusing on the specialised care needs of pregnant women following a fetal disease diagnosis. The findings reveal a lack of investment in this field, with scarce evidence specifically centred on women's perspectives. Identifying and understanding the needs of pregnant women after a fetal disease diagnosis should therefore constitute the starting point for designing early intervention strategies aimed at improving health outcomes for the mother-infant dyad.

Keywords: Pregnant woman; Care needs; Prenatal diagnosis; Fetal anomaly; Midwife.

CHAVE DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AAP - American Academy of Pediatrics

ACNM - American College of Nurse-Midwives

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

ARRIVE - A Randomized Trial of Induction vs Expectant Management

CIDESI-ESEP - Centro de Investigação e Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto

CT- *Chlamydia Trachomatis*

CTG - Cardiotocografia

DGS - Direção-Geral da Saúde

DHDVK -Doença hemorrágica por défice de vitamina K

DPN - Diagnóstico pré-natal

ECTS - European Credit Transfer System

EE-ESMO - Enfermeira/o Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

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

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

NG - *Neisseria Gonorrhoeae*

NICE - National Institute for Clinical Excellence

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

ON - Oftalmia Neonatal

OT - Orientação Tutorial

PCC - Participantes/população, conceito, contexto

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

RDI - Reaction to Diagnosis Interview

RNL - Revisão Narrativa da Literatura

SCNF - Supportive Care Needs Framework

SMO - Saúde Materna e Obstétrica

SPN - Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SPOMMF - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-fetal

SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria

TEC - Transferência de Embriões Criopreservados

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	15
2. CUIDAR A MULHER COM GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	20
2.1. Contextualização do local de estágio	20
2.2. Conceção de cuidados	25
3. CUIDAR A MULHER NO PERÍODO PÓS-PARTO	45
3.1. Contextualização do local de estágio	45
3.2. Conceção de cuidados	52
4. CUIDAR A MULHER EM TRABALHO DE PARTO	71
4.1. Contextualização do local de estágio	71
4.2. Conceção de cuidados na assistência à mulher em período expulsivo e pós-parto imediato	81
4.3. Conceção de cuidados na assistência à mulher em trabalho de parto, desde a fase latente do primeiro estadio até à fase passiva do segundo estadio	97
5. NECESSIDADES EM CUIDADOS DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA DE GRÁVIDAS APÓS O DIAGNÓSTICO DE DOENÇA FETAL: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA..	122
6. CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	154
CONCLUSÃO	159
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	162

INTRODUÇÃO

O presente relatório está inserido no âmbito da unidade curricular de “Estágio de natureza profissional com relatório final”, do segundo ano do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

O curso de MESMO tem dupla função. Por um lado, habilita a/o enfermeira/o com o grau de Mestre, certificando que esta/este reúne as condições essenciais para realizar investigação. A atribuição do grau de mestre numa área de especialidade implica a demonstração, pelos estudantes, da capacidade de integração de conhecimentos, sua aplicação crítica, reflexão sobre as implicações e responsabilidades, capacidade de comunicação clara e objetiva das suas apreciações, dos conhecimentos e raciocínios subjacentes, em conformidade com o Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006). Por outro, habilita à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pela Ordem dos Enfermeiros (OE), se escolha pela opção de realização do Estágio de natureza profissional com relatório, em detrimento de outras opções incluídas no plano de estudo (dissertação ou trabalho de projeto).

Assim, o “Estágio de natureza profissional com relatório final” é uma unidade curricular anual com 45 ECTS (*European Credit Transfer System*) com uma carga total de trabalho do estudante estimada em 1260 horas. Estas horas englobam, para além das horas de contacto, horas para a realização de outras atividades necessárias ao desenvolvimento da unidade curricular como o estudo, a realização de trabalhos, bem como a redação do presente relatório. As horas de contacto têm um total de 830 horas, sendo 800 dessas horas destinadas a estágio e 30 a aulas de orientação tutorial (OT). As 800 horas de estágio estão organizadas em três módulos, correspondendo a internamento de grávidas/medicina materno-fetal, incluindo a consulta externa (200h), puerpério (100h) e bloco de partos (500h).

Constituem objetivos desta unidade curricular a promoção da responsabilização pessoal na construção dos itinerários e projetos de vida profissional, numa ótica de aprendizagem ao longo da vida e da promoção de um espírito empreendedor; a identificação de diagnósticos e implementação de intervenções de enfermagem especializadas centrados nas necessidades em cuidados da mulher com afeções ginecológicas, mulher/família na gravidez normal e com complicações, no trabalho de parto, no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco; a consolidação da capacidade para a resolução de problemas em contexto de multidisciplinaridade; a mobilização da evidência científica para a tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna, obstetrícia e ginecologia; a elaboração e discussão do relatório de estágio, colocando em evidência a relevância das competências adquiridas e experiências clínicas que contribuíram para o desenvolvimento de competências. É neste contexto que surge este relatório.

Este relatório tem como principal objetivo refletir de forma crítica e fundamentada sobre o percurso formativo desenvolvido durante o estágio, valorizando a integração dos saberes teóricos, práticos e ético-deontológicos inerentes à prestação de cuidados especializados à mulher, ao recém-nascido e à família ao longo do ciclo gravídico-puerperal. Pretende-se evidenciar o desenvolvimento progressivo de competências clínicas especializadas, sustentado na melhor evidência científica disponível e numa reflexão crítica.

O estágio de natureza profissional teve lugar numa instituição de apoio perinatal diferenciada, no período que decorreu entre os meses de outubro de 2024 e junho de 2025. A unidade orgânica de obstetrícia e medicina materno-fetal da referida instituição tem o estatuto de hospital de apoio perinatal diferenciado, é um centro de diagnóstico pré-natal homologado pela Direção-Geral da Saúde (DGS) e faz parte de um hospital de nível I com todas as valências diferenciadas.

Tendo em consideração a dimensão, as características do local de estágio e o seu nível de diferenciação é de salientar a riqueza e a diversidade das

experiências clínicas obtidas, bem como o crescimento pessoal e profissional que teve lugar durante esse período.

Enquanto estudante do MESMO, fui tutorada por Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO) com experiência profissional de vastos anos, que potenciaram a aquisição e consolidação de competências na área da especialidade (OE, 2019b; OE, 2024; PQCEESMO, 2021).

Também a heterogeneidade da população, cliente dos meus cuidados, contribuiu de forma fulcral para o desenvolvimento de competências específicas na área da especialidade. A enfermagem transcultural assume nos dias de hoje um papel absolutamente crucial na prestação de cuidados respeitosos e culturalmente sensíveis, tendo em linha de conta o número crescente de população migrante que necessita de cuidados de saúde materna e obstétrica no nosso país.

A metodologia utilizada na elaboração deste relatório assentou numa abordagem reflexiva e descritiva, com base na análise crítica das experiências vivenciadas ao longo do estágio, à luz dos referenciais teóricos, científicos e ético-legais que sustentam a prática especializada em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Para tal, recorreu-se à documentação clínica, aos registos e às anotações de campo, que permitiram recolher dados relevantes sobre os diagnósticos e as intervenções realizadas, os contextos assistenciais e os processos de tomada de decisão. A reflexão foi orientada pelos domínios de competência definidos pela Ordem dos Enfermeiros e pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO), bem como por modelos teóricos de Enfermagem, especificamente a teoria de médio-alcance de Afaf Meleis (Meleis et al., 2000). Esta metodologia permitiu uma análise integrada e crítica do percurso formativo, promovendo o desenvolvimento do pensamento crítico e a consolidação da identidade profissional.

No que concerne à sua estrutura, o relatório será apresentado em quatro partes fundamentais que se complementam e que estão intimamente ligadas.

Numa primeira parte será realizado um enquadramento conceptual no qual serão destacados os conceitos centrais da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica que constituíram verdadeiros pilares à minha formação e prática.

Posteriormente, na segunda parte, será explanado o desenvolvimento de competências especializadas em Saúde Materna e Obstétrica em três âmbitos: cuidar a mulher com gravidez com complicações (um caso clínico), cuidar a mulher no período pós-parto (um caso clínico) e cuidar a mulher em trabalho de parto (dois casos clínicos), pela ordem segundo a qual os estágios ocorreram. Para cada âmbito será feita uma descrição e análise crítica do contexto de estágio, nomeadamente no que concerne a recursos físicos/humanos e método de trabalho, a competências comuns do enfermeiro especialista e a competências do EE-ESMO, aos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, ao cálculo de dotações seguras nos cuidados de Saúde Materna e Obstétrica, acrescidos de outras orientações emanadas pela Ordem dos Enfermeiros que tenham pertinência ser consideradas em cada contexto. Apresenta-se o caso clínico e fundamentação da sua escolha, seguidos pela explanação da conceção de cuidados elaborada utilizando a Ontologia de Enfermagem.

A *Nursing Ontos*, desenvolvida pelo Centro de Investigação e Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto (CIDESI-ESEP), surge como estratégia de representação do conhecimento da Enfermagem que suporta a conceção e documentação dos cuidados de enfermagem com uma linguagem profissional própria. A *Nursing Ontos*, enquanto ontologia, visa representar o conhecimento de um conjunto de conceitos próprios da Enfermagem e do reconhecimento entre as suas relações mútuas. Em 2019, a versão um da *Nursing Ontos* foi adotada pela Ordem dos Enfermeiros, designada de Ontologia de Enfermagem. A Ontologia de Enfermagem sistematiza os dados, os diagnósticos, os objetivos e as intervenções, apoiando-se na melhor evidência científica, tendo como objetivo

a posterior comparação de dados, que utilizam a mesma linguagem traduzindo, por isso, indicadores mais fidedignos no que respeita aos cuidados prestados a cada pessoa (Ramos & Cardoso, 2022). O conhecimento evolui constantemente, por consequência pode afirmar-se que a Ontologia em Enfermagem nunca está terminada, acompanhando sempre a evolução do conhecimento e conceitos próprios da profissão. Em suma, “(. . .) a Ontologia de Enfermagem é guiada pela ideia de que é pela linguagem que o conhecimento se representa” (Cardoso et al., 2023a, p. 8).

Nos casos descritos, garante-se o anonimato de todos os clientes, sendo que todos os nomes utilizados são fictícios, por forma a proteger a sua identidade e os seus dados pessoais. O uso do nome próprio da pessoa nos cuidados de enfermagem, ainda que fictício, representa um elemento essencial para a construção e manutenção da relação terapêutica, sendo sustentado por princípios de comunicação terapêutica, empatia e respeito à individualidade. De facto, não usar uma letra ou um número, é uma forma de reconhecer a individualidade de cada pessoa de quem cuidei, a sua história e dignidade. Esta decisão válida, de algum modo, a forma como concebo os cuidados - a pessoa como protagonista do seu próprio processo de saúde, reforçando a sua autonomia, particularmente relevante em contextos como a gravidez, o parto e o pós-parto, onde as decisões devem ser partilhadas e informadas.

Na terceira parte será feita uma síntese da evidência por meio da revisão narrativa da literatura no que concerne às necessidades em cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica de grávidas após o diagnóstico de doença fetal. Salientando-se a problemática, a estratégia de pesquisa e análise, principais resultados e implicações para a prática.

Por fim, será realizada uma análise critico-reflexiva sobre o processo de desenvolvimento de competências em cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A visão dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) tem como pilares fundamentais a competência profissional, a prática baseada na evidência e o respeito pela (o) cliente dos cuidados, naqueles que são os seus processos corporais e psicológicos, ações e projeto(s) de saúde (PQCEESMO, 2021).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2016) a maioria das gravidezes é considerada de “baixo risco”. Assim, torna-se absolutamente crucial que esta seja entendida como um evento fisiológico, significativo na vida das mulheres e que, regra geral, tem uma evolução no sentido da obtenção de resultados bem-sucedidos.

Nesta perspetiva, este período da vida da mulher deve ser visto por ela como parte integrante de uma experiência de vida saudável, que contempla mudanças físicas, sociais e emocionais dinâmicas. Assim, urge mudar o paradigma também junto dos profissionais de saúde que dela cuidam. E é neste sentido que se acredita que a EE-ESMO é o profissional de saúde mais bem preparado para assegurar os cuidados nesta fase, que se sabe ser de transição desenvolvimental, com uma visão assente na promoção da saúde durante a gravidez, parto e pós-parto (OMS, 2016; PQCEESMO, 2021).

Os benefícios associados aos cuidados das EE-ESMO, tendo como referencial o American College of Nurse-Midwives (ACNM), são inúmeros e estão devidamente documentados, desde logo a:

“ (. . .) maior probabilidade de trabalho de parto espontâneo; maior percentagem de uso de estratégias não-farmacológicas para lidar com a dor; maior percentagem de partos eutócicos; maior percentagem de recém-nascidos com adequada adaptação à vida extrauterina; maior percentagem de partos de termo; maior percentagem de períneos íntegros; aumento da probabilidade de um início positivo na

amamentação o que consequentemente irá contribuir de forma substancial para maior probabilidade de satisfação com a experiência do parto; menor probabilidade de desenvolver depressão pós-parto; maior probabilidade de alcançar a mestria nas competências parentais; maior probabilidade de satisfação com o papel de mãe/papel de pai; maior probabilidade de equilíbrio entre parentalidade e conjugalidade; maior satisfação com a qualidade dos cuidados e um menor custo (menor uso de tecnologia, equipamentos e materiais, recursos humanos, medicação, etc)” (Cardoso et al., 2023b, p. 14).

Assim, nesta linha de pensamento, a mulher encontra-se no centro dos cuidados das EE-ESMO, é na saúde da mulher e ao longo de todo o seu ciclo vital que esta intervém, não só ao nível da saúde reprodutiva, mas também sexual e ginecológica (Cardoso et al., 2023b). Não obstante, é reconhecido que a resposta da mulher às mudanças que decorrem da gravidez, parto e pós-parto é influenciada de forma preponderante por fatores individuais, sociais e ambientais, sendo que dos fatores sociais se destaca a importância das pessoas que lhe são significativas, em especial o pai do(a) bebé, que por conseguinte, deve ser entendido como cliente dos cuidados enquanto casal grávido “(. . .) com necessidades próprias e individuais, mas que partilham o projeto de parentalidade e conjugalidade” (PQCEESMO, 2021, p. 5).

Segundo Meleis e colaboradores (2000), durante a vida, as pessoas são confrontadas com processos de transição os quais podem ser assentes em processos de saúde-doença e/ou processos de vida que implicam várias mudanças e adaptações resultantes de condições pessoais e ambientais adquiridas ao longo do tempo. A EE-ESMO, na sua área específica do conhecimento, desempenha um papel ativo na transição, na medida em que constitui um elemento-chave para a adaptação da pessoa à nova condição de saúde/processo, empoderando-a através da melhoria do conhecimento e/ou da

capacidade e/ou da autoeficácia e/ou da consciencialização e/ou da reformulação dos significados dificultadores no sentido de evoluir para a mestria e identidade integradora fluida (Meleis et al., 2000; Ramos & Cardoso, 2022).

Assim, a EE-ESMO tem como missão ser agente facilitador de transições (Meleis et al., 2000), com a capacidade de ver a mulher como um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. A autodeterminação, em si, é um exponencial contributo para a pessoa se sentir mais saudável, ao dar a oportunidade de tomar decisões informadas, em parceria com a EE-ESMO, relativas aos cuidados recomendados. Promovem-se assim decisões livres e esclarecidas elencadas em informações baseadas em evidência e adaptadas às necessidades individuais (Cardoso et al., 2023b).

Ao longo do presente relatório será reiterada ao expoente máximo a premissa de que a gravidez é um processo fisiológico, se assim não fosse já nos teríamos extinguido, seguramente, enquanto espécie. Esta afirmação reforça que a continuidade da espécie humana depende precisamente da capacidade natural do corpo da mulher para conceber, desenvolver, de parir e de nutrir um bebé. Esta visão não exclui o acompanhamento e a intervenção sempre que necessária. Reitero, quando necessário.

Pese embora a gravidez não ser doença, a maioria dos estudos sobre gravidez adota uma perspetiva biomédica como consequência da predominância do conceito obstétrico de “risco”. Neste sentido, existe a tendência de olhar a gravidez e o parto como processos “perigosos”, só podendo ser considerados “não patológicos” numa ótica retrospectiva (Mead, 2008; OMS, 1997).

Desta forma, o desafio que se coloca na atualidade é olhar a gravidez como um processo fisiológico ou normal, até que se prove o contrário. Mesmo porque, segundo a OMS (1948), saúde não é apenas a ausência de doença, mas sim a percepção de perfeito bem-estar físico, mental e social. Esta ótica, que à época era visionária, é neste momento redutora para descrever o conceito de saúde. Em particular durante a gravidez, é possível experienciar situações

desagradáveis que apenas constituem um sinal de saúde. Assim, saúde pode não significar estar sempre “feliz”, da mesma forma que ter fatores de risco não significa não ser saudável (Cardoso et al., 2023b).

Mesmo na presença de patologia, os recursos da fisiologia estão sempre patentes e cabe à EE-ESMO ajudar a mulher a sentir-se saudável, usando esses recursos para promover a saúde. A forma como a saúde é percebida pode determinar a forma como a mulher lida com a mesma, a saúde é dela e de mais ninguém. Quando se cuida a mulher grávida importa dar primazia aos fatores de saúde e aos recursos internos e não apenas e somente aos fatores de risco (Cardoso et al., 2023b).

Por seu turno, e complementarmente, a comunicação clínica entre EE-ESMO e cliente(s) constitui um fator crítico de sucesso, sendo que os resultados em saúde são altamente dependentes de uma comunicação eficaz (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2014). A forma como se interage com a grávida e pessoa significativa possibilita uma adequada recolha de dados, através da qual é possível formular diagnósticos com intervenções associadas que respondem à especificidade das necessidades dessa díade potenciando os resultados em saúde. “O estabelecimento de relações adequadas leva ao envolvimento ativo dos clientes no processo de cuidar, reduz os níveis de ansiedade e melhora a adesão às recomendações” (Cardoso et al., 2023b, p.17).

No decurso dos estágios que realizei, e tendo em conta as características do local onde estes tiveram lugar, foi um desafio aplicar com consistência e coerência os conceitos que mencionei até aqui. Diariamente, o empenho foi grande em defender aquilo em que acredito e a qualidade dos cuidados que quero prestar quando me tornar EE-ESMO, em consonância com a melhor evidência disponível.

Cedo aprendi que saber adequar o nosso cuidado às necessidades das mulheres de quem cuidamos é um exercício diário, um exercício desafiante, de reflexão sobre os cuidados, de não nos deixarmos cair nas rotinas e nos protocolos, de sabermos os limites da nossa autonomia na presença de “patologia”, mas de

assumirmos as nossas responsabilidades perante a fisiologia no âmbito da gravidez de baixo risco. Não perder a capacidade de nos questionarmos sobre a prática, o porquê das mais simples coisas, de respeitar a mulher e a pessoa significativa naquele que é o seu projeto de parentalidade contribuindo, ao limite das nossas competências, para proporcionar decisões livres e esclarecidas. Num tempo de tantas formas de informação, infelizmente a desinformação, consciente ou inconsciente, parece antagonicamente crescer par a par. Acredito que temos nas nossas mãos o poder, e o dever, de promover decisões informadas que constituem um recurso e uma garantia de acesso à melhor prática: a prática baseada na evidência.

2. CUIDAR A MULHER COM GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

2.1. Contextualização do local de estágio

O estágio de internamento de grávidas/medicina materno-fetal decorreu num período de seis semanas com o total de 200h de contacto, ao longo das quais tive a oportunidade de adquirir conhecimentos e refletir sobre a prática, tendo estado perante experiências riquíssimas que em muito contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista e em particular na área da especialidade de saúde materna e obstétrica.

Segundo o regulamento nº 140/2019 das competências comuns do enfermeiro especialista:

“(. . .) este demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional, (. . .) alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente (. . .)” (OE, 2019a, p. 4749).

De acordo com o regulamento n.º 391/2019 das competências do EE-ESMO, este“(. . .) cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal (. . .)” (OE, 2019b, p.13562). Segundo o mesmo regulamento, a EE-ESMO:

“(. . .) concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na

vivência da gravidez, bem como (. . .) informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco e (. . .) identifica e monitoriza a saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados” (OE, 2019b, p.13562).

No que aos PQCEESMO diz respeito, a relação terapêutica entre a EE-ESMO e o cliente dos seus cuidados é:

“(. . .) um dos elementos centrais para que a(o) cliente seja proactiva(o) na promoção da sua saúde, na prevenção da doença e na adaptação às novas circunstâncias de vida/processos. Um outro elemento-chave é o domínio de competências para responder às necessidades específicas de cada cliente, em cada momento e contexto de cuidados” (PQCEESMO, 2021, p. 5).

Está ainda salvaguardado no estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no que concerne à humanização dos cuidados, que o enfermeiro assume o dever de dar atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa (OE, 2024).

Acredito que os aspetos acima referidos e que, no fundo, compilam uma série de orientações emanadas pela OE sobre a prática e o exercício profissional de enfermagem nos seus mais diversificados contextos da prática, traduzem, em traços gerais, a minha conduta e linha de pensamento durante este estágio tendo constituído o cerne dos meus cuidados nesta área de intervenção.

A nível da estrutura física, o serviço de medicina materno-fetal, dispõe de dezasseis camas, distribuídas por cinco enfermarias: uma de duas camas; três de três camas; uma de quatro camas e um quarto individual, que é utilizado preferencialmente em casos de necessidade de isolamento ou de maior privacidade, como por exemplo nos casos de interrupção médica da gravidez.

De uma forma geral, as primeiras seis camas estão habitualmente destinadas a internamento de grávidas com complicações, as quatro camas seguintes são atribuídas a grávidas internadas para indução do trabalho de parto e as seis últimas podem ser alocadas a puérperas (na sua maioria com recém-nascidos internados no serviço de Neonatologia), a mulheres em processo de abortamento ou interrupção médica da gravidez. Esta distribuição traduz um cuidado diário das EE-ESMO em proporcionar o espaço adequado às necessidades de cada mulher, tendo em conta o motivo do internamento, havendo o cuidado de separar puérperas com recém-nascidos internados em Neonatologia das que se encontram em alojamento conjunto com os seus bebés, numa tentativa de contribuir para o bem-estar das mesmas e sua saúde mental. Sendo que, na mesma ótica, as que estão a passar por um processo de abortamento ou de interrupção médica da gravidez também são resguardadas do meio envolvente, propiciando um ambiente de maior privacidade e intimidade tendo em conta o processo pelo qual estão a passar.

Cada unidade destinada ao uso individual da grávida possui um aparelho de cardiotocografia (CTG) junto da respetiva cama, constituindo um meio adicional de avaliação do bem-estar fetal ao dispor das EE-ESMO. No entanto, o referido aparelho apenas possibilita a monitorização com fios, o que limita muito a mobilidade das mulheres, em particular quando estão monitorizadas por períodos mais longos e contínuos como é o caso das induções de trabalho de parto. Cada enfermaria dispõe de uma casa de banho com chuveiro para uso exclusivo das grávidas internadas.

O serviço é ainda dotado de uma sala de exames com ecógrafo, utilizada para avaliação de grávidas/fetos, bem como para realização de procedimentos invasivos como amniocenteses/amniodrenagens e interrupções médicas da gravidez com recurso a feticídio.

Outra reflexão que desta experiência adveio foi a de que, em caso de emergência obstétrica, a transferência da grávida para o bloco de partos pode ser mais demorada que o desejável por este se encontrar no piso inferior e o seu acesso não ser direto, apesar de próximo. Há uma chave que bloqueia o

elevador para acesso direto em caso de emergência, mas pode não ser suficiente. Acredito que faria todo o sentido ter um serviço de medicina materno-fetal contíguo à sala de partos por forma a assegurar uma pronta e eficaz intervenção. Em bom rigor, o ideal seria existir uma unidade de obstetrícia com todas as valências reunidas no mesmo local.

Os recursos humanos de que o serviço dispõe adequam-se à lotação do mesmo, pelo que, regra geral, são alocados dois a três EE-ESMO, sendo que o terceiro elemento habitualmente é partilhado com o serviço de puerpério.

No Parecer n.º 43/2019 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), está descrito que a dotação segura de EE-ESMO no internamento de medicina-fetal é de um para cada três grávidas de alto risco e um para cada seis grávidas de médio risco. Está ainda descrito, que em casos de indução de trabalho de parto, é considerado seguro o rácio de um para três (MCEESMO, 2019).

Refletindo sobre estas orientações é inevitável a constatação de que no contexto da prática os rácios não correspondem aos contemplados no referido parecer, o que evidencia a premente necessidade de dotar o serviço de mais EE-ESMO, por forma a prestar cuidados de saúde seguros, particularmente no que toca a unidades hospitalares de fim de linha que assistem grávidas de alto risco com muita regularidade. Foi possível constatar que é diária a dificuldade na gestão dos cuidados tendo em linha de conta o elevado número de induções de trabalho de parto agendadas diariamente. Apesar de constituir uma medida, que ainda assim não cumpre os rácios supracitados, existe uma tentativa de atribuir uma EE-ESMO exclusivamente à “sala de indução”, mas nem sempre isso é possível. Diversas vezes foram alocadas a outras enfermarias mais grávidas para indução de trabalho de parto o que coloca em causa, de forma inequívoca, a qualidade dos cuidados e a segurança destas mulheres e seus bebés.

No que ao método de trabalho diz respeito este é individual, no entanto, a medicação é sempre preparada por duas EE-ESMO e confirmada duas vezes por

turno por estes profissionais. Isto porque, frequentemente, eram efetuadas alterações na medicação prescrita que não eram comunicadas à equipa de enfermagem, só vindo a ser detetadas no turno seguinte. Esta situação era particularmente frequente nos casos de grávidas acompanhadas por outras especialidades (como endocrinologia, por exemplo), que consultavam os resultados de análises e procediam a alterações de terapêutica à distância, registando apenas em diário médico, mas sem ver as clientes nem o comunicar à equipa de enfermagem, que é a responsável pela sua preparação e administração, o que, naturalmente causava inúmeros constrangimentos. Assim, cada EE-ESMO está alocada a determinadas camas, mas pelas particularidades do serviço que já foram enunciadas, o trabalho é sempre realizado em equipa, pelo que em cada turno, todas as EE-ESMO estão absolutamente envolvidas nos cuidados prestados às mulheres ali internadas, o que assume particular importância na vigilância dos traçados cardiotocográficos de grávidas em indução de trabalho de parto, por exemplo.

No que concerne ao horário de visitas, este é restrito entre as 11 e as 23 horas, pelo que não é permitida a presença da pessoa significativa durante o período da noite. Este facto faz com que, em particular nos casos de grávidas em indução de trabalho de parto, haja uma dualidade de critérios mediante o local onde esta se encontre, pois se a indução de trabalho de parto tiver lugar na sala de partos aí sim já é permitida a sua presença 24 horas por dia. De qualquer forma, este deveria ser um direito salvaguardado independentemente do motivo do internamento ou local onde este ocorra.

Uma vez que o referido estágio decorreu num hospital terciário, a experiência que foi possível vivenciar foi de uma riqueza indescritível, não só pela complexidade dos casos, mas também pelo enorme desafio que foi cuidar estas mulheres para além da sua patologia.

No âmbito da assistência à grávida com gravidez com complicações foram variados os motivos de internamento, dos quais destaco a título de exemplo: pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, placenta prévia, vasa prévia, prolapso de membranas, insuficiência cervical (com posterior ciclorrafia), gestação gemelar

(nomeadamente monocoriónica/monoamniótica com entrelaçamento dos cordões), ameaça de parto pré-termo, colestase gravídica. Tive a oportunidade de observar técnicas invasivas como amniocentese, amniodrenagens e uma interrupção médica da gravidez com recurso a feticídio. No que concerne aos internamentos para indução do trabalho de parto tive a oportunidade de cuidar de grávidas cujo trabalho de parto foi induzido com recurso a diferentes métodos como: sonda de Foley, misoprostol, dinoprostona e ocitocina. Alguns trabalhos de parto eram induzidos devido a complicações, outros sem indicação clínica óbvia (gravidezes de baixo risco), sendo que nesses casos não me pude aperceber de um padrão, nem no que concerne à idade gestacional nem à paridade. O que me fez refletir sobre a prática, uma vez que foi possível constatar a implementação de uma cascata de intervenções daí decorrentes que, não raras vezes, culminou com partos distócicos por ventosa ou cesarianas, o que em nada contribui para uma experiência de parto positiva para estas mulheres e seus bebés.

2.2. Conceção de cuidados

No decorrer deste estágio foram inúmeros os casos com os quais tive contacto, uns de uma forma mais intensa e aprofundada, outros menos, uns por um período mais longo outros mais breve.

Assim, na impossibilidade de reproduzir de uma forma exaustiva e completa todas as experiências e competências adquiridas em cada um, foi escolhido um caso que ilustra a conceção de cuidados que esteve na base da minha prática ao longo deste estágio e que agora é apresentado.

A Catarina tinha 36 anos e apresentava uma gestação por Transferência de Embriões Criopreservados (TEC) com 31 semanas e dois dias. Esta era a sua segunda gravidez, tinha apresentado um aborto espontâneo anterior, o seu grupo sanguíneo era O Rh⁺ e apresentava história de um carcinoma papilar, com tireoidectomia total - sob Eutirox 137mcg, que geria de forma autónoma no

internamento. Sem alergias conhecidas, encontrava-se internada para vigilância materno-fetal devido ao diagnóstico de colestase gravídica e para maturação pulmonar fetal para terminação da gravidez pelas 32 semanas, apresentava concomitantemente placenta prévia central total e polihidrâmnios ideopático. Apresentava feto único, do sexo masculino, que se iria chamar Martim.

Os contactos realizados com esta mulher foram diversos, estabelecidos ao longo de diferentes dias/turnos e três internamentos distintos. O motivo pelo qual foi escolhido este caso, e não outro, prende-se com o facto de considerar que neste foi possível atingir uma qualidade de cuidados de referência, que em muito transcende a mera execução de intervenções resultantes de prescrição, que cuida a mulher grávida na sua essência e não como um meio para atingir um fim, que cuida em vez de apenas tratar, que vê em vez de apenas olhar.

Para o propósito específico deste relatório e por uma questão de simplicidade na sua explanação o caso vai ser apresentado em apenas um momento, referente a um turno da tarde do último internamento da Catarina, que, no seu cerne, ilustra a conceção de cuidados e sua implementação ao longo de diversos dias de contacto em contexto de três internamentos distintos, como já foi referido.

Tendo em consideração que a Catarina foi sujeita a diversos internamentos devido a colestase gravídica e que, como já foi mencionado, apresenta placenta prévia e polihidrâmnios, senti a necessidade de aprofundar o meu conhecimento sobre estas três condições clínicas, no sentido de compreender de uma forma mais rigorosa o estado de saúde da Catarina e do seu Martim. Assim, procedi à pesquisa de evidência que sustentasse a minha conceção de cuidados para esta díade e que seguidamente apresento.

Durante a gravidez, ocorrem inúmeras mudanças anatómicas e fisiológicas no corpo da mulher por forma a assegurar as melhores condições possíveis para o crescimento e desenvolvimento do feto. Todos os sistemas e órgãos adaptam as suas funções para garantir uma gravidez saudável. Durante este período,

constata-se um aumento da necessidade de aporte de diversas substâncias como ácido fólico, vitamina B12 e ferro. Um aumento do volume de sangue circulante, bem como alterações em inúmeros marcadores hematológicos e bioquímicos também é observada, resultante das alterações na função de diferentes órgãos (Piechota & Jelski, 2020).

O fígado é um órgão que adapta o seu metabolismo por forma a suprir as necessidades específicas do feto em crescimento em cada fase. O metabolismo da glicose também se altera devido às mudanças na sensibilidade à insulina e glucogénese aumentada. O aumento da resistência à insulina e as mudanças hormonais desencadeiam também mudanças no metabolismo lipídico materno. Outra função hepática que também se altera no decurso da gravidez é a circulação da biliar e o progressivo aumento do nível de ácidos biliares totais no sangue, este aumento geralmente é moderado e mantém-se dentro dos valores de referência (Piechota & Jelski, 2020).

O reconhecimento da colestase gravídica remonta a séculos atrás, com os primeiros registos da manifestação clínica e riscos associados, no entanto, só na segunda metade do século XX se fizeram avanços significativos no conhecimento sobre a sua fisiopatologia e tratamento (Waheed et al., 2023).

A colestase gravídica é uma patologia do foro hepático, autolimitada à gravidez e que se resolve nas duas a três semanas pós-parto. É caracterizada por um compromisso na circulação da biliar, que resulta num aumento dos níveis de ácidos biliares na corrente sanguínea materna. Geralmente manifesta-se no terceiro trimestre de gravidez, no entanto há registo de casos em que surge entre as seis e as dez semanas. Está associada a importantes complicações materno-fetais, tais como: parto pré-termo (antes das 37 semanas), compromisso do bem-estar fetal e morte *in utero* (Waheed et al., 2023; Williamson & Geenes, 2014).

A sua etiopatogenia ainda não está completamente estabelecida. Porém, as alterações hormonais características da gravidez, juntamente com alguns

fatores ambientais, numa grávida geneticamente predisposta, parecem ser a base para o desenvolvimento da colestase gravídica (Rodrigues, 2021).

A manifestação clínica típica da colestase gravídica caracteriza-se por intenso prurido sem lesões cutâneas (podem existir, mas relacionadas com o ato de coçar), que se pode manifestar de uma forma generalizada por todo o corpo, mas que tipicamente afeta particularmente a palma das mãos e a planta dos pés, este prurido tende a ser mais exacerbado durante a noite, pelo que pode comprometer severamente a qualidade de vida da grávida. Pode ainda ocorrer icterícia, náusea, perda de apetite, presença de fezes moles ou diarreia de cheiro fétido e desconforto no hipocôndrio direito. Na sua forma mais severa pode conduzir à presença de líquido amniótico com mecónio (o que indica sofrimento fetal), bradicardia fetal e no limite a morte fetal (Waheed et al., 2023).

O prognóstico materno é bom, no entanto, não é de descurar uma possível doença hepática subjacente, em particular se os valores de ácidos hepáticos não reduzirem para valores normais com o término da gravidez. Apesar da gravidade, evidência demonstra uma marcada descida na incidência de complicações fetais, possivelmente devido ao aumento do conhecimento sobre a patologia, acompanhamento e uma correta gestão em centros especializados (Pusl & Beuers, 2007).

No caso específico da Catarina, tendo em conta a sua história familiar, foi dado início a um estudo direcionado a patologia biliar/hepática de etiologia autoimune, que teve resultados parciais positivos, pelo que se planeou início de corticoterapia para maturação pulmonar às 31 semanas para terminação da gravidez pelas 32 semanas.

Paralelamente a este diagnóstico que motivou o internamento, a Catarina apresenta concomitantemente polihidrâmnios e placenta prévia.

O líquido amniótico permite um normal desenvolvimento fetal, nomeadamente dos sistemas respiratório, musculoesquelético, gastrointestinal e urinário

durante a gravidez enquanto mantém um crescimento fetal num ambiente termicamente estável (Pariente et al., 2020).

Polihidrâmnios é caracterizado por um aumento do volume de líquido amniótico e surge em 1 a 3% das gravidezes. Após o diagnóstico, é recomendado um estudo minucioso da anatomia fetal por via ecográfica, ecocardiograma fetal, prova de tolerância à glicose oral, serologia para despiste de infeções virais, estudo genético e amniocentese (Sgayer et al., 2024).

No caso da Catarina o polihidrâmnios é de natureza idiopática, a literatura diz-nos que este se verifica em 50-60% dos casos de polihidrâmnios estando associado a desfechos adversos (Sgayer et al., 2024).

A presença de polihidrâmnios está associada a maior ocorrência de cesarianas emergentes, sofrimento fetal e admissão em cuidados intensivos neonatais. Alguns autores reportam um aumento do risco de macrosomia e baixo índice de Apgar ao 1º e ao 5º minuto (Sgayer et al., 2024).

O aumento de pressão causada pelo líquido amniótico pode comprometer a perfusão uteroplacentar, a distensão uterina exacerbada aumenta a pressão uterina e comprime os vasos sanguíneos comprometendo potencialmente a perfusão uteroplacentar que, consequentemente, pode contribuir para a redução do aporte de oxigénio e nutrientes ao cérebro do feto (Sgayer et al., 2024).

Assim, polihidrâmnios moderado a severo está associado a anomalias diagnosticadas após o nascimento, existindo um elevado risco de comprometimento neurodesenvolvimental, alterações genéticas e atresias gastrointestinais (Gürel et al., 2024).

No que diz respeito ao diagnóstico de placenta prévia, esta define-se como uma placenta que recobre o orifício cervical interno ou que está próxima do mesmo. A placenta insere-se habitualmente no segmento superior do útero, nos casos de placenta prévia a mesma implanta-se completa ou parcialmente no segmento inferior do útero. Tradicionalmente pode ser categorizada em quatro

tipos: placenta prévia completa, parcial, marginal ou de inserção baixa (Oyelese & Smulian, 2006).

No caso da Catarina, a placenta encontra-se a recobrir na sua totalidade o orifício cervical interno, pelo que é denominada como placenta prévia central total.

Tecido placentar que recobre o orifício cervical interno após as 20 semanas de gestação, condição denominada então por placenta prévia, ocorre aproximadamente uma em cada 200-390 gravidezes. Esta complicação obstétrica está associada a elevado risco de hemorragia materna e potencial histerectomia emergente peri-parto por forma a salvar a vida materna. Pela raridade e severidade dos casos de placenta prévia, implica que o seu acompanhamento e gestão seja feito em hospitais terciários que podem oferecer os melhores cuidados e vigilâncias (Daskalakis et al., 2011).

Estudos revelaram que a elevada taxa de mortalidade perinatal em casos de placenta prévia está associada primeiramente à prematuridade, podendo a mesma ser reduzida consideravelmente com uma abordagem expectante e terminação da gravidez o mais próximo do termo possível (Oyelese & Smulian, 2006).

Os riscos associados à placenta prévia têm repercussões maternas e fetais das quais se destacam a hemorragia massiva, a prematuridade e o aumento da morbilidade e mortalidade perinatais. É uma condição que implica de forma perentória a terminação da gravidez por cesariana.

Segundo Barber e colaboradores (2023), a placenta prévia é mais prevalente em casos de fertilização *in vitro*, com um risco aumentado de três a seis vezes quando comparada com gravidezes espontâneas. A etiologia para este risco aumentado não está esclarecida, mas pode estar relacionada com meios de reprodução assistida efetuados ou características de subfertilidade que levaram a este tipo de tratamentos (Barber et al., 2023).

Feita esta nota introdutória, que ilustra o meu empenho em conhecer e compreender o estado clínico da Catarina, segue-se então a explanação da

conceção de cuidados dirigida às suas necessidades neste terceiro internamento em particular.

No início deste turno da tarde, dirigi-me junto da Catarina, cumprimentando-a (visto já nos conhecermos de internamentos anteriores) e perguntando-lhe como se sentia, como estava a ser para ela regressar ao hospital. Ao que esta respondeu “Estou bem enfermeira, estar internada várias vezes tem a vantagem de rever sempre caras conhecidas como a sua, ninguém gosta de estar internado, mas aqui também me acabo por sentir mais segura e vigiada”.

A gravidez de alto risco é uma condição clínica que representa um período crítico para a mulher e sua família. Envolve o lidar com um diagnóstico que é, geralmente, inesperado e que implica que a saúde, e por vezes a vida, do bebé e/ou da mãe esteja em risco. Alguns diagnósticos requerem internamento materno, uma mudança que separa a mulher do restante núcleo familiar e interrompe as suas atividades. Sentimentos de vulnerabilidade, insegurança, solidão e incompetência, baixa-auto-estima associada à ausência de uma gravidez saudável e preocupações sobre o nascimento do bebé são sentimentos partilhados frequentemente por grávidas de alto risco (Palma et al., 2021).

Alguns autores defendem que quanto mais longo é o período de hospitalização pré-natal, maior é o nível de stresse no pós-parto em casos de parto pré-termo. Outros autores defendem que a hospitalização da mulher irá afetar a sua vida independentemente da duração do internamento (Palma et al., 2021).

O estado emocional da mãe enquanto internada está intimamente ligado com a sua representação mental do bebé, o que pode influenciar a sua ligação com o mesmo (Palma et al., 2021).

Embora haja clara evidência de que a hospitalização em casos de gravidez de alto risco gera emoções negativas como ansiedade e depressão, não é claro se a ligação mãe-bebé também é afetada da mesma forma (Palma et al., 2021).

A evidência neste âmbito é ambígua, alguns estudos referem que grávidas que apresentam gravidezes com complicações demonstram níveis mais baixos de

ligação com o bebé quando comparadas com grávidas com gravidezes saudáveis. Outros há que defendem não existir esta correlação (Palma et al., 2021).

No caso específico da Catarina, tendo em conta que foi uma gestação por TEC, houve algo em particular que me fez refletir. Esta gestação era para a Catarina e para o marido a realização de um sonho há muito esperado e que envolveu, de ambas as partes, uma dedicação e empenho absolutamente estoicos para a sua concretização, pelo que foi de notar que nada para esta mulher era um sacrifício ou uma limitação pessoal. Era evidente que todos os esforços eram no sentido de adotar comportamentos de procura de saúde e cooperar com todos os cuidados e procedimentos necessários para que o seu bebé nascesse nas melhores condições possíveis. Foram tempos desafiantes, mas plenos de amor neste projeto de constituir família a três. Sendo possível constatar que, apesar de tudo, a Catarina se manteve sempre capaz de ver o lado positivo, o lado bom, de cada experiência pela qual passou.

Assim, o domínio comportamentos de ligação mãe-filho foi sempre alvo de atenção da minha parte, sendo o meu primordial objetivo determinar a evolução da mesma, neste caso, com o privilégio de o poder fazer no contexto de três internamentos distintos. Nos variados contactos que tive a oportunidade de estabelecer com esta mulher, colhi alguns dados de relevo que me permitiram inferir depois um diagnóstico. Deste modo, pude constatar que a Catarina se referia ao bebé pelo nome; acariciava o abdómen com cuidado e afeto; reagia com um sorriso enternecido quando ouvia os batimentos cardíacos do seu bebé ou sentia os seus movimentos; questionava frequentemente a equipa que a acompanhava se estava tudo bem com o seu bebé, particularmente após realização de ecografias e monitorização do bem-estar fetal por meio de CTG; cooperava e participava em todos os cuidados de saúde necessários, evidenciando constantemente comportamentos de procura de saúde. Tendo em consideração os dados que acabei de enunciar, identifiquei o diagnóstico de ligação mãe-filho facilitadora, que merecendo a dedicação do meu olhar não careceu da minha intervenção enquanto futura EE-ESMO.

Tendo em consideração que a Catarina se encontrava grávida de 31 semanas e dois dias, o domínio gestação foi inequivocamente parte integrante da minha intervenção enquanto futura EE-ESMO, tendo identificado o diagnóstico de gravidez, com data da última menstruação de 02/05/2024.

A gestação é um processo corporal que se desenvolve no corpo da mulher no sentido de gerar um novo ser humano. É o período durante o qual a mulher e as pessoas que lhe são significativas se ajustam à gravidez e à ideia de que se avizinham novos desafios, o tornar-se mãe e o tornar-se pai começa quando um óvulo é fecundado por um espermatozoide e termina com o trabalho de parto (Cardoso, 2011).

É um fenómeno dinâmico e multidimensional para a mulher, para o seu companheiro e para os seus familiares, devido às características clínicas, sociais, culturais e representacionais. Significa, no universo familiar, um processo transformador, envolvido por expectativas, anseios e inseguranças perante o que será vivenciado e pela aquisição de novos papéis e responsabilidades (Cabral et al., 2018).

De acordo com o International Council of Nurses (ICN), gravidez é:

“(. . .) um processo do sistema reprodutor: condição de desenvolver e nutrir um feto no corpo, com duração de aproximadamente 266 dias, desde a fecundação ao nascimento; a gravidez é normal, saudável, mas que implica alterações rápidas e inevitáveis nas funções corporais; o início da gravidez é indicado pela cessação dos períodos menstruais, enjoos matinais, aumento do volume das mamas e da pigmentação dos mamilos” (ICN, s.d. a).

Tendo em consideração que a evidência demonstra que a presença de colestase gravídica é fator de risco para a incidência de pré-eclâmpsia, assume maior preponderância a monitorização da pressão sanguínea nestes casos. O que é interessante de perceber é que esta alteração, a ter lugar, permanece mesmo

que os valores de enzimas hepáticas e ácidos biliares em circulação voltem para valores de referência, o que sugere fortemente que a colestase gravídica desencadeia uma cascata de eventos que, de acordo com a gravidade, pode levar a pré-eclâmpsia (Raz et al., 2015).

Por outro lado, sabendo que a Catarina apresenta placenta prévia, é fundamental monitorizar pressão sanguínea e pulso, nomeadamente pelo risco de hemorragia. Os mecanismos de hemorragia resultantes de placenta prévia não são claramente conhecidos. Quando a placenta está implantada no segmento uterino inferior, pode facilmente ser destacada da decídua basal, mesmo com apenas uma ligeira contração uterina ou dilatação do colo uterino (Hasegawa et al., 2011). Pelo que a vigilância de perda hemática vaginal é impreterivelmente necessária.

Considerando as particularidades do caso apresentado, com o objetivo primordial de identificar precocemente sinais de complicação/compromisso da gravidez e/ou desenvolvimento fetal, com o consentimento da Catarina foi implementada a intervenção avaliar a evolução da gravidez que se concretizou através das seguintes atividades: monitorizar pressão sanguínea e frequência cardíaca - 101/61mmHg e 77 bpm respetivamente (avaliadas no membro superior esquerdo, com a grávida em semi-fowler); monitorizar temperatura corporal - 36,4°C; vigiar perda hemática vaginal - ausente; vigiar dor no hipocôndrio direito - ausente; vigiar edema - ausente; vigiar padrão de contratilidade uterina - sem contratilidade uterina; vigiar bem-estar fetal - percepção de movimentos fetais de acordo com o padrão habitual, frequência cardíaca fetal (FCF): entre os 110bpm e 160 bpm, presença de acelerações, linha de base nos 145bpm, presença de movimentos fetais (monitorização por CTG) e vigiar perda de líquido amniótico - ausente.

É sabido que a monitorização do bem-estar fetal por meio de CTG apenas fornece dados por um curto período, neste sentido, torna-se absolutamente crucial que a grávida conheça o padrão de movimentos fetais para que seja capaz de reconhecer qualquer alteração ao mesmo.

A contagem dos movimentos fetais durante a gravidez é um método através do qual a grávida estima o bem-estar fetal sem o recurso a um profissional de saúde ou equipamento. Estima-se que, em 2015, 2.6 milhões de bebés morreram *in útero* e que 30-55% das mulheres que experienciaram um episódio de redução de movimentos fetais podem vir a verificar uma morte fetal dentro de uma semana (Bekiou & Gourounti, 2020).

Numa perspetiva mais abrangente e completa, importa que os profissionais de saúde informem as mulheres sobre a contagem dos movimentos fetais, que encorajem as mulheres grávidas a familiarizarem-se com o reconhecimento do padrão de movimentos fetais e reportem qualquer alteração por elas percebida. Evidenciando a importância da qualidade dos movimentos fetais (força) e não apenas o seu número, como preditor do bem-estar fetal (Bekiou & Gourounti, 2020).

Neste sentido, concomitantemente a esta monitorização, a grávida foi sempre questionada sobre o padrão de movimentos fetais, proporcionando o tempo e o espaço para que nesse momento o caracterizasse na forma como o sentia. Sendo que frequentemente dizia nos turnos da tarde: “Está aqui um rebuliço enfermeira, vai ser difícil captar ele está aqui às voltas que não para, é sempre assim de tarde, depois acalma ... se se mantiver assim é capaz de nos dar noites tranquilas quando nascer”.

Pelas 16h, administrei à Catarina 250mg de ácido ursodesoxicólico, via oral, que se encontrava prescrito de oito em oito horas (00h00; 08h00, 16h00).

O ácido ursodesoxicólico é um ácido biliar naturalmente presente, em pequenas quantidades, na bílis humana. Está indicado para doenças das vias biliares e colestáticas, nomeadamente em casos de alterações qualitativas e quantitativas da bilis (colestases). Os efeitos secundários frequentes (que ocorrem em menos de um em dez doentes, mas em mais de um em cem doentes) são: fezes moles ou diarreia. Como efeitos secundários muito raros (que ocorrem em menos de um em dez mil doentes) está descrito o

agravamento do prurido, que pode ser autolimitado ao início do tratamento (Índice® Toda a Saúde, s.d. a).

Esta medicação já estava integrada na rotina desta mulher desde há muito, pelo que já lhe era familiar. Durante o internamento o padrão de eliminação intestinal da Catarina manteve-se diário, fezes moldadas e cheiro *suis generis*, não se tendo verificado nenhum dos efeitos secundários mencionados.

Nessa altura, tivemos um momento a sós durante o qual a Catarina verbalizou de uma forma mais aberta e aprofundada como se sentia e alguns dos pensamentos que tinha nesta fase da sua vida em particular: “Sabe enfermeira, sei que está cada vez mais próximo o nascimento do Martim, mas apesar de ser um momento muito desejado também me traz algumas preocupações. Sei que vai nascer prematuro, mas isso não me diz nada sobre o que esperar do meu bebé. Sinto que, de alguma forma, enquanto ele está cá dentro o posso proteger, mas depois não sei o que vai surgir. Qual será o aspeto dele? De que cuidados irá necessitar e como será cuidar dele? Sinto que quando ele nascer deixarei de ter controlo sobre o que lhe acontece, entende?”

O nascimento de um filho representa a continuidade da família sendo um momento aguardado e desejado pela mãe e pelo pai, mas também pelos familiares e amigos. Porém, quando se sabe antecipadamente que o nascimento do bebé ocorrerá prematuramente, quer a mãe quer o pai terão de reformular expectativas por forma a adaptar-se a uma parentalidade com características especiais, de forma a dar resposta às necessidades específicas daquele recém-nascido em particular (Gonçalves & Silva, 2015). A necessidade da hospitalização dos recém-nascidos prematuros apresenta-se como algo normal para os profissionais de saúde, mas para os pais e familiares este apresenta-se como um momento de particular vulnerabilidade (Gonçalves & Silva, 2015). A imagem do filho real pode ser muito diferente da imaginada, podendo eventualmente tornar a adaptação à parentalidade mais desafiante do que o esperado inicialmente. Também a separação e o contacto com um ambiente hospitalar constituem constrangimentos no estabelecimento e manutenção da ligação entre mãe/pai-recém-nascido (Gonçalves & Silva, 2015). Neste

contexto, as EE-ESMO assumem um papel preponderante enquanto agentes facilitadores da adaptação à parentalidade face à prematuridade numa ótica de intervenção precoce (Gonçalves & Silva, 2015).

Assim, tendo em consideração as informações fornecidas pela Catarina, o domínio da adaptação à parentalidade foi inequivocamente alvo da minha atenção, tendo considerado o diagnóstico potencial para melhorar o conhecimento sobre características do recém-nascido prematuro e principal intervenção o ensinar sobre características do mesmo.

Esta intervenção foi concretizada por via das seguintes atividades: explicar à Catarina que: tendo em consideração que o Martim irá nascer após as 32 semanas de gestação, é expectável que este tenha características físicas semelhantes a um bebé de termo mas proporcionalmente mais pequeno; com essa idade gestacional, apesar do ciclo de corticoterapia para maturação pulmonar fetal, existe ainda alguma imaturidade ao nível da função respiratória pelo que a forma como o Martim se irá adaptar à vida extrauterina irá determinar as necessidades de cuidados também a esse nível. Assim, poderá iniciar respiração de forma autónoma, no entanto poderá eventualmente necessitar de algum suporte adicional para a sua manutenção como a ventilação não invasiva neonatal, que é um método ventilatório em que uma pressão positiva é aplicada à via aérea do neonato através de interfaces nasais, geralmente prongs binasais ou máscaras, sem a utilização de intubação traqueal (Grupo de Consensos em Neonatologia da Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2014; Linden et al., 2010; Madden, 2000; Murdoch et al., 2021). Explicar à Catarina que, independentemente das características específicas do Martim e da forma como este se irá adaptar à vida extrauterina, ambos se encontram numa instituição hospitalar diferenciada e que, por conseguinte, terão disponíveis os melhores meios e os profissionais mais capacitados para os assistir, não havendo necessidade de transferência para outra unidade de saúde, assegurando assim o contacto mais próximo entre ambos. Explicar ainda que é expectável que o Martim permaneça internado algumas semanas, tempo ao longo do qual a Catarina (e o marido) irá

ter a possibilidade de se ambientar com a unidade de neonatologia (diferentes aparelhos e sons por estes emitidos, monitorização do bebé, etc) onde este irá permanecer após o nascimento e no qual irá ter a oportunidade de ser envolvida nos cuidados a ele prestados.

Este foi o domínio que considerei mais importante na conceção de cuidados à Catarina, na medida em que acredito ser o que mais visa de forma direta uma necessidade percecionada como de relevo para esta mulher. Entendo que validação dos seus pensamentos e a legitimação dos seus sentimentos foi uma conduta da minha parte que teve profundo impacto na Catarina, foi o normalizar de um conjunto de interrogações que estavam mais do que justificadas pela imprevisibilidade do quadro clínico que a Catarina vivenciava e em que aguardava a chegada do Martim.

No entanto, acredito que a intervenção que fui capaz de implementar foi algo superficial, traduzindo a minha inexperiência em contexto de primeiro estágio em âmbito hospitalar. Ainda assim, com esta experiência fui capaz de procurar mais informação e de certa forma delinear, ainda que de forma teórica os cuidados que gostaria de ter sido capaz de prestar enquanto futura EE-ESMO, mas que podem seguramente vir a ser implementados um dia já enquanto especialista.

Esta percepção acompanhou-me durante os estágios subsequentes, sendo que durante o último que realizei em Sala de Partos, tive a oportunidade de contactar com uma enfermeira do Bloco de Partos que trabalhou na unidade de neonatologia e pude experienciar uma visita à referida unidade, que de uma forma muito geral me possibilitou compreender a estrutura física do local, o tipo de aparelhos utilizados, observar mães e pais de recém-nascidos prematuros a cuidar dos seus filhos, etc.

Retrospectivamente, acredito que esta experiência teria trazido subsídios concretos à intervenção que implementei junto da Catarina neste âmbito.

Todas as experiências têm a potencialidade de constituir uma aprendizagem, desde que haja a capacidade de refletir sobre a prática, investir na procura por

evidência e atuar de forma proativa naquelas que são as boas práticas na área de especialidade e promovendo a inovação, num tempo que muda a um ritmo que tem de ser acompanhado, sob o risco de se perderem janelas de oportunidade de intervenção.

Voltando àquele turno da tarde, tendo em conta que o principal sintoma de colestase gravídica é o prurido sem manifestação de lesões cutâneas, que pode ser generalizado ou com maior incidência na planta dos pés e na palma das mãos, com exacerbação à noite, o domínio das sensações somáticas foi alvo da minha atenção.

Assim, neste âmbito o prurido é definido como percepção comprometida caracterizada por sensação de formigueiro desagradável; sensação cutânea seguida de impulso de coçar a pele ou o couro cabeludo (ICN, s.d. b).

Prurido e distúrbios do sono são desafios frequentemente associados à gravidez, particularmente em casos de colestase gravídica. A presença de prurido pode ter um profundo impacto na qualidade do sono da mulher grávida, pelo desconforto que causa e eventual inquietude, o que consequentemente interfere no bem-estar geral da mesma pelo que não deve ser subestimado (Waheed et al., 2023)

Após o jantar, a Catarina referiu sentir prurido intenso na zona da palma das mãos e particularmente na planta dos pés, tendo sublinhado que tem maior percepção desta sensação à noite, pelo que tem recorrido à toma de medicação em SOS nessa altura, solicitando-a. Foram então administrados 25mg de hidroxizina, via oral pelas 20h30 conforme prescrição em SOS (máximo de 12/12h.)

A hidroxizina pertence ao grupo farmacoterapêutico dos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos e ao grupo farmacoterapêutico dos anti-histamínicos H1 sedativos. Está indicado no tratamento sintomático do prurido em adultos, adolescentes e crianças a partir dos seis anos de idade. Os efeitos secundários notificados em ensaios clínicos foram: sonolência, cefaleias, fadiga e boca seca. Foram ainda reportados espontaneamente como efeitos secundários frequentes (podem

afetar até um em cada dez pessoas) sedação e pouco frequentes (podem afetar até um em cada cem pessoas) agitação, confusão, vertigens, insónias, tremores, náuseas, mal-estar, febre (Índice® Toda a Saúde, s.d. b)

A Catarina acabou por me confidenciar que tinha vindo a recorrer à toma de hidroxizina ao deitar de uma forma regular neste terceiro internamento, uma vez que a sonolência que este fármaco lhe provocava a ajudava a dormir melhor. Tendo acrescentado ainda que não sabia o que poderia fazer, para além da medicação, para que a sensação melhorasse visto ser um sintoma que só agora era notado com particular intensidade.

Assim, com o objetivo de diminuir a sensação de prurido, promover a integridade da pele, bem como o bem-estar da Catarina, identifiquei o diagnóstico potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias não farmacológicas para lidar com o prurido. Assim, a minha intervenção passou por ensinar a Catarina sobre as referidas estratégias, explicando que: o uso de água tépida ou fria, se tolerada, poderia auxiliar no alívio do prurido; usar roupas mais largas, de preferência de algodão, promove a circulação sanguínea, controla a transpiração e consequentemente pode auxiliar na diminuição da referida sensação. Tendo reforçado que para a manutenção da integridade da pele é importante ter o cuidado de secar a pele sem esfregar, optando pelo enxugar; manter as unhas curtas; evitar coçar e optar antes pelo esfregar ligeiramente (Grabowska & Prats, 2018).

Após este momento, a Catarina mostrou-se disponível para experimentar a imersão dos pés em água fria “Nunca tinha pensado nisso enfermeira, uma vez que estou sempre cheia de calor acho que podia experimentar colocar os pés em água fria, é possível? Se não for mais, pelo menos alivia o calor.”, proferindo estas palavras com um sorriso. Assim, providenciei de imediato o material necessário para o efeito, nomeadamente bacia com água fria para imersão dos pés e toalha para os secar, sendo que a Catarina referiu, de facto, um certo alívio da sensação enquanto manteve os pés em contacto com a água fria.

Levando em consideração que o presente internamento da Catarina visava a administração de um ciclo de corticoides para maturação pulmonar fetal para terminação da gravidez nos sete dias subsequentes, fez parte dos meus cuidados enquanto futura EE-ESMO proceder à administração de 6mg de dexametasona, via intramuscular, que se encontrava prescrita de 12/12 horas (às 9 horas e às 21), sendo esta a primeira de quatro tomas.

A administração de um ciclo de corticoides a grávidas em risco de parto pré-termo espontâneo ou induzido reduz a mortalidade neonatal e a morbilidade associada à prematuridade nomeadamente de: síndrome de dificuldade respiratória, hemorragia cerebroyentricular, enterocolite necrotizante, necessidade de suporte ventilatório e admissão em unidade de cuidados intensivos neonatais (Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-fetal [SPOMMF], 2018; WHO, 2022a).

Existe um maior risco de desfechos respiratórios adversos no período pré-termo tardio (34-36s), quando comparados com recém-nascidos de termo. A evidência refere haver diminuição da necessidade de suporte ventilatório e de morbilidade respiratória grave em filhos de mães que receberam um ciclo de corticoides neste período (SPOMMF, 2018; WHO, 2022a).

O maior benefício da corticoterapia é atingido quando o intervalo de tempo entre o início da terapêutica e o nascimento é superior a 24h e inferior a sete dias. Ciclos múltiplos estão contraindicados pois associam-se a uma diminuição significativa dos parâmetros antropométricos à nascença e a um aumento de mortalidade e incapacidade neuro-sensorial aos cinco anos nos recém-nascidos a termo (<37s) (SPOMMF, 2018; WHO, 2022a).

Das 24 semanas até às 33 semanas e seis dias está indicada a realização de um ciclo de corticoides a todas as grávidas em risco de parto pré-termo nos sete dias seguintes (SPOMMF, 2018; WHO, 2022a).

No caso da Catarina, o último internamento teve lugar pelas 31 semanas para esse efeito, por forma a proceder à terminação da gravidez às 32 semanas, como já foi referido previamente

Estão descritos efeitos laterais tais como: alterações transitórias (até 72h pós) da fluxometria doppler umbilical e cerebral com melhoria do índice de pulsatilidade; diminuição dos movimentos corporais fetais; diminuição da variabilidade da frequência cardíaca fetal; agravamento do perfil glicémico materno com risco de complicações da hiperglicemia; risco de hipoglicemia no recém-nascido principalmente no pré-termo tardio (SPOMMF, 2018; WHO, 2022a).

No caso da Catarina, aquando da decisão de internar para maturação pulmonar fetal para terminação da gravidez, já lhe tinha sido explicado previamente de que se tratava o ciclo de dexametasona estando já sensibilizada para os efeitos que acabei de referir.

Terminei este turno da tarde com a certeza de que prestei os melhores cuidados possíveis à Catarina, tendo em consideração a minha posição de aluna. Uma das reflexões que fiz foi exatamente sobre a pertinência de, no contexto de uma intervenção precoce, sabendo-se que o parto irá acontecer prematuramente, promover um contacto antecipado da mãe e do pai com a unidade de neonatologia onde o seu filho irá ser assistido, potenciando a familiarização de ambos com o espaço, os profissionais, os aparelhos, os sons, etc. Este conhecimento antecipado seria particularmente útil na redução dos níveis de stress e ansiedade que estas mães e estes pais tantas vezes experienciam em cenários de internamentos frequentes e prolongados, que possivelmente terminam com um parto prematuro. Esta possibilidade teria o potencial de se traduzir em ganhos significativos em saúde, com uma transição para a parentalidade realizada de uma forma mais facilitadora para esta tríade. Nessa altura, envolvida pelo caso da Catarina, propus mesmo que se tentasse, em parceria com a unidade de neonatologia, operacionalizar pelo menos uma visita a esta unidade na qual a mesma tivesse a oportunidade de, *in loco*, colocar as questões que lhe fizesse sentido no momento, aos profissionais que estariam diretamente envolvidos no cuidado diário ao Martim. No entanto, esta iniciativa não foi atendida e percebi que, de facto, não existia ainda nenhuma vontade ou intenção de a vir a implementar.

Foi talvez o maior desafio deste estágio, tentar manter um olhar para além do tratar, do curar, do vigiar sinais de complicações da gravidez/bem-estar fetal, do mero executar de intervenções resultantes de prescrição. Sabemos efetivamente quais são as necessidades destas mulheres? Escutamos ativamente o que nos dizem? Delineamos os nossos cuidados face às necessidades específicas de cada mulher? Ou de cada patologia?

Acredito que teria todo o benefício criar momentos de partilha entre grávidas que estivessem a vivenciar experiências semelhantes, promover momentos de encontro familiar e socialização num ambiente que não seja o de enfermaria (quando possível), porque não incentivar a partilha de experiências com mães de bebés prematuros dinamizando o espaço para tal?

Estas iniciativas, como projeto piloto, poderiam constituir a base para uma intervenção mais sistematizada e alargada com a criação de um *care pathway* para grávidas desde o diagnóstico de uma eventual complicação da gravidez ou doença fetal até ao parto e período pós-parto assegurando a continuidade dos cuidados após a alta, já no contexto domiciliário.

O parto pré-termo constitui uma das principais causas de mortalidade neonatal e infantil, bem como de morbilidade na infância, podendo ter um impacto profundo nas famílias. Os cuidados pré-natais padrão não incluem orientações antecipatórias dirigidas a pessoas grávidas com risco de parto pré-termo. Contudo, um programa digital pode representar uma intervenção inovadora que pode suprir essa lacuna. Neste âmbito, Flynn e colaboradores (2023) realizaram um estudo randomizado controlado com o objetivo de avaliar o efeito do programa *Preemie Prep for Parents* (P3) no conhecimento materno sobre o parto pré-termo, na preparação para a tomada de decisões e na ansiedade. Assim, foram selecionadas 120 grávidas (60 para o grupo de intervenção e 60 para o grupo controle) com idade gestacional média de 32,5 semanas no qual foi implementado o referido programa. Neste ensaio clínico randomizado, as grávidas com acesso ao programa P3 demonstraram maior conhecimento sobre competências parentais essenciais e encontravam-se mais preparadas para tomar decisões que influenciam a saúde materna e neonatal, sem apresentarem

níveis acrescidos de ansiedade. Investir no conhecimento sobre prematuridade em contexto pré-natal, com informação disponibilizada de forma móvel através do programa P3, poderá oferecer um benefício único a mães e pais com fatores de risco para parto pré-termo (Flynn et al., 2023).

Este é um exemplo de evidência recente que aponta para a pertinência e o benefício da intervenção precoce, neste caso ao nível do conhecimento sobre prematuridade, bem como da criação de um protocolo de assistência a mães e pais que irão receber o seu filho de forma prematura.

Na fase final deste relatório, abordam-se aspetos desta temática através de uma revisão narrativa da literatura, centrada nas necessidades de grávidas em contextos semelhantes, constituindo um foco de particular interesse e investimento na pesquisa baseada em evidência.

3. CUIDAR A MULHER NO PERÍODO PÓS-PARTO

3.1. Contextualização do local de estágio

O estágio de puerpério decorreu num período de quatro semanas num total de 100h de contacto, que se revelaram cruciais para a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EE-ESMO.

Segundo o regulamento n.º 140/2019 das competências comuns do enfermeiro especialista, este:

“(. . .) desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” a sua competência “... assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (OE, 2019a, p.4746).

De acordo com o regulamento n.º 391/2019 das competências do EE-ESMO, este:

“(. . .) cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” e “promovendo a decisão esclarecida” (OE, 2019b, p13563.).

Sendo que é da competência da EE-ESMO “... conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno” (OE, 2019b, p.13563).

No que toca à componente física e estrutural, apesar de ser um serviço que sofreu há alguns anos obras de beneficiação, coexistem diversas limitações que condicionam em muito o conforto das puérperas e pessoas significativas, bem como colidem com direitos absolutamente fundamentais como a privacidade e a confidencialidade na prestação de cuidados.

O serviço de puerpério supracitado dispõe de dezoito camas distribuídas por oito enfermarias (uma com três camas e sete com duas camas) e um quarto individual, que é preferencialmente usado em casos com necessidade de isolamento. Cada enfermaria possui uma casa de banho com chuveiro no seu interior para uso exclusivo das puérperas, sendo que as pessoas significativas que as acompanham têm de se deslocar a uma casa de banho (sem chuveiro) destinada apenas a visitas no início do serviço e que é partilhada com o serviço de internamento materno-fetal; um balcão muda-fralda com banheira integrada para possibilitar os cuidados de higiene aos recém-nascidos e um armário pequeno para guardar os pertences de cada puérpera. Cada unidade, vou chamar-lhe assim, destinada ao uso individual da puérpera contempla uma cama, um berço, um cadeirão e uma mesa-de cabeceira.

As enfermarias são pequenas e a falta de privacidade e espaço entre e em torno das camas são notórias, as puérperas optam na sua maioria por fechar as cortinas em redor da sua unidade por forma a manter a privacidade possível, no entanto, as enfermarias acabam por ficar muito escurecidas parecendo que o espaço é ainda mais restrito. Perante este contexto, assume particular relevância o cuidado da EE-ESMO em assegurar a privacidade destas puérperas não só no que concerne à componente física, quando se procede ao exame puerperal por exemplo, mas também no que concerne à comunicação, que deve ser em tom e conteúdo que respeite o mesmo princípio.

Ocasionalmente e mediante a necessidade do serviço, coloca-se uma terceira cama em duas das enfermarias (intituladas camas suplementares um e dois) por forma a dar resposta às necessidades de lotação que sofrem constantes oscilações. Esta situação apresenta-se como absolutamente excecional, dado que agravava substancialmente as condicionantes que acabei de referir.

O alojamento conjunto é oferecido desde o nascimento, porém, no que toca à presença da pessoa significativa esta apenas pode permanecer ininterruptamente com a puérpera e o recém-nascido entre as 11 horas da manhã e as oito horas da manhã do dia seguinte, ou seja, é pedido que a pessoa significativa se ausente por um período de três horas durante a manhã. Esta restrição no horário de permanência do acompanhante da puérpera faz com que esta esteja sempre desacompanhada numa altura do dia em que têm lugar procedimentos percecionados como importantes, como é o caso do rastreio neonatal; da observação do recém-nascido pelo pediatra; da colheita de sangue ao recém-nascido para análise; início de fototerapia; etc. Numa altura de particular vulnerabilidade, a puérpera fica entregue a si para lidar com inúmeras informações e procedimentos que, não raras vezes, a assoberbam de pensamentos culminando frequentemente com uma descarga emocional grande através do choro. O serviço não comporta local onde os pais possam fazer a sua higiene, pelo que se esconde atrás desta justificação para proceder a esta restrição, que com boa vontade seria passível de contornar possibilitando a sua permanência 24h por dia, o que se traduziria num maior grau de satisfação dos clientes dos cuidados.

No decorrer do estágio verifiquei que, na sua maioria, a pessoa escolhida para permanecer junto da puérpera durante o internamento era o pai do bebé, salvo raras exceções como puérperas menores ou puérperas que decidiram ser mães num projeto de vida individual com recurso a procriação medicamente assistida, nestes casos as mulheres optavam na sua maioria por ficar acompanhadas pela mãe.

O serviço de puerpério possui uma sala de exames destinada à avaliação diária dos recém-nascidos, que é realizada por dois pediatras em dias úteis e aos fins de semana por apenas um.

O facto de estarem dois pediatras a observar bebés no mesmo espaço faz com que a sala reservada para o efeito se encontre absolutamente lotada. Se considerarmos que aquando da avaliação de cada recém-nascido está presente a mãe, o recém-nascido, a EE-ESMO responsável pela díade, o pediatra e

eventualmente um ou dois internos da especialidade de pediatria são pelo menos 12 pessoas dentro daquela sala em simultâneo, durante um período significativo do turno da manhã. Desta forma, é um facto que a privacidade é muito difícil de manter, se não impossível, a comunicação interdisciplinar e com a puérpera é desafiante, tendo em consideração o ruído e a movimentação de pessoas de forma constante naquele espaço.

Existe ainda uma sala de exames destinada à avaliação física das puérperas antes da alta ou em caso de necessidade por ocorrência de alguma complicação na recuperação pós-parto no decorrer do internamento.

Existe uma sala de trabalho de enfermagem, onde são realizados os registos de enfermagem e preparada a medicação, no entanto, a passagem de turno é realizada no corredor do serviço, o que mais uma vez põe em causa a confidencialidade das informações para além de se tornar difícil a comunicação pelo ruído envolvente e a circulação constante de pessoas.

Cada turno está dotado de três EE-ESMO, sendo que cada uma fica com seis puérperas e respetivos recém-nascido atribuídos. A MCEESMO, no seu parecer n.º 43/2019 defende como dotação segura, um rácio de uma EE-ESMO para três puérperas em casos de puerpério patológico e uma EE-ESMO para seis puérperas em casos de puerpério normal (MCEESMO, 2019). No entanto, esta distinção entre puerpério patológico e normal não era feita, pelo que os rácios eram sempre os apresentados previamente, o que condiciona de forma inequívoca a qualidade dos cuidados prestados, em particular perante casos em que se verifica a existência de um puerpério com necessidades especiais, que exigem da EE-ESMO uma vigilância acrescida e maior dedicação em termos de cuidados especializados.

O método de trabalho é individual, mas a preparação da medicação é feita por duas EE-ESMO e confirmada duas vezes por turno, exatamente pelo mesmo motivo que foi referido anteriormente na explanação da conceção de cuidados elaborada no estágio de materno-fetal.

No sentido de promover a amamentação, o serviço de puerpério possui uma linha telefónica de apoio disponível nas 24h, à qual as puérperas podem recorrer após a alta por forma a esclarecer questões e ultrapassar possíveis desafios que possam surgir já em casa. O número da referida linha de apoio é carimbado no verso do boletim de saúde infantil do recém-nascido, no momento da alta, por forma a facilitar o seu acesso e consulta. É também colocado no mesmo local o carimbo do Banco de Leite Humano do Norte, por forma a divulgar este serviço e chegar a um maior número de potenciais dadoras. Esta foi uma área de intervenção com a qual tive o privilégio de contactar também, no estágio em contexto de consulta e que, de facto, me deu uma perspetiva global sobre o trabalho que é diariamente levado a cabo por uma equipa multidisciplinar motivada, neste projeto tão nobre que é o Banco de Leite Humano do Norte.

Desenvolvi diariamente uma visão crítico-reflexiva sobre o contexto em que exerci o meu papel enquanto futura EE-ESMO, demonstrando empatia perante as dificuldades expressas pelas clientes dos meus cuidados, numa dedicação diária em fazer o melhor com o que tinha ao meu dispor, adequando a minha prática ao contexto de cuidados onde estagiei.

Assim, tendo em conta os PQCEESMO, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes. Para tal, são elementos importantes, entre outros:

“(. . .) o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente; a procura constante da empatia nas interações com o cliente; (. . .) o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados; o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde” (PQCEESMO, 2021, p. 13 e 14).

Segundo a mesma premissa, quanto à organização dos cuidados de enfermagem:

“(. . .) o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” sendo “(. . .) elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem, entre outros: (. . .) a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros; (. . .) a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional; o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem” (PQCEESMO, 2021, p. 18).

Não posso deixar de dar também ênfase ao facto de ter contactado com inúmeras puérperas imigrantes, oriundas dos mais vastos países. No dia a dia, tive de ultrapassar dificuldades linguísticas marcadas, uma vez que um elevado número de mulheres não falava nem compreendia português, sendo que em inúmeros casos não existia sequer a possibilidade de comunicar numa língua comum como o inglês, francês ou espanhol. Por vezes, a pessoa significativa que acompanhava a mulher era capaz de fazer uma ponte entre ela e a equipa de saúde, o que era útil, mas que por outro lado também condicionava a qualidade dos cuidados, dado que não era possível determinar com exatidão o que era verbalizado por e para ela.

De facto, a imigração na Europa está a aumentar, sendo que aproximadamente metade dos imigrantes são mulheres. As que pertencem a minorias étnicas e as imigrantes recebem um cuidado perinatal sub-ótimo, apresentam mais resultados perinatais adversos o que, por consequência, aumenta os níveis de mortalidade perinatal nos países que as recebem (Americas Academy of Pediatrics [AAP] & ACOG, 2017; Wikberg, 2021).

Barreiras linguísticas e de comunicação estão presentes assim como a falta de confiança e respeito por grupos marginais, incluindo racismo e discriminação (AAP & ACOG, 2017; Wikberg, 2021).

Uma vez que cuidar é culturalmente expresso e percebido de diferentes formas nas diversas culturas e pode influenciar a saúde e bem-estar das mulheres, torna-se premente dar-lhes voz no que toca às suas percepções e experiências de um ponto de vista transcultural (AAP & ACOG, 2017; Wikberg, 2021).

Cuidar destas mulheres foi particularmente exigente e lidar com o julgamento que muitas vezes era expresso no seio da equipa multidisciplinar foi desafiante, o que me faz refletir que há um longo caminho a percorrer no âmbito da enfermagem transcultural, sendo que cada uma de nós tem um papel absolutamente decisivo neste sentido, começando pelo facto de que Portugal sempre foi um país de imigrantes e partindo, quanto mais não seja, da premissa que temos o dever e a obrigação de cuidar destas mulheres e famílias como gostaríamos de ser tratados (e maioritariamente fomos) em qualquer ponto do mundo para onde imigramos.

Segundo a teoria de médio alcance de Afaf Meleis, as mudanças no estado de saúde podem constituir oportunidades para potenciar o bem-estar, mas também podem expor o indivíduo a riscos acrescidos de doença, assim como desencadear um processo de transição (Meleis et al., 2000). O conceito de vulnerabilidade pode ser entendido, numa perspetiva de qualidade de vida, compreendendo as experiências dos clientes dos cuidados e suas respostas em tempos de transição (Meleis et al., 2000). Nesta ótica, vulnerabilidade está relacionada com as experiências de transição, interações e contexto em que o indivíduo se insere e que o podem expor a potencial dano, recuperação mais lenta ou difícil e adaptação mais lenta ou não saudável (Meleis et al., 2000).

O olhar especializado das EE-ESMO e as suas competências diferenciadas, têm no contexto do puerpério uma janela de oportunidade única de intervenção por forma a facilitar os processos de transição que dele advêm. Paralelamente à

transição desenvolvimental que ocorre neste período, podem ocorrer ainda eventos críticos que acrescentam desafios a estas mulheres e que podem, e devem, ser alvo dos nossos cuidados numa perspectiva de intervenção precoce por forma a potenciar os seus resultados (Meleis et al., 2000).

3.2. Conceção de cuidados

No decorrer do estágio, foram inúmeras as díades mãe/bebé com as quais tive oportunidade de contactar, cada uma com as suas especificidades. O caso que escolhi para explanar a minha conceção de cuidados foi selecionado por entender que esta experiência me marcou enquanto futura EE-ESMO, na medida em que tomei real consciência sobre o impacto que a nossa intervenção pode ter na vida e na saúde das mulheres de quem cuidamos e consequentemente na dos seus filhos. A importância de ir ao cerne da questão e não ficar pela superficialidade do geral. É com esta visão que elaborei a conceção de cuidados que a seguir apresento, primeiramente com a abordagem à puérpera e posteriormente relativa ao recém-nascido.

A Joana tinha 32 anos, índice obstétrico 2Gesta 2Para e estava nas 6 a 12 horas pós-parto eutócico com laceração perineal de primeiro grau. Tive contacto com a referida puérpera durante um turno da manhã, numa primeira abordagem apresentei-me (como sempre faço) e aproveitei para colocar algumas questões abertas por forma a iniciar o diálogo e simultaneamente colher alguns dados gerais sobre esta mulher e a forma como estava a vivenciar estas primeiras horas pós-parto. Nesse sentido, perguntei como estava, como se sentia e como estava a ser para ela as primeiras horas com o seu mais recente rebento. A Joana referiu sentir-se bem, mencionando que a noite foi tranquila e que acabou por conseguir descansar, pouco, mas de forma reparadora. O marido tinha estado presente até às oito horas, altura em que teve de se ausentar devido à exigência do serviço. Segundo a Joana, “No nosso caso até é bom porque ele assim vai a casa, está com a menina e leva-a à escola para que ela

não sinta tanto a nossa ausência, de tarde quando vier já a traz com ele para conhecer a Leonor”.

Tendo em conta o domínio pós-parto, o foco puerpério é definido como o período de seis a oito semanas após o parto, no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas afetas à gravidez. Este pode ser subdividido em três períodos: puerpério imediato (primeiras 24 horas), puerpério precoce (até ao final da primeira semana) e puerpério tardio (até ao final da sexta semana) (Graça, 2017).

Embora seja um período de baixo risco para a maioria das mulheres, podem, ocasionalmente, ocorrer complicações sérias que devem ser reconhecidas e devidamente tratadas (Graça, 2017).

As alterações anátomo-fisiológicas que ocorrem no pós-parto têm implicações em diversos órgãos e sistemas e requerem vigilância e cuidados específicos por parte dos profissionais de saúde (Lima et al., 2017) por forma a prevenir complicações, promover o autocuidado da puérpera e as competências parentais (Cardoso, 2011; Santos & Baptista, 2016).

A avaliação da mulher durante este período deve ser realizada de acordo com o tipo de parto, tempo decorrido após o parto, antecedentes clínicos e situação de saúde atual (McKinney et al., 2013). Sendo que para uma prestação de cuidados de qualidade torna-se fulcral reconhecer a individualidade de cada mulher, considerando que as intervenções de enfermagem devem ser dirigidas às suas necessidades e expectativas (Lima et al., 2017).

Os protocolos de monitorização dos sinais vitais no puerpério imediato variam entre instituições. No entanto, é recomendada a sua avaliação a cada quatro/seis horas até às 24h após o parto (Lowdermilk & Perry, 2008). Os valores de pressão arterial encontram-se, por norma, um pouco mais elevados quando comparados com os valores pré-gravídicos, sendo que o pulso deve ser regular, rítmico e cheio, podendo encontrar-se ligeiramente bradicárdico até duas semanas pós-parto, devido ao aumento do retorno venoso. O retorno do diafragma ao seu espaço normal, por diminuição do volume abdominal, faz com

que a frequência respiratória vá retomando gradualmente os valores pré-gravídicos. A temperatura deve ser avaliada a cada seis/oito horas, podendo estar ligeiramente aumentada nas primeiras 24h, decorrente da desidratação que pode ocorrer durante o trabalho de parto prolongado ou do aumento da produção láctea, em particular entre as 48 e 72 horas após o parto (OMS, 2014).

Após aquele momento inicial do primeiro contacto, solicitei o seu consentimento para proceder à avaliação dos seus sinais vitais, aproveitando a oportunidade para explicar a sua importância nesta fase.

Neste sentido, para o efeito da avaliação dos sinais vitais da Joana, foram considerados domínios da minha atenção neste turno o sistema cardiovascular e respiratório, bem como a termorregulação tendo obtido os seguintes valores: pressão arterial 111/63 mmHg; pulso 65 bpm regular, rítmico e cheio; temperatura corporal 36,8°C, o que se enquadra dentro dos parâmetros da normalidade para este período.

A dor, considerada o quinto sinal vital, também deve ser avaliada uma vez que pode afetar de forma significativa a qualidade de vida da puérpera a diversos níveis como o humor, sono, interação com os outros, capacidade de concentração e de autocuidado (Senol & Aslan, 2017).

Defendem as boas práticas que, durante o puerpério, todas as mulheres devem ser questionadas quanto à dor perineal (devido a trauma perineal ou hemorroides, por exemplo), quer seja durante a permanência no hospital quer seja já num contexto domiciliário ou de consulta nos serviços de saúde primários (WHO, 2022b).

A crioterapia, com o recurso a embalagem de gelo ou pensos higiénicos que o contêm, podem e devem ser oferecidos às mulheres no período pós-parto para o alívio da dor aguda perineal resultante de trauma exercido nessa área, tendo em conta as preferências da mulher e as opções disponíveis (WHO, 2022b).

A aplicação de gelo local é uma estratégia não farmacológica de alívio da dor custo efetiva e que se apresenta como segura quando aplicada da forma correta, assim, é recomendada a sua aplicação durante 10 a 20 minutos de

forma única ou de acordo com a necessidade da mulher, particularmente nas primeiras 48h pós-parto (WHO, 2022b).

A aplicação de frio no períneo alivia a dor em duas vertentes: primeiramente reduz o edema e o espasmo muscular associado à inflamação ou trauma; posteriormente, alivia a dor induzindo uma parestesia de curta duração das fibras nervosas do períneo diminuindo a resposta inflamatória. A aplicação de frio diminui a temperatura local, o que causa a estimulação dos recetores alfa no sangue pelo sistema nervoso simpático, diminui o aporte de sangue à região pela vasoconstrição o que, em conjunto, reduz a dor (Senol & Aslan, 2017).

Assim, no domínio das sensações somáticas, a dor foi meu foco de atenção. Quando questionada sobre dor perineal, a Joana referiu que tem algum “desconforto local”, mas nada de muito significativo, associando esse desconforto mais ao edema que apresentava no períneo do que propriamente à correção da laceração perineal. Face à situação descrita, foi-lhe oferecido penso higiénico com gelo que aceitou, tendo referido melhoria do “desconforto” e sendo objetivamente constatada redução também do edema nos contactos posteriores.

Complementarmente, informei a Joana que poderia tomar 1g de paracetamol, via oral, de oito em oito horas, se lhe fizesse sentido, como coadjuvante da intervenção não farmacológica implementada. Esta assentiu dizendo: “Acho que vou aceitar enfermeira, é pouco tempo ainda após o parto, com as duas coisas acho que me vou conseguir movimentar melhor, nesta fase todas as ajudas são bem-vindas para eu estar bem para cuidar da minha Leonor”, pelo que lhe foi administrada a referida medicação.

Esta intervenção está em consonância com as recomendações emanadas pela OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva, nas quais recomenda o uso de paracetamol oral como primeira opção quando a analgesia oral é necessária para o alívio da dor perineal pós-parto (OMS, 2022).

O paracetamol é um analgésico e antipirético usado no alívio da dor ligeira a moderada. A sua utilização no pós-parto pode ser eficaz na redução da incidência de dor perineal após o parto (Abalos et al. 2021). Adicionalmente, o paracetamol apresenta-se como um fármaco seguro de utilizar em puérperas que se encontram a amamentar, uma vez que a sua semivida é curta (Abalos et al. 2021).

A dose recomendada de Paracetamol é de um comprimido (1000mg), duas a quatro vezes por dia. A administração pode ser repetida com intervalos de quatro a oito horas, não excedendo a dose máxima diária recomendada de quatro comprimidos (Índice® Toda a Saúde, s.d. c).

Como todos os medicamentos, este medicamento pode causar efeitos indesejáveis, embora estes não se manifestem em todas as pessoas. Normalmente o paracetamol é bem tolerado nas doses recomendadas. São efeitos colaterais frequentes (podem afetar entre $>1/100$ e $< 1/10$ doentes): sonolência ligeira, náuseas, vômitos (Índice® Toda a Saúde, s.d. c).

No caso da Joana não foram reportados quaisquer efeitos colaterais, sendo que no decorrer do turno referiu melhoria do “desconforto” que sentia, sendo capaz de se mobilizar de forma mais confortável, o que foi também notório na sua expressão facial.

No sentido de executar o exame puerperal de forma objetiva e sistemática, foi minha prática atender a uma lógica observacional de orientação cefalocaudal, que identifiquei como sendo algo útil para a inclusão de todos os elementos a examinar.

Assim, a Joana apresentava mucosas coradas e hidratadas. No que à avaliação do estado das mamas diz respeito, estas encontravam-se moles, com mamilos prominentes e com recurso à expressão manual, realizada pela puérpera a meu pedido, foi possível observar a presença de colostro.

Por forma a determinar a evolução da recuperação pós-parto é essencial proceder à avaliação da involução uterina, esta consiste na redução do tamanho e no retorno gradual do útero ao estado pré-gravídico (Stables & Rankin, 2010).

Este processo é habitualmente avaliado por palpação abdominal, através de um procedimento que avalia a distância entre o fundo uterino e a sínfise púbica (Bick et al., 2009). Imediatamente após o parto, o útero pesa cerca de 1000g e o seu tamanho assemelha-se ao de uma gestação de 20 semanas, sendo o fundo palpável ao nível do umbigo (Graça, 2017). Esta involução uterina ocorre essencialmente devido à contração das fibras musculares, sendo que as contrações miométriais são frequentemente sentidas pela puérpera como dor, em particular nas multíparas (Graça, 2017). São mais frequentes nos primeiros três dias e mais intensas durante as mamadas, como resultado das contrações uterinas resultantes da ação da ocitocina libertada (Graça, 2017).

De acordo com o National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2006), não há evidência científica cabal que justifique a necessidade de efetuar este procedimento por rotina nem com que frequência este deve ser executado. Porém, se se associar a este dado outros que o complementem, como as características dos lóquios (quantidade, presença de coágulos e cheiro fétido), o aumento ou a diminuição da temperatura corporal, a dor, bem como o estado geral da puérpera, pode ter utilidade para detetar precocemente sinais de complicações (Steen & Wray, 2014).

A avaliação da localização do fundo uterino e estado de contração permite à EE-ESMO determinar se a involução está a progredir dentro dos padrões de normalidade (Orshan, 2011), sendo que cerca de 12 horas após o parto o útero deve estar um centímetro acima da linha média umbilical (Blackburn, 2013; Lowdermilk & Perry, 2008).

No puerpério imediato, importa ainda avaliar se o esvaziamento da bexiga é adequado, uma vez que a bexiga cheia ocupa espaço abdominal, desviando o útero da linha média, o que dificulta as contrações uterinas e por consequência aumenta o risco de hemorragia por atonia uterina. Um útero que à palpação se encontra amolecido e desviado para a direita da linha média é sugestivo de bexiga cheia, pelo que se a puérpera não urinar espontaneamente cerca de seis a oito horas após o parto, depois de serem instituídas medidas conservadoras

de estímulo à micção, pode ser necessário proceder à cateterização vesical (McKinney et al., 2013; Orshan, 2011).

À palpação, a Joana apresentava um útero pós-parto contraído, com localização peri-umbilical alinhado com a linha média. O primeiro levante ocorreu após o exame puerperal e com a minha supervisão, tendo permanecido sentada no leito cerca de cinco minutos, tempo após o qual se deslocou à casa de banho onde urinou espontaneamente pela primeira vez no pós-parto.

No que concerne à avaliação do estado do períneo, este deve ser observado de oito em oito horas após as primeiras duas horas pós-parto, por forma a despistar a ocorrência de complicações como edema, hematomas ou sinais de infeção (OMS, 2022).

Após o levante, a puérpera pode assegurar a sua higiene íntima de forma independente, incentivando-se que o faça após qualquer eliminação urinária ou intestinal. A lavagem perineal com água e sabão líquido, respeitando a técnica de lavagem perineal (no sentido anteroposterior, da uretra para o ânus), é adequada e promotora da prevenção de infeções do trato urogenital. Quando existe ferida, a cicatrização ocorre duas a três semanas após o parto, no entanto, a recuperação completa dos tecidos pode demorar alguns meses (Lowdermilk & Perry, 2008).

A nível perineal a Joana apresentava, de facto, algum edema que sofreu regressão ao longo do turno com recurso à crioterapia, como já foi referido.

Tendo em conta que apresentava uma ferida resultante da correção da laceração perineal de primeiro grau, o domínio da pele e mucosas foi alvo da minha atenção, tendo informado a puérpera que os pontos que possuía localmente iriam ser absorvidos no prazo de uma semana pelo que não seria necessário proceder à sua remoção.

O trauma perineal é frequentemente observado nos partos vaginais e pode acontecer de forma espontânea no decurso da expulsão do feto (laceração) ou devido a uma incisão no períneo (episiotomia). No reino Unido, estima-se que aproximadamente 85% das mulheres sofreram algum grau de trauma perineal

durante o parto vaginal e 60% a 70% destas necessitaram de sutura. O trauma perineal afeta milhões de mulheres em todo o mundo e pode resultar em problemas físicos e psicológicos. Até 10% das mulheres continuam a sentir dor perineal de longa duração, até 25% referem dispareunia ou problemas urinários e até 10% reportam incontinência fecal (Kettle & Tohill, 2008; Okeahialam et al., 2024). De salguardar que o risco e a gravidade das complicações são proporcionais à extensão e complexidade do trauma (Bulchandani et al., 2015).

Importa ainda salientar a relevância da avaliação dos lóquios, que se caracterizam como a perda sanguínea de origem uterina que ocorre durante o puerpério. Nos primeiros dias após o parto, estes são constituídos na sua maioria por eritrócitos, fragmentos da decídua e do trofoblasto (*lochia rubra*) (Graça, 2017).

Os lóquios devem ser avaliados relativamente à sua cor, cheiro, quantidade e características, que se modificam com o tempo decorrido pós-parto (Lowdermilk & Perry, 2008; Murray & Mckineey, 2014).

Normalmente, os lóquios têm um cheiro *suis generis*, similar ao do fluxo menstrual e o volume é variável, sendo mais intenso no parto vaginal, particularmente nas primeiras 24 horas (Murray & Mckineey, 2014).

Durante o turno da manhã, no qual cuidei da Joana, esta apresentou lóquios hemáticos em moderada quantidade e cheiro *suis generis*.

A persistência de lóquios hemáticos em quantidade excessiva, para lá do puerpério imediato, é sugestivo de hemorragia, normalmente relacionada com a presença de fragmentos placentares ou membranas, lacerações vaginais e cervicais ou atonia uterina, situações patológicas que exigem uma avaliação cuidadosa e uma atuação diferenciada (Ferreira, 2016; Shields et al., 2017). Esta situação não foi observada na Joana.

Os lóquios constituem um excelente meio de crescimento bacteriano, pelo que a troca frequente do penso higiénico (quatro a seis horas de acordo com o volume de lóquios), bem como a lavagem das mãos antes e após o procedimento

devem ser incentivadas como medidas importantes de controlo de infeção (Murray & Mckineey, 2014; Ricci, 2008).

Feita esta avaliação de uma dimensão mais centrada na recuperação pós-parto, passo a explanar a minha conceção de cuidados no domínio da lactação, referente ao processo de secreção e excreção de leite. Considero que o mesmo é de extrema relevância tendo constituído o cerne da minha intervenção enquanto EE-ESMO junto desta puérpera.

De facto, um dos maiores desafios para a mulher no pós-parto reside na amamentação e foi esta a área para a qual mais solicitaram a colaboração e apoio das EE-ESMO, pelo que pude constatar durante o período em que estagiei neste serviço.

Uma correta colheita de dados permite à EE-ESMO diagnosticar com precisão as necessidades em cuidados destas mulheres, intervindo objetivamente nos domínios que necessitam de atenção.

Assim, segue-se a explanação da abordagem realizada a este domínio tendo como foco duas dimensões: o conhecimento sobre lactação e o significado atribuído ao colostro e características das mamas. Estas duas dimensões, no caso da Joana, estão intimamente ligadas, não sendo possível abordar uma sem abordar a outra, por forma a atingir os resultados pretendidos. Decidi, na minha abordagem, primeiramente considerar o conhecimento sobre lactação pois entendi ser importante dotar a Joana de conhecimentos nesta área, fornecer-lhe informações claras e precisas, para que depois fosse possível assistir na reformulação do significado que atribuía quer ao seu colostro quer às características das suas mamas.

Tendo em consideração que a Joana pretende amamentar a Leonor; que se encontra nas primeiras seis/doze horas pós-parto eutócico e que manteve contacto pele com pele com a recém-nascida na primeira hora de vida, durante a qual ocorreu a primeira mamada, procurei colher mais alguma informação que me fornecesse dados concretos sobre como se estava a instalar o processo

de amamentação e como tinha sido a experiência de amamentação anterior (caso existisse).

Assim, a Joana confidenciou-me que gostava muito de amamentar a Leonor, mas que iria ser muito difícil pois as suas mamas eram pequenas e o seu leite era pouco e fraco, remetendo estas considerações para uma experiência de amamentação prévia que não foi positiva, tendo deixado de amamentar nos dias que sucederam a alta hospitalar. Acrescentando mesmo: “O meu leite é tão pouquinho enfermeira e é assim meio amarelado, não é branco como o normal, deve ser por eu ter o peito pequeno e estar assim tão mole, já da minha mais velha foi assim, o meu leite era fraquinho e com medo que não fosse suficiente comecei a dar leite de lata”.

Foi ainda possível, através deste diálogo inicial, perceber que a Joana não tinha tido oportunidade de usufruir de cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica durante a gravidez, nem tão pouco frequentar as sessões de preparação para a parentalidade por incompatibilidade de horários com a sua atividade laboral.

Com os dados colhidos, considerei o diagnóstico potencial para melhorar o conhecimento sobre lactação, com o objetivo de promover o conhecimento sobre a lactação e por consequência promover também a amamentação.

Assim, as atividades que concretizaram a intervenção ensinar sobre lactação, foram:

- “Explicar o processo de lactação: explicar que a produção e libertação do leite resultam do equilíbrio de duas hormonas: a prolactina e a ocitocina. Que, quando em circulação no sangue, potenciam a produção e a libertação do leite materno respetivamente. A prolactina é produzida em resposta à sucção do recém-nascido e ao esvaziamento mamário. Por este motivo, a produção de leite ocorre conforme “procura”, ou seja, quanto mais quantidade de leite é removido maior quantidade é produzida (. . .) A ocitocina é produzida quando o mamilo é estimulado pela sucção do recém-nascido, assumindo um papel

preponderante na estimulação da ejeção do leite, que geralmente acontece cerca de um minuto após o início da sucção, no entanto, em mães que amamentam pela primeira vez, poderá demorar entre três e cinco minutos” (Cardoso et al., 2024, p.98-99).

- Explicar fatores que influenciam a produção e a libertação de leite materno: explicar que o facto de ter amamentado a Leonor na primeira hora de vida foi extremamente importante para o processo da amamentação uma vez que amamentar logo que possível depois do parto, em regime livre, com uma pega adequada, durante a noite, ambiente calmo, com uma mãe confiante e tranquila são fatores que têm um efeito positivo no processo de produção e libertação de leite (Cardoso et al., 2024).
 - “Explicar estratégias de estimulação da produção de leite materno: antes da subida do leite, oferecer ambas as mamas; após a subida do leite, garantir que o recém-nascido remove eficazmente o leite da mama, mudando de mama se não houver sinais de sucção eficaz (ou sinais de transferência de leite)” (Cardoso et al., 2024, p.100).
 - “Explicar os sinais de produção de leite materno: a mama mais tensa antes da mamada e mais mole após, acrescida da visualização de saída de leite das mamas são sinais evidentes de produção de leite. Mas existem sinais indiretos que são igualmente relevantes como: a sucção rítmica e sustentada, com pausas ocasionais, deglutição audível, braços e mãos relaxados” (Cardoso et al., 2024, p.100).
 - “Explicar sinais de subida do leite: a subida do leite ocorre entre o terceiro e o quinto dia pós-parto e corresponde a um processo de alteração das características do leite (. . .) Nesta fase a mama fica túrgida, congestionada, quente e, por vezes, dolorosa. Este processo corporal apresenta-se como um sinal de saúde e a sensação de maior tensão mamária resolve-se espontaneamente em algumas horas” (Cardoso et al., 2024, p.101).
 - “Explicar as características do leite materno em função da sua evolução ao longo do tempo: o leite materno sofre uma evolução ao

longo do tempo, nos primeiros dois-três dias após o parto o leite materno é designado por colostro. O colostro é amarelo e cremoso, tem baixo teor em gordura e elevado em hidratos de carbono e proteínas sendo facilmente digerido (. . .) Após a subida do leite, surge o leite de transição, este leite é produzido em maior quantidade, apresenta uma coloração acinzentada e as suas características sofrem alterações ao longo da mamada. A partir do quinto dia pós-parto há um aumento crescente da quantidade de leite produzido (. . .) Aproximadamente 15-20 dias após o parto, surge então o leite maduro, sendo que, à semelhança do leite de transição, também o leite maduro sofre alterações das suas características ao longo da mamada, nomeadamente concentração de gordura” (Cardoso et al., 2024, p. 101-102).

- “Explicar os critérios para decidir oferecer uma ou duas mamas: nos primeiros dias após o parto, enquanto presente o colostro, oferecer as duas mamas durante 15 a 20 minutos em cada mama e a cada mamada, com o objetivo de estimular a produção de leite pelo esvaziamento da mama, já que não existe evidência que haja alterações na composição do colostro ao longo da mamada em termos de quantidade de gordura. Após a subida do leite, uma vez que o leite de transição sofre alterações na sua composição ao longo da mesma mamada (. . .) importa dar tempo para que o leite rico em gordura atinja o mamilo, sendo fundamental assegurar a completa drenagem da mama até ao fim e só depois oferecer a outra. Na mamada seguinte, iniciar pela mama em que o recém-nascido mamou menos tempo” (Cardoso et al., 2024, p. 102-103).

Com a intervenção implementada pretendeu-se atingir os seguintes critérios de resultado: que a Joana compreendesse o processo de produção e libertação de leite materno; adotasse estratégias de estimulação da produção e libertação de leite materno; identificasse sinais de produção e libertação de leite materno; compreendesse a evolução das características do leite materno em função do tempo e reconhecesse os sinais da subida do leite.

No contacto que estabeleci com a Joana, foi possível constatar que para além da falta de conhecimento que tinha sobre lactação, este não era o único aspeto que estava a influenciar a forma como estava a perceber o processo de amamentação. Tendo em conta o que me confidenciou, rapidamente percebi que por trás do seu pensamento atual estava presente uma forte influência materna e da experiência de amamentação anterior: “A minha mãe sempre me disse que eu não ia ter leite, como tenho o peito assim pequeno e mole. Com ela aconteceu o mesmo, ela tem o peito assim como o meu e diz que nunca teve leite e, realmente, está a ver enfermeira só tenho esta aguadilha amarela, isto não vai ser suficiente para amamentar a Leonor, da primeira foi igual e acabei por dar leite de lata, a minha mãe disse que era o melhor e no centro de saúde o médico aconselhou logo”.

Tendo em conta os dados supracitados, identifiquei o diagnóstico significado atribuído ao colostro e características das mamas dificultador.

Desta forma, com o objetivo de promover a amamentação foi implementada a intervenção: assistir a Joana a analisar o significado dificultador. Sendo que, como atividades que concretizam a referida intervenção defini:

- Explicar o que é um significado: um significado não é mais que uma representação interna e que por ser um pensamento é passível de ser alterado. “A forma como vê o colostro e as características das suas mamas não é uma verdade absoluta, é algo que a todo o tempo pode repensar e reformular se for esse o seu entender” (Cardoso et al., 2024);
- Colocar questões de reflexão sobre o assunto: o que a leva a pensar que o seu leite (colostro) é fraco e que as suas mamas não serão capazes de produzir leite? Pensou sempre assim? Existe alguém que conheça, que perante características semelhantes, tenha tido uma experiência de amamentação bem-sucedida? De que forma a maneira como pensa a pode aproximar do objetivo de amamentar a Leonor (Cardoso et al., 2024)?

Para a intervenção mencionada defini então o seguinte critério de resultado: que a Joana seja capaz de reformular o significado dificultador associado ao colostro e características das mamas.

Apesar dos seus benefícios, a taxa de amamentação exclusiva aos seis meses, a nível global, é de apenas 38% (UNICEF, 2019).

Reveste-se de particular importância a forma como os profissionais de saúde, em particular as EE-ESMO, abordam crenças relacionadas com a amamentação, compreendendo o contexto sociocultural e fornecendo verdadeiro suporte com base na melhor evidência disponível, por forma a promover o apoio e o conhecimento sobre lactação (Acheampong & Abukari, 2024).

É verdade que alguns médicos podem ter um interesse particular pela amamentação e investirem na formação nesse campo, no entanto, muito poucos veem a amamentação como algo relevante no seu papel profissional. Salvo raras exceções, os médicos apresentam um entendimento muito limitado sobre aqueles que são aspetos práticos relativamente ao apoio na amamentação. Infelizmente, por este motivo, é através destes profissionais que muitas vezes as puérperas obtêm informação imprecisa levando a um desmame precoce e desnecessário (Koura, 2019).

Crenças associadas à amamentação estão amplamente documentadas, assim como a forma negativa como afetam a taxa de amamentação de uma forma transversal em diversas culturas e continentes pelo mundo (Acheampong & Abukari, 2024). Uma das crenças que é amplamente disseminada inclui a ideia de produção insuficiente de leite, o que leva as mulheres a iniciarem o desmame mais precocemente que o recomendado. Algumas mães são influenciadas por crenças sobre a qualidade do leite, referindo-se a este como fraco, sujo ou de má qualidade. A maioria das referidas crenças não apresentam qualquer tipo de base científica, mas são amplamente difundidas, de uma forma geral, de geração em geração, em diferentes contextos culturais (Vargas-Zarateet al., 2020).

A opinião de pessoas significativas na vida das mulheres que amamentam, pode ter um profundo e duradouro impacto nas suas práticas de amamentação, uma vez que estas exercem sobre as mesmas, forte influência o que pode perpetuar crenças sobre a amamentação. Da mesma forma, a falta de suporte por parte de pessoas que são significativas para estas mulheres, tem igualmente um profundo impacto negativo nas suas práticas de amamentação (Alianmoghammad et al., 2018; Eram, 2017; Ferreira et al., 2018; Leahy-Warren et al., 2012; Tsegaye et al., 2019; Wanjohi et al., 2016).

Rodrigo e colaboradores (2019), desenvolveram um estudo para compreender a perceção das puérperas sobre a sua produção de leite e os resultados foram, de facto, interessantes. A maioria das mães, 78%, percecionava a sua produção de leite como adequada. No entanto, nos casos em que uma pessoa significativa lhes transmitiu que o seu leite era insuficiente ou inadequado, este facto teve o maior e mais profundo impacto na forma como estas percecionavam a sua produção de leite. Adicionalmente, em particular nos casos em que essa pessoa era do sexo feminino e mais velha, esta influência negativa assumia contornos ainda mais preponderantes (Rodrigo et al., 2019).

Ainda neste sentido, estudos têm demonstrado que a amamentação é um fenómeno complexo e não meramente instintivo ou biologicamente determinado, constituindo uma prática fortemente influenciada pelo contexto histórico, social e cultural em que a mulher se insere (Marques, 2011).

Koura (2019), no seu artigo, aborda diversas crenças comumente identificadas no que à amamentação diz respeito e três delas vão ao encontro das crenças expressas pela Joana. Crença número um: o colostro não é suficiente e não é bom - como já foi amplamente fundamentado anteriormente, o colostro é o leite produzido nos primeiros dias pós-parto, é espesso e de cor amarelada. A sua quantidade é reduzida (30ml a 100ml por dia), no entanto, é suficiente para esse período uma vez que o estômago do recém-nascido tem uma capacidade de aproximadamente sete mililitros (Koura, 2019). Crença número dois: mamas pequenas fornecem uma quantidade de leite insuficiente - o tamanho da mama está intimamente ligado com a quantidade de tecido adiposo e não com a

glândula mamária e seus alvéolos. O tecido mamário que é necessário para alimentar o recém-nascido cresce em resposta à gravidez independentemente do tamanho da mama. De facto, é possível para mães com mamas de pequenas dimensões amamentarem seus filhos e terem adequada produção de leite desde que respondam às necessidades do recém-nascido, idealmente em livre demanda (Koura, 2019). Crença número três: o leite materno é diluído e não é nutritivo - como já foi referido o colostro não apresenta variações na sua constituição ao longo da mamada, sendo o leite disponível nos primeiros dias de vida, à medida que o leite transita para maduro, aí sim, as suas características vão-se alterando no decurso da mamada daí a importância de drenar o conteúdo de cada mama na sua totalidade antes de oferecer a outra (Koura, 2019; Marques, 2011).

Enquanto futura EE-ESMO, uma reflexão impôs-se fazer no que concerne ao papel preponderante que estes profissionais têm numa ótica de proximidade no seio da comunidade. Tendo em conta o contacto que tive com o caso da Joana, pude constatar que, de facto, não existe igual oportunidade entre os potenciais clientes dos nossos cuidados. Esta mulher (pelo contexto da sua vida laboral) não se enquadrou nos horários disponíveis para as sessões de preparação para o parto e parentalidade que eram realizadas no seu centro de saúde e por ser considerada uma gravidez de “baixo risco” foi sempre acompanhada no centro de saúde pela sua enfermeira de família tendo-lhe sido vedado, portanto o acesso a cuidados de saúde especializados a prestar por uma EE-ESMO. Continuam a não ter acesso a cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica inúmeras grávidas no nosso país, e, num contexto, como já foi amplamente abordado, em que cada vez mais nos chegam grávidas imigrantes com barreiras de comunicação importantes, faria todo o sentido saber onde elas estão e procurá-las, com o objetivo de intervir de forma individual, dirigida à especificidade de cada mulher e contexto familiar.

O caso da Joana foi apenas um exemplo dos muitos com os quais tive a oportunidade de contactar e que me surpreenderam de uma forma que não esperava encontrar no contexto da prática. Impactou de maneira significativa

a forma como percebi o real alcance das crenças sobre amamentação e a influência que terceiros podem ter nesta prática, seja o companheiro/a ou outra pessoa significativa como a mãe, por exemplo. Dotar estas mulheres de conhecimento sobre amamentação e assisti-las a reformular o significado dificultador que têm sobre, seja qual for o aspeto a ela inerente, reveste-se de uma importância premente e com possibilidade de produzir ganhos em saúde absolutamente cruciais na vida destas mulheres e seus filhos e, por consequência, na sua família e comunidade.

À medida que fui passando pelos diversos locais de estágio em contexto hospitalar, mais convicta me tornei na defesa da premissa de que é, de facto, desde o início da gravidez e no contexto da comunidade que todas estas questões devem ser abordadas junto destas mulheres, porque não é em 48 ou 72 horas que se consegue trabalhar e acompanhar aspetos já tão profundamente intrínsecos a estas pessoas.

Direcionando agora o meu olhar para a recém-nascida Leonor, nascida de parto eutócico, nas primeiras 6 a 12 horas de vida, com peso à nascença de 3100g, 49cm de comprimento, 33cm de perímetro cefálico. Índice de Apgar 9/10/10 ao primeiro, quinto e décimo minuto respetivamente. Realizou contacto pele com pele ao nascimento, mamou na primeira hora de vida, mantém alimentação com leite materno, apresentou uma micção e uma dejeção de mecónio desde o nascimento. Apresenta-se calma, com pele hidratada e coloração rosada, com choro vigoroso e tónus adequado.

No que concerne ao domínio recém-nascido, importa vigiar a sua adaptação à vida extrauterina, garantindo que esta ocorre de acordo com o espetável. Esta vigilância envolve elementos como reflexos, estado da pele e mucosas, padrão de alimentação e de eliminação, sendo que a forma de assegurar que tais aspetos são garantidos passa, de facto, pela promoção do desenvolvimento de competências parentais por quem dele irá cuidar. Neste domínio importa também avaliar a evolução do estado do coto do cordão umbilical e pele circundante por forma a despistar complicações, conforme orientações da WHO

(2022). O coto do cordão umbilical apresentava-se sem sinais inflamatórios, com aspeto gelatinoso e cheiro *suis generis*.

Relativamente ao domínio reflexo de sucção, importa perceber que este é desencadeado pelo estímulo do palato, está presente em recém-nascidos de termo e alguns pré-termo, sendo que geralmente desaparece por volta dos três meses de idade (Kaur et al., 2016). Por forma a alimentar-se de forma eficaz, é necessário que o recém-nascido coordene a sucção, a deglutição e a respiração (Kaur et al., 2016). Para além da função nutritiva, a sucção tem também uma função não nutritiva com efeito calmante, sendo particularmente benéfica durante procedimentos potencialmente dolorosos como a vacinação e o rastreio neonatal (Shah et al., 2023), pelo que se preconiza a amamentação ou sucção não nutritiva durante estes procedimentos (AAP & ACOG, 2017). A intensidade e a coordenação deste reflexo assumem extrema importância uma vez que permitem que o processo de amamentação seja mais facilmente assegurado (Neiva & Leone, 2006). Na Leonor, foi observado um acanolamento e peristaltismo da língua eficazes, bem como uma força de sucção igualmente eficaz.

Quanto ao domínio eliminação intestinal é expectável que o recém-nascido apresente uma dejeção de mecónio nas primeiras 24 horas após o nascimento, sendo que, se um recém-nascido de termo não apresentar uma dejeção de mecónio nas primeiras 48 horas de vida deve ser comunicado ao pediatra uma vez que pode haver uma obstrução no trato gastrointestinal inferior (AAP & ACOG, 2017). No que ao domínio eliminação urinária diz respeito, espera-se que o recém-nascido apresente uma micção nas primeiras doze horas de vida, caso esta não ocorra nas primeiras 24h deve ser igualmente comunicado (AAP & ACOG, 2017; Commonwealth of Dominica, 2015; Perez & Mendez, 2023). Para além da vigilância da primeira micção, importa também considerar a sua frequência e características uma vez que estão diretamente relacionadas com o aporte hídrico e a alimentação do recém-nascido (AAP & ACOG, 2017). A Leonor apresentou durante o turno da manhã, primeiras doze horas de vida,

uma dejeção de mecónio e uma micção de urina amarelada, límpida e em pequena quantidade.

4. CUIDAR A MULHER EM TRABALHO DE PARTO

4.1. Contextualização do local de estágio

O estágio de bloco de partos decorreu num período de vinte semanas num total de 500 horas de contacto, durante este período foi possível adquirir e aperfeiçoar competências específicas da EE-ESMO em particular.

De acordo com o regulamento n.º 391 de 2019 da Ordem dos Enfermeiros, a EE-ESMO cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, realizando o parto num ambiente seguro, com o intuito de potenciar a saúde da mulher em trabalho de parto, feto e do recém-nascido, otimizando a sua adaptação à vida extrauterina. Segundo o mesmo regulamento, e em complementaridade, a EE-ESMO diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido e providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto (OE, 2019b). Este último aspeto marcou particularmente a experiência que tive no local onde realizei este estágio, sendo um hospital terciário com um elevado nível de diferenciação, as experiências nas quais coexistia patologia materna ou fetal foram inúmeras e de diversa natureza. No entanto, fui capaz de manter sempre uma visão que transcende a patologia, sempre delinee os meus cuidados entendendo a fisiologia, porque ela existe sempre apesar do aparecimento de patologia ou mesmo que haja uma patologia prévia à gravidez. Os mecanismos fisiológicos da mulher estão sempre lá, entendo ser necessário compreender como estes funcionam em cada mulher em concreto, para que os mesmos possam ser potenciados ao seu expoente máximo, aí sim sabemos que cumprimos o nosso papel enquanto EE-ESMO.

Concomitantemente no regulamento n.º 140/2019 está salvaguardado como competência comum do enfermeiro especialista o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, bem como o alicerçar da sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019a). Ainda de acordo com

o mesmo regulamento, está previsto que o enfermeiro especialista garanta práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, nomeadamente, gerindo, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente (OE, 2019a).

No decurso deste estágio, que considero pleno de experiências, adotei uma postura de reflexão pessoal sobre a prática diária e *in loco*, na procura constante por adquirir conhecimentos e capacidades na área da ESMO, aliando sempre a reflexão e o questionamento sobre a minha prática: Como agi? Que intervenções implementei? O que disse? O que faria igual, o que faria diferente à luz do que sei agora? O princípio que me movia era adotar, sempre, uma perspetiva de me tornar capaz de ser e fazer melhor a cada dia. Procurei, numa fase inicial, inteirar-me sobre o *modus operandi* da equipa e da instituição. Desta forma, fui capaz de tirar o melhor que cada uma/um que me acompanhou, que me ensinou, na diversidade das suas visões sobre os cuidados e sua forma de intervir. Na certeza, porém, de que existem diversas formas de ensinar e de aprender e o importante é que sejamos capazes de refletir sobre a prática, no geral, e na nossa em particular, não perdendo o foco do que são as boas práticas e a visão dos cuidados que nos guia. Se é fácil? Não, no entanto, acredito que, paulatinamente, pequenas mudanças podem constituir grandes passos no desenvolvimento das práticas, ao longo dos tempos. Há um caminho longo a percorrer, é certo, mas cabe, particularmente, a nós, futuras EE-ESMO, dar o nosso contributo para tornar esse caminho mais curto. Na certeza, porém, que uma gota no oceano pode não fazer diferença, mas que a nossa intervenção junto da mulher em trabalho de parto pode ser absolutamente marcante para a sua experiência, e se esta for positiva, então, já valeu a pena. E essa “gota”, fez a diferença!

A missão dos cuidados especializados em ESMO centra-se na promoção da saúde e de transições saudáveis no âmbito da saúde ginecológica, sexual e reprodutiva (PQCEESMO, 2021). Em particular, no âmbito da preparação para o parto, a EE-ESMO desempenha um papel essencial na construção partilhada do plano de parto, bem como no acompanhamento do trabalho de parto, através da

avaliação contínua da sua evolução e da prestação de cuidados à mulher e às pessoas significativas, com vista à promoção de uma experiência de parto positiva (PQCEESMO, 2021). Neste contexto, torna-se incontornável refletir sobre o conceito de “plano para o meu parto” e sobre o contributo que as EE-ESMO podem e devem oferecer para garantir que o parto decorra de forma segura, respeitosa e centrada na mulher.

Um plano de parto, como a própria palavra indica é um projeto, é uma intenção, poder-se-á dizer que é uma declaração antecipada de vontade. Este deve ser elaborado pela mulher e pessoa significativa em conformidade com as suas preferências, valores, crenças e desejos de natureza individual, podendo ser escrito ou não, sendo que, qualquer plano de parto pode ser bem construído quanto melhor a informação que o suporta (Cardoso et al., 2023a).

Assim, a elaboração conjunta do plano de parto durante a gravidez tem um impacto positivo no processo de parto e nos desfechos materno-fetais (Ahmadpour et al., 2021; López-Gimeno et al., 2021) uma vez que expectativas irrealistas podem causar insatisfação com a experiência do parto (Medeiros et al., 2019). A introdução do tema “parto”, caso não seja abordado pela mulher e/ou pessoa significativa em consultas anteriores, seria pertinente que ocorresse até às 20 semanas por forma a possibilitar a existência de uma avaliação inicial e um planeamento atempado das intervenções, recomendando-se vivamente que o plano de parto seja preenchido a lápis ao longo da gravidez, o que transmite à díade a noção de que é passível de ser alterado no seu decurso, integrando a ideia de que nada é definitivo e que podem mudar de ideias à medida que se conhecem melhor e saibam mais sobre os assuntos e sobre a situação obstétrica (Cardoso et al., 2023a).

Do que constatei em contexto de estágio, entendo que o conceito de plano de parto ainda não é apresentado e esclarecido a todas as mulheres, longe disso. Efetivamente, a visão das equipas de saúde (enfermagem e médica) sobre o tema em contexto hospitalar mantém-se maioritariamente paternalista, despromovendo o sentido de “poder” de decisão e de ação da mulher, quando o parto é dela e de mais ninguém.

Apesar de haver uma proposta de modelo de plano de parto, lançado pela MCEESMO, muitas instituições elaboraram o “seu” próprio modelo, que muitas vezes limita as respostas a “sim” ou “não”, quando o que seria mais pertinente fazer seria uma abordagem cuja resposta desse a conhecer o nível de importância atribuído a cada parâmetro, uma vez que, a análise em conjunto (EE-ESMO e grávida/pessoa significativa) do nível de importância atribuída a cada afirmação do plano de parto, permite a possibilidade de conhecerem as expectativas de cada um e, conseqüentemente, promover a comunicação entre ambos (Cardoso et al., 2023a).

Daqui advém uma reflexão sobre a importância da intervenção da EE-ESMO no âmbito da preparação para o parto e em particular em contexto da comunidade. Não é quando a mulher se encontra em trabalho de parto que estas questões devem ser abordadas, é durante a gravidez. Aliás, deverá ocorrer numa fase ainda precoce, para que este caminho possa ser percorrido à medida que esta se desenvolve (Cardoso et al., 2023a). Nesta perspetiva, também deteto desafios e constrangimentos, porque mesmo que este trabalho consiga ser devidamente levado a cabo pelas EE-ESMO em contexto da comunidade, se não coexistir uma ponte e forte comunicação com a instituição hospitalar na qual irá ocorrer o parto, a probabilidade de se criarem expectativas irrealistas é grande, o que pode resultar numa experiência de parto menos positiva, ou mesmo negativa, que potencialmente pode causar um forte impacto ao nível da saúde mental no pós-parto e até mesmo numa futura gravidez.

A perceção com que fiquei durante o estágio é de que persiste ainda muito julgamento e preconceitos no seio das equipas de saúde. O conceito de plano de parto não está ainda bem esclarecido entre as diferentes classes profissionais e acaba por não cumprir o seu propósito, ainda. Acredito que cabe a cada uma/um de nós ser agente de mudança, mesmo entre os nossos pares.

Voltando aos PQCEESMO (2021), estes assentam em três pilares fundamentais: a competência profissional, a prática baseada na evidência e o respeito pela(o) cliente dos cuidados. E particularmente, no que concerne a este último ponto,

numa fase em que a transculturalidade é uma realidade presente e inegável no contexto da ESMO, assume particular relevo a premência de prestar cuidados de saúde culturalmente sensíveis. E, neste ponto, há que promover:

“ (. . .) o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual da mulher e das pessoas que lhe são significativas; o respeito pelas expectativas relacionadas com o trabalho de parto e nascimento do filho; o respeito pelas expectativas e desejos de natureza individual relacionadas com o projeto de maternidade/ paternidade (. . .)” assim como promover “(. . .) o estabelecimento de uma relação terapêutica com a mulher e a(s)pessoa(s) que lhe são significativas, tendo por referências as competências de comunicação clínica; (. . .)” (PQCEESMO, 2021, p. 9).

No que concerne aos recursos físicos, o local onde decorreu o referido estágio apresenta três setores distintos, inseridos no mesmo espaço e que trabalham em estreita colaboração: a urgência de obstetrícia/ginecologia, a sala de partos e o bloco operatório.

Na área da urgência de ginecologia/obstetrícia existe uma sala de enfermagem onde a EE-ESMO procede à triagem das mulheres admitidas no serviço, vindas pelos próprios meios ou encaminhadas pela Linha Saúde 24. Existe também uma sala com uma lotação máxima de três pessoas (clientes dos cuidados) onde se procede à monitorização do bem-estar fetal por meio de CTG, nesse espaço é permitida a entrada de um acompanhante/pessoa significativa por grávida. O espaço é restrito e em dias de maior afluência de pessoas à urgência torna-se desafiante zelar e manter a privacidade das mulheres. Existe um esforço conjunto para o fazer, nomeadamente com recurso a biombos entre os cadeirões e lençóis para proteger o corpo da mulher, que durante a realização do CTG tende a estar mais exposto, particularmente quando usam vestido.

A sala de partos, é constituída por sete quartos individuais e uma sala de “observações” (OBS). Cada quarto tem uma cama destinada à grávida, com a possibilidade de ajuste em diversas posições e com acessórios que podem ser acoplados e atuam como dispositivos facilitadores da progressão do trabalho de parto como a “barra” e os “manípulos”, que, atuando como bases de suporte ao movimento do corpo da parturiente, desempenham também um excelente adjuvante da mesma no que concerne ao lidar com a dor de trabalho de parto. Cada quarto está equipado com aparelhos de CTG de última geração com tecnologia sem fios, que, em teoria, possibilita à parturiente uma maior e melhor mobilidade e à EE-ESMO um maior leque de estratégias para propor e contratualizar com as clientes dos seus cuidados. Existe também um quarto de banho em cada unidade individual, onde a parturiente pode fazer a sua higiene pessoal, poderia ser um local onde se proporcionasse momentos de relaxamento com privacidade, recorrendo ao uso de água quente, nomeadamente na região lombar, pélvica e perineal, de acordo com o desejo e vontade expressa da mulher, no entanto, este recurso não é utilizado para esse fim com a justificação de que não podem molhar o penso do cateter epidural. Esta limitação seria facilmente ultrapassada se se colocassem pensos impermeáveis em vez de compressas e adesivo normal, no entanto, o procedimento instituído pela equipa de anestesia é a fixação do local de inserção do cateter com penso impermeável e colocação de compressas por cima, fixas com adesivo normal alegando que desta forma se diminui o risco de deslocação do mesmo durante o posicionamento da grávida na cama. Ora, se se fomentasse mais a mobilização ativa durante o trabalho de parto e se se incentivasse métodos de relaxamento como estratégia não farmacológica para lidar com a dor de trabalho de parto, talvez houvesse menos mulheres no leito durante este período. É amplamente reconhecido que, na maioria das ocasiões, a permanência na cama em nada beneficia a evolução do trabalho de parto, com a exceção dos momentos de descanso durante o mesmo. Existe também um cadeirão que possibilita um maior conforto para a pessoa significativa que acompanha a mulher durante o seu trabalho de parto, sendo esta presença permitida ao longo das 24 horas. Durante o estágio, pude constatar que, na grande maioria das vezes, a pessoa

escolhida pela mulher para partilhar este momento foi o pai do bebé, no entanto, pontualmente presenciei a escolha pela mãe, sogra, irmã ou amiga.

Em cada sala de partos existe um reanimador neonatal com balança incorporada, que felizmente, na maioria das vezes, apenas serve para a avaliação dos dados antropométricos do recém-nascido em ambiente aquecido e para o vestir. Adicionalmente, há ao dispor de todas as parturientes e EE-ESMO que os queiram utilizar, dispositivos facilitadores da progressão do trabalho de parto como: a bola de parto, embora as dimensões das mesmas frequentemente não serem adequadas às parturientes que as usam colocando em causa a segurança, pois as suas dimensões não possibilitam à mesma manter um ângulo de 90° entre as articulações da anca/joelhos e joelhos-tornozelos (Cardoso et al., 2023a); a bola “amendoim” e a bola “bosu”. Num dos quartos, o de maiores dimensões, existe uma cadeira de parto vertical ou ergonómica com rebozo suspenso (tipo *Duoetto Birthing System*), este dispositivo permite à mulher um leque de movimentos amplo, em suspensão, promovendo o alongamento da musculatura lombar e pélvica, que concomitantemente pode ser usado como dispositivo facilitador do relaxamento já que é possível a presença da pessoa significativa sentada atrás da mulher a executar uma massagem com esse objetivo. De notar que este dispositivo é um recurso subutilizado pelas parturientes e também pelas EE-ESMO, pelo que é notória a necessidade de investimento, em primeira instância, na formação das EE-ESMO, por forma a terem o conhecimento necessário para o transmitirem *à posteriori* às mulheres para que estas possam tirar real partido deste recurso. Neste contexto refiro-me a ambiente intra-hospitalar, mas volto a frisar a importância da abordagem destas e outras estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto no contexto da preparação para o parto durante a gravidez numa fase tão inicial quanto possível, já que estes dispositivos e o seu correto uso atuam simultaneamente como dispositivos facilitadores da progressão do trabalho de parto, já que uma e outra coisa estão intimamente relacionados e são indissociáveis.

A chamada sala de OBS está destinada a receber, maioritariamente, as mulheres com cesariana programada (na sua maioria por apresentação pélvica ou placenta prévia), tem a lotação máxima de duas pessoas, sendo permitida a presença de um acompanhante/pessoa significativa também 24 horas por dia, isto porque, aí podem permanecer também mulheres que deram entrada pelo serviço de urgência de obstetrícia/ginecologia e necessitem de ficar em vigilância por um determinado período de tempo (noturno ou diurno).

O bloco operatório, é de uso exclusivo da especialidade de obstetrícia e ginecologia contemplando duas salas operatórias, um “berçário” e uma zona de recobro. É utilizado para cesarianas programadas ou urgentes/emergentes, bem como para intervenções cirúrgicas do foro ginecológico. A permanência da pessoa significativa no bloco operatório é permitida e incentivada, nomeadamente o contacto pele com pele do recém-nascido com esta até que a mãe esteja disponível e o queira fazer, terminada a cesariana.

No que concerne às dotações seguras, a MCEESMO define, no seu parecer n.º 43 de 2019, que na assistência intraparto o rácio EE-ESMO/parturiente deve ser de um para dois durante o primeiro estadio do trabalho de parto e de um para um no segundo, sendo que, nos casos de indução de trabalho de parto é considerado seguro o rácio de um para três (MCEESMO, 2019). No contexto de estágio em questão, independentemente do turno, estão alocados à sala de partos sempre três EE-ESMO (cada um fica responsável por dois “quartos”) sendo que existe uma EE-ESMO responsável de turno que dá apoio a todos. Um quinto elemento está destacado para a admissão ao serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia. O que, em bom rigor, nem sempre traduz um rácio em conformidade com as dotações seguras supracitadas.

A DGS emanou uma orientação (n.º 002/2023) relativamente aos cuidados de saúde durante o trabalho de parto, segundo o referido documento, estes cuidados devem ser assegurados por uma equipa multidisciplinar, tendo em conta uma clara definição de atividades, tarefas e responsabilidades afetas a cada interveniente, tendo em conta as competências legalmente estabelecidas, de acordo com os riscos de saúde individuais de cada parturiente e a

necessidade de resposta a cada momento. Os objetivos primordiais a atingir são a promoção de cuidados de saúde de qualidade, com particular ênfase na segurança materno-fetal, bem como numa experiência de parto positiva para a mulher/família (DGS, 2023). O mesmo documento define claramente que todos os trabalhos de parto devem ser avaliados quanto ao risco de saúde materno-fetal existente permitindo uma classificação em trabalho de parto de baixo risco ou trabalho de parto de vigilância acrescida (DGS, 2023). Assim, estão claramente definidos os critérios necessários para a classificação de um trabalho de parto como de baixo risco, devendo estar todos presentes:

“(. . .) trabalho de parto de início espontâneo; gestação unifetal, de termo (37+0 a 41+6 semanas), apresentação cefálica de vértice; frequência e ritmicidade normais das contrações uterinas; paridade <5; índice de massa corporal <35 kg/m²; ausência de doença materna grave; ausência de diabetes, pré-eclampsia, polihidrâmnio, descolamento da placenta, placenta prévia, acretismo placentário, coagulopatias hereditárias ou adquiridas; ausência de medicação na gravidez (exceto vitaminas, oligoelementos, antieméticos, antipiréticos); análises do 3º trimestre sem anemia (hemoglobina ≥ 11 g/dL) ou trombocitopenia (plaquetas $\geq 100,000$ μ L (ou microL ou 109/L); serologias VIH e Ag HBs negativas; sem antecedentes de distócia de ombros, hemorragia pós-parto major, alergia medicamentosa, ou complicações anestésicas prévias; sem hemorragia vaginal recente; crescimento fetal normal (última ecografia do 3º trimestre com estimativa de peso fetal entre o percentil 10 e 90), volume de líquido amniótico e fluxometria Doppler fetal normais; ausência de malformação fetal major; traçados cardiotocográficos anteparto normais (se tiverem sido realizados);

movimentos fetais normais; sem mecónio espesso ou recente no líquido amniótico; ausência de cicatrizes uterinas; ausência de útero miomatoso; sem rotura de membranas com >24 horas de duração; temperatura axilar <38°C, PA sistólica <140 mm Hg, PA diastólica <90 mm Hg e frequência cardíaca fetal claramente audível e dentro de valores normais” (DGS, 2023, p. 13).

Tendo em conta todos os aspetos a considerar no documento supracitado, o internamento hospitalar de uma parturiente em trabalho de parto classificado como de baixo risco pode ser realizado por um Médico de Obstetrícia e Ginecologia ou por uma EE-ESMO (DGS, 2023). A vigilância do trabalho de parto de baixo risco é tarefa e responsabilidade da EE-ESMO, sendo que, esta deverá também identificar o aparecimento de sinais de alerta e de desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, reportando esta informação a um médico de Obstetrícia e Ginecologia (DGS, 2023). Entende-se como “responsável pelo parto” o profissional de saúde que presta a principal assistência à parturiente e ao feto na altura da realização dos esforços expulsivos maternos e do parto, bem como os principais cuidados à mulher no pós-parto imediato (DGS, 2023). Nos partos eutócicos, o responsável pelo parto será preferencialmente uma EE-ESMO, enquanto nos partos vaginais instrumentados será sempre um médico de Obstetrícia e Ginecologia (DGS, 2023).

Como já foi amplamente esclarecido ao longo do presente relatório, a escolha dos casos clínicos para a elaboração da conceção de cuidados procura, tanto quanto possível, explorar e refletir sobre casos de baixo risco, nos quais entendo poder comprovar com maior amplitude e clareza as competências que adquirir e que são autónomas das EE-ESMO, que transcendem a patologia e a mera execução de intervenções resultantes de prescrição e o seguimento de protocolos institucionais.

Neste sentido, segue-se a apresentação de dois casos clínicos, que para além do exposto acima, foram por mim escolhidos por terem constituído uma experiência atípica, no contexto de estágio onde o mesmo teve lugar, e que, no fundo, melhor traduzem o que gostaria de aplicar na prática como EE-ESMO no futuro.

4.2. Conceção de cuidados na assistência à mulher em período expulsivo e pós-parto imediato

A Laura, deu entrada pelas 13h no serviço de urgência de obstetrícia vinda do domicílio, acompanhada pelo marido João. Apresentava queixas álgicas sugestivas de contração uterina regular, que segundo o marido, estariam a aumentar progressivamente de frequência e intensidade, desde que a Laura apresentou rotura de membranas pelas 12h (uma hora atrás), com saída de líquido amniótico claro. O exame vaginal permitiu constatar dilatação completa, com feto em apresentação cefálica, de III para IV Plano de Hodge. Foi de imediato transferida para a sala de partos em maca. Recebi o casal e apresentei-me auxiliando a Laura a transferir-se para a cama do quarto onde teria o seu bebé, enquanto lhe perguntei: “quem vai nascer?”, ao que o João respondeu: “a Maria”. Enquanto a EE-ESMO que a admitiu transmitia a informação colhida na admissão, eu e a minha tutora procedemos à monitorização do bem-estar fetal por meio de CTG e ao posicionamento da parturiente naquela que é a posição tradicionalmente adotada naquela instituição, litotomia ou decúbito supino.

A Laura era uma grávida de 37 semanas e três dias, primigesta, grupo de sangue O Rh⁻, SGB⁻, sem alergias conhecidas e sem antecedentes pessoais de relevo, tendo apresentado uma gestação vigiada e sem complicações, pelo que estávamos perante um trabalho de parto de baixo risco.

Aquando do posicionamento da Laura constatou-se que o feto se encontrava a coroar, com tranquilidade, foi explicado ao casal que a Maria iria nascer muito

em breve e que estava tudo bem, ambos estavam incrédulos com a rapidez da evolução do trabalho de parto na última hora e apresentavam-se ambos calmos.

Nesta fase, foi mantido o respeito pelos esforços expulsivos espontâneos, incentivando a liberdade na forma de respirar e onde realizar a força. Simultaneamente foram elogiados os esforços com referência a evidências concretas: “Que bem Laura, a cabeça da Maria já está aqui, tem cabelo castanho, quer sentir? O João quer ver?”, sendo que ambos concordaram, o que proporcionou um momento de muita emoção entre o casal (e em nós). Foi elogiada a forma como a Laura respondeu aos impulsos fisiológicos: “Que bem Laura, está a fazer muito bem, siga o que o seu corpo lhe diz para fazer, perfeito”.

Simultaneamente, abri o Kit de parto, vesti equipamento de proteção individual (máscara, touca e bata), abri o campo, calcei luvas esterilizadas e dispus o material de parto, procedendo de imediato à colocação dos campos esterilizados (bolsa nadegueira com saco coletor e campo sobre o abdómen da Laura), enquanto explicava o procedimento (Amaral et al., 2020).

Dada a rapidez com que todo o processo de coroar estava a acontecer, procedi de imediato à proteção manual do períneo utilizando a técnica vienense. Assim, coloquei a mão dominante sobre o períneo; com o polegar e indicador colocados em cada lado ântero-lateral à fúrcula, executando um movimento de aproximação desses dedos por forma a reduzir a tensão; simultaneamente, usei a palma da mão dominante para auxiliar na exteriorização da cabeça. Assim, aplicando pressão ventralmente no períneo, ao mesmo tempo usei a mão não dominante para controlar a velocidade da saída da cabeça fetal, enquanto facilitava a extensão da mesma (Kleprlikova et al., 2020).

Quando a cabeça se exteriorizou solicitei à Laura que não empurrasse, enquanto com a mão esquerda pesquisei a existência de circular cervical do cordão (introduzindo o dedo médio e o indicador na região cervical do feto), verificou-se que não existia circular cervical (Amaral et al., 2020). Aguardei a restituição, segurei suavemente a cabeça (colocando uma mão no parietal inferior e a outra

no parietal superior, com os dedos em forma de “garra” à volta do pescoço com o devido cuidado por forma a evitar o estiramento do plexo braquial), fazendo ligeira tração, no sentido descendente e para fora, na direção do reto, até à exteriorização do ombro anterior (Amaral et al., 2020). Acompanhei a descida fetal até a exteriorização do ombro anterior sob o púbis, efetuei o mesmo movimento para cima, com o objetivo de libertar o ombro posterior usando a mão esquerda, mantendo a direita a apoiar o períneo, segurei o recém-nascido (a mão direita saiu do períneo e segurou as nádegas) e nasceu a Maria às 13h40.

Foi um momento de muita emoção para os presentes em especial para a mãe e o pai que acabaram de nascer.

Sequei bem a Maria, já colocada sobre o abdómen da mãe, que apresentou um índice de Apgar de nove ao primeiro minuto de vida, altura em que procedi à laqueação do cordão umbilical (três a quatro centímetros acima do anel umbilical, com *clamp* definitivo [*clamp* Hollister] e dois centímetros acima, com pinça de Kocher) (Amaral et al., 2020). Nesse momento perguntei, dirigindo a questão a ambos, se algum deles gostaria de cortar o cordão ao que responderam em consonância que seria o João a fazê-lo. Nessa altura removi os panos que utilizei para secar a Maria colocando-a diretamente sobre o abdómen da mãe em contacto pele com pele com um lençol seco e aquecido por cima (Amaral et al., 2020).

A tríade ficou nessa “bolha de amor”, centrados em si mesmos, altura em que procedi à colheita de sangue do cordão umbilical para determinação do grupo sanguíneo da Maria dado que o da mãe é O Rh⁻ (Amaral et al., 2020).

Entretanto foi iniciada perfusão ocitócica de acordo com o protocolo institucional, dez unidades de ocitocina em 1000ml de glicose 5% em soro fisiológico a um ritmo de 250 ml/h, que perfunde durante as duas horas pós-parto imediato. O que a norma 002/2023 preconiza é:

“(. . .) administrar imediatamente à puérpera ocitocina 10 UI, em bólus endovenoso lento (durante 1-2 minutos) seguido de ocitocina 5 UI diluída

em 500 mL de soro fisiológico, administrada em bomba perfusora a 500 ml/hora se a puérpera tiver uma veia patente (caso contrário ocitocina 10 UI intramuscular) (. . .)” (DGS, 2023, p. 7).

Tendo em consideração que a Laura não possuía acesso venoso periférico, considero que teria sido mais adequado administrar 10 UI de ocitocina intramuscular, no entanto, apesar de o ter sugerido (inclusivamente fi-lo noutros casos semelhantes em que o acesso venoso não estava disponível pela celeridade a que o parto ocorreu) tal não foi aceite, pelo que se iniciou o protocolo institucional conforme foi referido anteriormente. A meu ver, e baseando-me na norma supracitada, não reconheço necessidade de colocar um acesso venoso apenas com o objetivo de administrar ocitocina pós-parto, bem como defendo que a mulher deve poder hidratar-se e alimentar-se oralmente conforme sua vontade e tolerância no momento, particularmente, considerando que foi exatamente o que a Laura fez até então. Mais uma vez, trata-se de ter a capacidade de implementar intervenções dirigidas às necessidades específicas de cada mulher cliente dos nossos cuidados e não porque está protocolado a nível institucional. Diria mais, neste caso em particular, tendo em linha de conta todos os aspetos já descritos, entendo que poderia ser a Laura a decidir o que preferia, porque em bom rigor não existia nenhum motivo clínico que colocasse uma opção como mais benéfica que a outra e a Laura seria a pessoa mais indicada para tomar essa decisão.

Passados cerca de dez minutos observei uma repentina perda de sangue escuro oriunda do introito vaginal, correspondente a sinal de descolamento da placenta, acompanhada de um prolongamento evidente para o exterior do cordão umbilical, sugestivo da aproximação da placenta do introito vaginal. Nessa altura, executei a dequitação, solicitando à Laura que empurrasse a placenta, momento em que esta começa a ser visível, segurei então a placenta, apoiando-a durante a sua exteriorização, com o objetivo de diminuir a pressão sobre as membranas friáveis, usando o seu peso e a força da gravidade para facilitar a saída completa das mesmas (Sequeira et al., 2020a). Executei então

a manobra de Dublin (movimentos de rotação no sentido dos ponteiros do relógio, por forma a auxiliar na exteriorização completa das membranas e mantê-las intactas), altura em que constatei que o mecanismo de descolamento presente foi o de Duncan, no qual a superfície materna (rugosa) surge em primeiro lugar. O descolamento da placenta inicia-se pela periferia, fazendo com que a placenta deslize lateralmente até à vagina, acompanhada de um contínuo sangramento (Sequeira et al., 2020a). Coloquei então a placenta na mesa de partos para posterior avaliação. Vigiei a perda sanguínea, que estava dentro dos parâmetros da normalidade, verifiquei a formação do globo de segurança de Pinard, que se encontrava bem formado e realizei a revisão do canal de parto, verificando as estruturas afetadas: paredes anterior, laterais e posterior da vagina tendo detetado uma laceração vaginal baixa de pequenas dimensões (cerca de quatro centímetros). Foi também inspecionada a parte mais externa nomeadamente da vulva e períneo sendo apenas observadas duas microfissuras nos grandes lábios que não se apresentavam sangrantes (Sequeira et al., 2020a) pelo que não cumpriam critérios para proceder à sua reparação por meio de sutura.

Realizei então a higienização da zona perineal e zonas adjacentes, lavando a região perineal com soro fisiológico, secando bem toda a área.

Nessa altura procedi à inspeção mais minuciosa da placenta (face materna e face fetal), com o objetivo de identificar a sua integridade e possíveis anomalias. Com compressas esterilizadas limpei a face materna da placenta, removendo sangue e coágulos, por forma a garantir que não ficou retido qualquer fragmento da placenta ou secção de cotilédone (Amaral et al., 2020). Observei a forma, o tamanho e os bordos da mesma, para detetar vasos ou cotilédones aberrantes, verifiquei a inserção da placenta através do ponto de rotura das membranas (Sequeira et al., 2020a). Observei as membranas fetais, reconstituindo a câmara amniótica com o objetivo de verificar que nenhum fragmento de membranas ficou retido na cavidade uterina, observei a inserção e as características do cordão umbilical (inserção central, três vasos - duas

artérias e uma veia, geleia de Wharton), acondicionei então devidamente a placenta para seguir para incineração (Sequeira et al., 2020a).

Em alinhamento com as competências da EE-ESMO, mencionadas no regulamento nº391 da OE, avaliei a integridade do canal de parto e apliquei as técnicas de reparação necessárias (OE, 2019b). Assim, removi todo o material de proteção, procedi à lavagem das mãos e reuni o material necessário para proceder à correção da laceração vaginal (campo grande, campo pequeno, compressas esterilizadas, porta-agulhas, pinça de disseção com dente de rato, tesoura de bico redondo, fio de sutura cirúrgica - multifilamento, sintético, absorvível, composto por poliglatina 2/0 rapid, agulha meio círculo, ponta redonda) (Mascarenhas, 2020). O fio *Vicryl rapide®* é uma boa opção para suturas perineais uma vez que apresenta uma força tênsil de 10 a 12 dias e absorção em 42 dias. De fácil manuseamento, permite dar nós seguros e de fácil execução, com boa passagem pelos tecidos e pouco traumatismo tecidular, pelo facto de ser um fio sintético, causa pouca reação de corpo estranho. Trata-se do fio mais utilizado em Ginecologia e Obstetrícia (peritoneu, útero, vagina, trompas, períneo, aponevrose dos retos abdominais) (Barros et al., 2011; Zogbi et al., 2021).

Simultaneamente a EE-ESMO responsável pelos cuidados ao recém-nascido solicitou o consentimento da Laura para proceder à avaliação antropométrica da Maria, administração de vitamina K e colocação da pomada oftálmica explicando a evidência que o sustenta. Retomando o contacto pele com pele da Maria com a mãe logo de seguida com novo lençol aquecido por cima.

Uma vez que a Laura teve um parto fisiológico, foi necessário efetuar anestesia dos tecidos locais pelo que acrescentei o material para o efeito: seringa de 5cc, agulha intramuscular, agulha endovenosa e analgésico (lidocaína 2%, sem adrenalina) (Mascarenhas, 2020).

Ajustei o foco de luz por forma a melhorar as condições de visibilidade dos tecidos a suturar, coloquei novo equipamento de proteção individual, expliquei o procedimento à Laura e solicitei o seu consentimento. Nesta altura a Maria já

estava novamente em contacto pele com pele com a Laura pelo que a tríade estava novamente centrada sobre si, um pouco alheios ao que se passava à sua volta.

Coloquei um campo estéril por baixo das nádegas da puérpera, aspirei o anestésico local, introduzi a agulha no tecido adjacente à lesão e, após aspiração negativa, o anestésico local foi então injetado, por planos à medida que a agulha era exteriorizada (Restaino, 2024).

Aguardei cerca de cinco minutos, visto que a lidocaína 2% demora cerca de três a cinco minutos a ter o efeito desejado e de seguida procedi então à correção da laceração vaginal utilizando uma sutura contínua (Restaino, 2024; Infarmed, 2019). Na minha prática optei por adotar o princípio do “sempre ou nunca” quanto à colocação de tamponamento vaginal e percebi que conseguia suturar com melhor visão dos tecidos lesados se o colocasse, portanto, tornei esta medida num hábito, bem como o de avisar a puérpera de que o ia fazer e que no fim retiraria. Findo o procedimento e removido o tamponamento, inspecionei o canal de parto, assegurando a remoção de coágulos que pudessem estar presentes (Mascarenhas, 2020).

Dada a presença de ferida na mucosa, ser um pós-parto imediato e o facto de se tratar do seu primeiro parto (sem experiência anterior), ensinei a Laura sobre os cuidados perineais a adotar no pós-parto, salientando que as suturas eram apenas internas e que o fio seria absorvido, pelo que não teria necessidade de remover o material cirúrgico *a posteriori*.

Com o objetivo de prevenir a dor e edema perineal pós-parto, apliquei “gelo” no períneo, recomendando à Laura que repetisse o procedimento no puerpério e em casa conforme necessidade (WHO, 2022b). Um estudo randomizado controlado, levado a cabo por Francisco e colaboradores (2018) concluiu que uma aplicação única de gelo no períneo durante dez minutos reduz de forma efetiva a dor, prolongando este efeito analgésico entre uma hora e 45 minutos a duas horas. Outro estudo randomizado controlado conduzido por Mohamed e colaboradores (2024) teve como principal objetivo investigar o efeito da

aplicação de gelo no pós-parto imediato no que concerne ao trauma perineal, do referido estudo concluiu-se que, não só a aplicação de gelo no períneo no pós-parto imediato teve um importante efeito na diminuição da dor perineal, como melhorou as características da ferida perineal nas primeiras 24 horas pós-parto (Mohamed et al., 2024). Para promover o conforto pós-parto, assisti a Laura a vestir a sua camisa, questionando-a se pretendia amamentar a Maria, pelo que esta assentiu. Assim auxiliiei-a a posicionar-se deitada em decúbito lateral por forma a iniciar o processo de amamentação, a Laura apresentava mamas moles, mamilos proeminentes e colostro já visível no mamilo. A Maria realizou uma pega adequada e eficaz, com vigorosos reflexos de sucção e deglutição.

Durante o período de aproximadamente duas horas e 30 minutos, em que permaneceu na sala de partos em vigilância pós-parto imediato, a Laura amamentou a Maria nas duas mamas por cerca de 25 minutos em cada uma. Altura após a qual a vesti (confirmando que não tinha ainda primeira micção ou dejeção de vida) e assisti o pai a segurá-la no colo a pedido de ambos. Na minha intenção, tinha como objetivo promover a ligação mãe/pai-filha.

Findo este período foram reavaliados os sinais vitais (pressão arterial de 115/67mmHg, pulso-78 bpm, temperatura - 36,7°C e dor ausente). Foi confirmada a presença de globo de segurança de Pinard, com contratura uterina e localização peri-umbilical, perda hemática vaginal de características normais, colocada cueca descartável da própria puérpera e removida a perfusão ocitócica. Nesta fase, poderia ter removido o acesso venoso periférico que tinha sido colocado para a administração da ocitocina pós-parto, no entanto, não me foi permitido fazê-lo com a justificação de que poderia eventualmente ser necessário para administração de medicação ou soroterapia.

Foi então oferecida uma refeição ligeira, que a Laura tolerou, sendo posteriormente transferida para o serviço de puerpério com a Maria junto de si e o João a acompanhá-las, onde foi transmitida à EE-ESMO atribuída toda a informação relevante para assegurar uma adequada continuidade de cuidados.

Perante o caso exposto, uma reflexão profunda sobre a prática urge ser feita. Este foi um caso clínico em que pude observar em pleno o culminar de um trabalho de parto fisiológico. Numa análise retrospectiva e em conjunto com a díade Laura e João sobre todo o processo de trabalho de parto, consegui perceber como tudo se desenrolou culminando na experiência que ambos tiveram com o nascimento da Maria. A Laura e o João frequentaram sessões de preparação para o parto e parentalidade no centro de saúde da área de residência, tendo tido a oportunidade (pelas características particulares dos seus empregos) de estar presentes em todos os momentos em conjunto. As sessões de preparação para o parto permitiram à Laura e ao João contactar com diferentes estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto (bola de pilates, uso de música, massagem de relaxamento e rebozo) enquanto os manteve ativos durante a gravidez no sentido de irem compreendendo os mecanismos facilitadores da progressão do trabalho de parto e colocando-os em prática como verdadeiros superpoderes (verticalidade, mobilidade e encaixe).

Segundo a Laura, o facto de terem tido a oportunidade de aplicar os exercícios em meio aquático, foi extremamente benéfico, em particular no final da gravidez, quando a mobilidade já requer outros desafios. Mesmo depois de terminarem as sessões com a sua EE-ESMO na comunidade, continuaram os dois a aplicar o que tinham aprendido na mesma piscina em “banhos livres”. Ou seja, depreendo desta descrição, que efetivamente este foi um casal muito bem preparado, em contexto de comunidade e durante toda a gravidez, que se manteve ativo, que experienciou diversas estratégias facilitadoras da progressão do trabalho de parto e para lidar com a dor de trabalho de parto, o que com certeza propiciou um posicionamento ótimo da Maria para o nascimento em perfeito sinclitismo, tal foi a forma facilitadora com que progrediu pela escavação pélvica e canal de parto da sua mãe. No período pós-parto imediato a Laura e o João contaram então como tudo se tinha desenrolado em casa: a Laura tinha despertado por volta da meia-noite com uma dor “tipo moedeira” no fundo do abdómen, que apesar de não a perceber como muito intensa não a deixou permanecer deitada. Levantou-se e instintivamente começou a andar pela casa, o que segundo ela ajudava a lidar com a referida

dor, progressivamente essa dor foi ficando mais intensa durante a noite, foi usando a bola de pilates, que tinha em casa desde que a conheceu nas sessões de preparação para o parto, tendo nessa altura colocado música Jazz que a ajudava a relaxar. Tendo-se apercebido da ausência da Laura na cama o João juntou-se a ela, proporcionando efetivo suporte aos exercícios que já tinha dado início e adjuvando no relaxamento quer por meio de massagem na região cervical (que a Laura apreciava particularmente) e lombar (que, entretanto, constituiu um foco particular de dor), quer por meio da utilização de água quente nesses locais em particular. Já de manhã, e após ter estado em imersão em água quente, a Laura apresentou-se muito cansada e quis deitar-se, tendo adormecido os dois até às 10h30 altura em que tomaram o pequeno-almoço e voltaram aos exercícios que tinham feito durante a noite. Pelas 12h a Laura apresentou rutura franca de membranas, tomou banho, trocou de roupa e dirigiram-se para o hospital. Referiu então na nossa conversa, já no pós-parto, que nunca imaginou que já estivesse com dilatação completa “na minha cabeça tinha feito o possível por viver a primeira parte em casa e depois de rebentarem as águas, pronto, é hora de irmos para o hospital, entretanto, nunca imaginei que as coisas já estivessem tão adiantadas, ainda não consigo acreditar”.

Tendo em linha de conta que a Laura já deu entrada no hospital em período expulsivo, todos os acontecimentos que se seguiram até ao nascimento da Maria foram bastante céleres, prendendo-se diretamente com atividades que concretizam a intervenção: assistir no parto vaginal fisiológico.

Neste âmbito, começo por fazer referência a algo que gostaria de ter promovido de maneira diferente, mas que, dada a minha posição como aluna do MESMO, não tive a oportunidade de aplicar durante o estágio. Para mulheres a vivenciar um trabalho de parto fisiológico, a WHO (2018) defende que deve ser encorajada a adoção de uma posição para o nascimento da escolha da mulher, incluindo posições verticalizadas como recomendação. No contexto da prática, as posições supinas continuam a ser as mais usadas, sendo a posição de litotomia com elevação da cabeceira a sensivelmente 45° procedimento literalmente instituído protocolarmente. Uma revisão sistemática da literatura de estudos

qualitativos que exploraram as experiências das mulheres intraparto mostrou que, por vezes, as mulheres desconhecem posições não supinas, referindo a importância de tal lhes ser dado a conhecer em contexto de preparação para o parto (Downe et al., 2018). No que concerne aos profissionais, a mesma revisão colocou em destaque o facto de muitos desconhecerem diferentes posições não-supinas ou não estarem treinados no seu uso, o que levanta questões no âmbito da segurança (Downe et al., 2018). Assim, a WHO (2018), salienta a importância da formação dos profissionais que assistem a mulher no parto, sejam eles EE-ESMO ou médicos obstetras, no sentido de terem o conhecimento e o treino necessários para a implementação de posições não supinas e respeitadoras da vontade da mulher. No contexto particular onde decorreu o meu estágio, no qual a presença de patologia materna ou fetal está frequentemente patente, a implementação de práticas não usuais no dia-a-dia é muitas vezes vista com reservas, sendo relativamente fácil não as aplicar com a justificação da patologia, da necessidade de monitorização rigorosa, do uso da analgesia epidural, etc. O que é facto é que, ainda assim, estive perante muitos trabalhos de parto de baixo risco em que a prática em nada era diferente, o que me fez questionar de forma inequívoca este argumento. No caso específico da Laura foi tudo tão rápido, que nem ela própria verbalizou nenhuma vontade específica relativamente à posição em que pretendia parir a Maria, acabando por se colocar, de forma mais ou menos natural (ainda que guiada por nós) em litotomia com cabeceira a 45°.

Outra questão que também foi alvo da minha reflexão ao longo do estágio, embora seja algo que dificilmente seria exequível (pela rapidez dos acontecimentos) no caso clínico escolhido, prende-se com a utilização da técnica de massagem perineal e compressas aquecidas, no segundo estadio do trabalho de parto, com o objetivo de aumentar a incidência de períneos intactos e reduzir a incidência de lacerações de segundo grau, episiotomias e lesão obstétrica do esfíncter anal. Aproximadamente 85% dos partos vaginais estão associados a algum grau de trauma perineal, o que pode provocar uma significativa morbilidade na mulher (Begley et al., 2019). Lacerações perineais podem resultar, a curto prazo, em complicações como dor, infeção e

hemorragia (Jiang et al., 2017), no entanto, nos casos em que ocorre lesão do esfíncter anal, estas complicações podem ter um impacto a longo prazo como a incontinência urinária ou fecal, dor perineal e disfunção sexual (Pierce-Williams et al., 2019). Geralmente, o grau de dor perineal está diretamente relacionado com o grau de trauma perineal, Manresa e colaboradores (2020), no estudo que desenvolveram, concluíram que a probabilidade de existir dor ao décimo dia pós-parto e dispareunia aos seis meses é quatro vezes maior em mulheres com lacerações de segundo grau ou episiotomia que em mulheres cujo períneo permaneceu intacto ou sofreu uma laceração de primeiro grau. Rodrigues e colaboradores (2023), no seu estudo randomizado controlado concluíram que, efetivamente a utilização da técnica de massagem perineal e compressas aquecidas aumenta a incidência de períneos íntegros e reduz a incidência de lacerações de segundo grau, episiotomias e lesão obstétrica do esfíncter anal. Defendendo esta técnica como exequível, custo-efetiva e replicável, sugerindo que seja ensinada a alunos e equipas de EE-ESMO. Colocando ainda em destaque o facto de a mulher ter o direito de obter informação sobre a referida técnica, dando-lhe a oportunidade de decidir se a quer implementar ou não no segundo estadio do trabalho de parto (Rodrigues et al., 2023). Esta foi uma das intervenções que tentei implementar, por inúmeras vezes, no serviço onde estagiei, sugerindo formas simples, seguras e custo-efetivas de o fazer, usando a mais recente evidência disponível, mas que nunca me foi permitido aplicar. A perceção com que fiquei é que o olhar dos colegas é de desconfiança sempre que se fala em algo que não estão habituados a fazer, pese embora esteja mais do que provada a sua eficácia e segurança.

O terceiro estadio do trabalho de parto (dequitadura) tem início com a saída do feto e termina com a saída da placenta (Hersh, 2024; Hutchison, 2025). A separação da placenta da parede uterina é indicada por três sinais: perda de sangue abrupta via vaginal, alongamento do cordão umbilical e palpação ou visualização de uma estrutura de formato globular no introito vaginal (Hersh, 2024; Hutchison, 2025). A expulsão espontânea da placenta ocorre normalmente dentro de cinco a trinta minutos, tempo após o qual se apresenta aumentado o risco de hemorragia pós-parto o que pode indicar a necessidade

de remoção manual da mesma ou outras intervenções (Hersh et al., 2024; Hutchison, Mahdy et al., 2025). Este é outro aspeto que foi alvo da minha reflexão, durante o estágio observei ser prática regular a gestão ativa do dequite, pese embora na grande maioria dos casos este ocorra dentro do tempo supracitado, há uma urgência em que este ocorra, não dando o tempo necessário para que o processo fisiológico subjacente ocorra.

Também o momento em que se procede ao corte do cordão umbilical mereceu da minha parte uma profunda reflexão. De acordo com a OMS (2018), para uma experiência de parto positiva, este deve ser visto como um evento natural, que não necessita de intervenção, mas que requer cuidados baseados em boas práticas e evidência científica, sendo um momento muito importante para o bem-estar do recém-nascido, uma vez que se repercute no seu crescimento e desenvolvimento ao longo da vida. Segundo Cháves (2014), o momento do nascimento, a transição da vida fetal para a vida extrauterina, envolve múltiplos mecanismos de adaptação. A decisão do momento em que se corta o cordão umbilical, em que se aguardam alguns segundos ou minutos para o fazer, pode proporcionar diversos benefícios ao recém-nascido que se estendem até o primeiro ano de vida (Vain, 2015). Desde 2012 que a WHO orienta para prática do corte tardio do cordão umbilical. Em 2018 a mesma organização definiu que o corte precoce do cordão umbilical é todo aquele que é realizado até os 60 segundos após o nascimento, sendo considerado corte tardio aquele que é realizado após o primeiro minuto do nascimento ou quando este deixa de pulsar (geralmente até ao terceiro minuto), sendo que o corte precoce do cordão é apenas recomendado em casos de necessidade de reanimação imediata do neonato (WHO, 2018). É vasta a evidência que suporta a prática do retorno ao neonato do volume de sangue presente na placenta no momento do seu nascimento, aguardar apenas alguns minutos antes de clampar o cordão umbilical pode proporcionar benefícios na sua saúde independentemente da idade gestacional (Erickson-Owens et al., 2023). Apesar da robusta evidência, a adoção da clampagem tardia do cordão umbilical na prática da obstetrícia tem vindo a ocorrer a um ritmo mais lento do que aquele que seria desejável (Erickson-Owens et al., 2023). Através da sua capacidade de comunicação,

colaboração e visão única que possuem, as EE-ESMO encontram-se numa posição privilegiada de influenciar positivamente a equipa multidisciplinar a desenvolver estratégias para colocar em uso aquelas que são, desde há muito, consideradas boas práticas e consequentemente potenciar a saúde e bem-estar neonatal e infantil através de uma gestão ótima do corte do cordão umbilical (Erickson-Owens et al., 2023). A visão das EE-ESMO sobre os cuidados intraparto e neonatais envolve a observação expectante e não intervencionista em processos normais, pelo que são consideradas vitais no cuidado à mulher durante a gravidez, parto e pós-parto não só no contexto hospitalar, mas também da comunidade (Erickson-Owens et al., 2023). O que constatei na prática foi o respeito por aguardar um minuto para proceder à clampagem do cordão umbilical, mas nunca observei protelar esta intervenção por mais tempo, muito menos até deixar de pulsar, mais uma vez, a perceção é que se precipita a intervenção, independentemente do caso e de haver condições de segurança para aguardar mais um pouco.

No caso particular da Laura, que constituiu uma experiência atípica no contexto específico deste estágio, acredito que a via de administração de medicação uterotónica para prevenção da hemorragia pós-parto poderia ter sido diferente. A WHO (2018) recomenda a administração de dez unidades de ocitocina intramuscular ou endovenosa durante o terceiro estadio do trabalho de parto por forma a prevenir a hemorragia pós-parto. No caso da Laura, tendo em linha de conta que se manteve a beber e a comer durante o trabalho de parto, não tinha acesso venoso periférico e iria iniciar alimentação ligeira nas duas horas seguintes, não me fez sentido colocar um acesso venoso apenas para esse efeito, quando muito poder-se-ia ter perguntado à puérpera a sua preferência. Nesta situação poderia ter sido mais vantajosa a administração intramuscular não havendo necessidade de acrescentar volume com soroterapia dado que os sinais vitais se encontravam dentro dos parâmetros da normalidade e a perda de sangue vaginal também. Em última instância, entendo que poderia ser a Laura a decidir a via de administração da ocitocina, tendo em consideração todos os dados objetivos que mencionei até ao momento.

A Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN) (2023) apresentou um conjunto de recomendações no que concerne aos cuidados gerais ao recém-nascido saudável. Nesse documento, é feita referência a que todos os recém-nascidos com mais de 35 semanas, com tónus, respiração e cor adequados devem ser colocados em contacto pele com pele precoce com a mãe, durante a primeira hora de vida, de forma ininterrupta. Após o parto, os cuidados imediatos ao recém-nascido podem ser realizados enquanto se aguarda a laqueação tardia do cordão, incluindo a secagem e a estimulação para a primeira respiração ou choro, mantendo a temperatura através do contacto com a pele materna. Por forma a garantir um contacto pele com pele precoce, o recém-nascido deve ser posicionado no abdómen ou peito da mãe, seco com panos aquecidos e colocado gorro na cabeça. A determinação do Índice de Apgar não implica a separação do recém-nascido da mãe. Se a transição à vida extrauterina tiver sido adequada, o recém-nascido não requer intervenção imediata e poderá ficar em contacto pele com pele com a mãe, com benefícios na regulação da temperatura, promoção da ligação mãe-filho e início precoce da amamentação, com diminuição da dor e hemorragia maternas (SPN, 2023).

Relativamente a esta temática, constatei que, na prática, se afirma promover o contacto pele com pele; contudo, na realidade, o que se faz não corresponde a um verdadeiro contacto pele com pele. Apressa-se a remover o recém-nascido de junto da sua mãe para proceder aos primeiros cuidados e não raras vezes pergunta-se de imediato se a puérpera pretende que se vista o recém-nascido ou se pretende fazer contacto pele com pele. Ora, esse contacto já foi interrompido sob a justificação da execução de um procedimento que na verdade deveria ser executado exatamente em contacto pele com pele. Mais uma vez, a urgência em fazer, a pressa de ficar feito não importa como. No caso da Laura, como de resto sempre observei acontecer, foi interrompido o contacto pele com pele para esse efeito e é um aspeto que considero que poderia ter sido melhorado. A primeira hora de vida apresenta-se como um período particularmente sensível quer para a mãe quer para o recém-nascido. Tendo em consideração um aprofundado conhecimento sobre o comportamento instintivo do recém-nascido e com vista à promoção da amamentação e da

ligação mãe-filho, torna-se absolutamente fundamental proteger o contacto pele com pele durante este tempo que é chamado de *Golden Hour*, entendendo-o como um momento único e irrepetível (Moore et al., 2016; Widström et al., 2019).

No que respeita à profilaxia da doença hemorrágica por défice de vitamina K (DHDVK), é recomendado que todos os recém-nascidos com peso >1500g recebam uma dose intramuscular de 1mg de vitamina K até às seis horas de vida por forma a prevenir esta doença. Devido aos escassos depósitos e à curta semi-vida da vitamina K no recém-nascido, existe um comprovado risco de estes desenvolverem um quadro hemorrágico por défice desta vitamina. A DHDVK é classificada pelo seu tempo de apresentação como precoce, clássica ou tardia (Hand et al., 2023). Assim, uma única injeção intramuscular de vitamina K após o nascimento tem sido demonstrada como eficaz na redução da DHDVK clássica e tardia em 98% (0.2/100.000). Apesar deste sucesso, a incidência desta doença parece estar em ascensão nos últimos anos, o que tem sido atribuída ao aumento da taxa de recusa parental, bem como à redução da eficácia dos métodos alternativos de administração (SPN, 2023). Daqui tirei duas conclusões: não há necessidade de interromper o contacto pele com pele para administrar a vitamina K, esta pode ser perfeitamente realizada em contacto pele com pele com a mãe e se possível aquando da amamentação, não havendo necessidade nenhuma de precipitar este momento.

No que à profilaxia da oftalmia neonatal (ON) diz respeito, é sabido que o diagnóstico e tratamento das infeções por *Neisseria Gonorrhoeae* (NG) e por *Chlamydia Trachomatis* (CT) nas grávidas é a melhor forma de prevenção da mesma, sendo que a profilaxia antibiótica universal não está recomendada (SPN, 2023). Nas situações de risco, recomenda-se a aplicação de antibiótico tópico oftálmico em ambos os olhos, durante a 1ª hora de vida (SPN, 2023). A ON é definida como qualquer conjuntivite que ocorre nos primeiros 28 dias de vida. No passado, a NG era a causa mais comum, mas desde então a epidemiologia da ON alterou-se e a CT é atualmente mais frequente que a NG. No que diz respeito à profilaxia da ON não existe uma prática universalmente

aceite por toda a comunidade médica internacional. Apesar de a OMS e a AAP recomendarem a profilaxia ocular tópica para prevenção de conjuntivite gonocócica e por Chlamydia em todos os recém-nascidos, sugerindo aplicação de eritromicina 0.5%, azitromicina 1% ou tetraciclina 1%, vários países desenvolvidos (nomeadamente Austrália, Dinamarca, Noruega, Suécia e Reino Unido) não a recomendam, optando pelo rastreio e tratamento das grávidas com alto risco de infeção (SPN, 2023). A não existência de um fármaco ideal para um tratamento preventivo eficaz e seguro da ON e a falta de dados, fazem com que não seja recomendada profilaxia antibiótica sistemática (SPN, 2023). Como medida de precaução, é recomendada a profilaxia com antibióticos em caso de história e/ou fatores de risco para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) nos pais, sendo as gestações não vigiadas ou mal vigiadas consideradas um fator de risco para IST. Nessas situações, recomenda-se a aplicação de antibiótico tópico (oxitetraciclina) em cada olho do recém-nascido ao nascer. A escolha de uma profilaxia antibiótica não sistemática, direcionada apenas a uma população de risco, deve ser acompanhada de maior vigilância em relação a todos os recém-nascidos, com abordagem adequada perante uma conjuntivite mucopurulenta persistente ou grave (Moore et al., 2015; SPN, 2023). Será mais um ponto a discutir no futuro no seio das equipas multidisciplinares, já que as diferentes entidades afetas à área de especialidade não emitem um consenso.

4.3 Conceção de cuidados na assistência à mulher em trabalho de parto, desde a fase latente do primeiro estadio até à fase passiva do segundo estadio

A Isabel, de 32 anos, deu entrada no serviço de urgência de obstetrícia vinda do domicílio e acompanhada pelo marido Hugo pelas 22:00 horas. Encontrava-se grávida de 40 semanas e um dia, primigesta, grupo de sangue A Rh+, SGB-, sem alergias conhecidas e sem antecedentes pessoais de relevo, tendo apresentado uma gestação vigiada e sem complicações podendo afirmar-se que se tratava de um trabalho de parto de baixo risco, sendo que o casal aguardava o nascimento do Tomás.

À chegada, a Isabel referiu que desde que acordou, pelas oito horas desse dia, sentia uma dor tipo moedeira no “fundo da barriga”, equiparada a uma dor menstrual. Segundo ela, pensou que poderia estar a entrar em trabalho de parto, mas como conseguia lidar bem com a dor foi aguardando a sua evolução. No entanto, pelas 20:00h, enquanto jantava em casa dos seus pais, teve a percepção de perda de líquido, que numa primeira fase lhe pareceu ser urina. Dirigiu-se à casa de banho, procedeu à troca do penso diário que tinha e percebeu, passado algum tempo, que o mesmo estava novamente molhado pelo que suspeitou que não se trataria de urina, mas de líquido amniótico. Nessa altura, contactou o seu marido Hugo (que se encontrava a trabalhar) para que a fosse buscar para se dirigirem ao hospital.

No momento da triagem, na admissão, a Isabel apresentava uma pressão arterial de 121/63mmHg, frequência cardíaca de 89bpm e temperatura timpânica de 36,7°C, procedeu-se à monitorização do bem-estar fetal por meio de CTG durante cerca de 45 minutos. Este é um procedimento habitual no serviço, embora a cardiotocografia não esteja recomendada de forma rotineira para a determinação do bem-estar fetal na admissão à sala de partos de mulheres com gravidezes de baixo risco e em trabalho de parto espontâneo (WHO, 2018). Contudo, na avaliação inicial, é fundamental registar a resposta fetal às contrações, de forma a identificar um padrão de resposta. Para além da sua relevância clínica, este registo reveste-se também de importância documental como ónus de prova.

A interpretação do traçado cardiotocográfico permitiu identificar uma linha de base da FCF nos 145bpm, ou seja, dentro dos parâmetros da normalidade (entre os 110bpm e os 160bpm), variabilidade moderada (seis a 25bpm), acelerações presentes (aumento abrupto da frequência cardíaca fetal de 15 ou mais batimentos por 15 segundos ou mais) e sem desacelerações (diminuição temporária da frequência cardíaca fetal em relação à linha de base) (Ayres-de-Campos et al., 2015; Pinas & Chandraharan, 2016). Sendo que, quando questionada, a Isabel referiu que o padrão de movimentos do Tomás se manteve como habitual ao longo do dia e até ao momento. Relativamente à

contratilidade uterina, foi possível constatar a presença de contrações regulares (três a cada dez minutos), de intensidade ligeira e duração entre 20 e 30 segundos (Ashwal et al., 2021; Simkin et al., 2017).

Quando se procedeu ao exame vaginal a Isabel apresentava um Índice de Bishop de sete (dilatação do colo do útero: 5cm; 50% extinto; plano da cabeça: acima do primeiro plano de Hodge; consistência do colo do útero: mole; posição: intermédia) (Resende et al., 2018), tendo sido confirmada a rotura prematura de membranas, com saída de líquido amniótico claro e cheiro *suis generis*.

O índice de Bishop é uma ferramenta de avaliação do colo do útero pré-indução amplamente utilizada, é aplicado para avaliar a necessidade de usar agentes de amadurecimento cervical pré-indução. Seguindo o algoritmo orientador da decisão, tendo em conta que a Isabel obteve um score superior a seis no referido índice e estaria a iniciar o processo de trabalho de parto, encontrando-se na fase latente do primeiro estadio, procedeu-se ao seu internamento para assistência intraparto, com o consentimento da mesma (Macruz, 2025).

Pelas 23h30, tendo recebido a indicação de que seria admitida uma parturiente para a sala de partos dirigi-me à urgência para a receber. Tendo informação do motivo de internamento e fase do trabalho de parto em que estava, apresentei-me e ofereci-me para explicar o funcionamento do serviço e acompanhar a Isabel e o Hugo até ao quarto onde viriam a conhecer o seu filho Tomás. Chegados ao quarto, questioneei a Isabel se queria ir à casa de banho, esta assentiu, tendo aproveitado o momento para realçar a importância de um eficaz esvaziamento da bexiga para a promoção da progressão do trabalho de parto. Segundo O'Kane & Rantell (2023), a frequência normal de eliminação urinária é de quatro a oito vezes por dia, pelo que a parturiente deve ser incentivada a esvaziar a bexiga a cada três/quatro horas. O esvaziamento incompleto da bexiga pode influenciar negativamente a progressão do trabalho de parto contribuindo para o atraso na descida da cabeça fetal, reduzindo a eficácia das contrações e intensificando a dor, pelo que se considera absolutamente crucial a vigilância da eliminação urinária durante o trabalho de parto, não só no que

concerne à frequência como à quantidade. Sinais de esvaziamento vesical incompleto incluem: micções frequentes, mas em pequenas quantidades; sensação de querer urinar reduzida ou ausente; sensação constante de querer urinar sem conseguir e globo vesical palpável (O'Kane & Rantell, 2023).

Enquanto a Isabel foi à casa de banho, auxiliei o Hugo a colocar a mala da Isabel e do Tomás no armário designado a esse propósito, aproveitando o momento para lhe pedir que me entregasse a manta e a primeira roupa do Tomás, para que a pudesse identificar e colocar em aquecimento, bem como a camisa/pijama que a Isabel iria vestir após o parto e a cueca descartável.

Entretanto a Isabel terminou, tendo reportado uma micção de características normais e satisfatória quantidade.

Nesse momento, perguntei à Isabel se tinha plano de parto e quais seriam as suas expectativas e desejos para este momento. Face a esta pergunta, a Isabel mencionou que ambos se prepararam para o parto e parentalidade no centro de saúde da sua área de residência com a sua EE-ESMO e que tiveram a oportunidade de ter contacto com o plano de parto fornecido pela instituição. No entanto, apenas conversaram informalmente sobre alguns aspetos que consideraram mais relevantes dos quais destacaram: a importância da presença do Hugo em todos os momentos, reduzir o número de exames vaginais ao estritamente necessário, permitir e facilitar o uso de música, bola de parto e regulação da intensidade da luz, ser o Hugo a cortar o cordão umbilical e permanecer em contacto pele com pele com o Tomás de forma ininterrupta por pelo menos uma hora, durante a qual pretendiam que acontecesse a primeira mamada. Mediante o que foi expresso pelo casal, disponibilizei-me para colaborar com ambos nesse sentido, enfatizando que a cada momento poderiam sempre expressar os seus sentimentos e desejos. Com esta intenção, facilitar a comunicação e a expressão de emoções foi sempre um objetivo terapêutico que pautou o plano de cuidados que implementei na assistência intraparto da Isabel e do Hugo.

Nessa altura, perguntei à Isabel como estava a ser para ela/como estava a lidar com o trabalho de parto ao que esta respondeu “Sinto que as contrações estão a aumentar de intensidade desde que rebentaram as águas, mas ainda consigo lidar com ela, estar de pé ajuda-me muito e andar também”. Aproveitei para questionar se tinha ponderado a colocação de cateter epidural ao que esta respondeu “É uma hipótese que não excluo, mas queria tentar ver se consigo tolerar”. Acolhi este desejo da Isabel, mantendo a abertura para irmos comunicando e ela me informar qualquer mudança na sua intenção, instruindo-a para o fazer num momento em que ainda tivesse autocontrolo suficiente para permanecer imóvel em determinada posição, pois esta seria uma condição crucial para a segurança na colocação do mesmo.

Forneci-lhe então uma bata do hospital (com abertura posterior) e auxiliei na colocação de uma fralda, explicando que a saída de líquido amniótico iria continuar a acontecer de forma espontânea, disponibilizando-me para a ajudar a trocá-la sempre que necessário. Esta era uma prática instituída no serviço e que foi alvo da minha reflexão, no meu entender, as parturientes deveriam poder optar por usar a sua própria camisa durante o trabalho de parto em vez da bata hospitalar, seria uma forma de respeitar a individualidade de cada uma e de manter a sua identidade enquanto pessoa. Afinal, um hospital não é uma prisão. No entanto, após ter inquirido sobre o motivo deste procedimento a justificação prendeu-se com o facto de haver uma grande probabilidade de esta se sujar e por não ser tão fácil o acesso à região lombar para colocação de cateter epidural e a vigilância da integridade do penso que o protege. Mais uma vez, os procedimentos instituídos servem o propósito de facilitar o exercício profissional em detrimento da vontade da mulher, aplicando-se uma visão paternalista na qual o profissional entende que detém o poder de decisão sobre o que é melhor para a parturiente, pressupondo que todas as mulheres admitidas pretendem colocação de cateter epidural.

A DGS (2023) orienta no sentido da colocação de cateter venoso periférico (preferencialmente de calibre 18G ou 20G do lado esquerdo) para o caso de ser necessário usar em situação de urgência. Esta visão antecipatória de potenciais

necessidades dos cuidados, poderá, na verdade, não responder a necessidades reais da parturiente. De facto, perante um trabalho de parto de baixo risco, a parturiente deve ser incentivada a beber água e alimentos leves de acordo com a sua sede e fome, no caso da Isabel foi oferecida gelatina por diversas vezes (único alimento sólido que as parturientes estavam “autorizadas” a consumir durante o seu trabalho de parto).

No que concerne à gestão da ingestão de líquidos durante o trabalho de parto, a literatura é controversa. Encontra-se evidência que defende que a ingestão oral de líquidos, tomados quando se tem sede, são uma forma segura, simples e reconfortante de saciar a mesma, sendo que não há evidência de que a maioria das mulheres em trabalho de parto precise de fluídos endovenosos para prevenir a desidratação. Em vez disso, se beber quando estiver com sede, é mais provável que evite, tanto a desidratação quanto a hiper-hidratação, sendo que em circunstâncias normais, as bebidas devem estar livremente disponíveis e oferecidas frequentemente durante o trabalho de parto se a mulher quiser e na quantidade que ela quiser (Simkin et al., 2017).

Por outro lado, embora o trabalho de parto seja reconhecido como uma atividade física extenuante, e estudos terem demonstrado que o útero, durante este processo, pode necessitar de aproximadamente mais 10g de hidratos de carbono por hora para suprir as suas necessidades fisiológicas em termos de calorias, as necessidades específicas ao nível da hidratação e nutrição para assegurar contrações uterinas eficientes permanece desconhecida (Imran et al., 2024). Uma gestão inadequada da hidratação durante o trabalho de parto pode exacerbar desequilíbrios eletrolíticos, pelo que uma hidratação adequada é fundamental para uma efetiva progressão do trabalho de parto (Imran et al., 2024). Uma revisão sistemática com meta-análise, concluiu que um ritmo de perfusão superior (de 250ml/h em comparação com 125ml/h) de fluídos endovenosos durante o trabalho de parto em nulíparas diminuiu a taxa de cesarianas e aumentou a taxa de partos vaginais, adicionalmente, encurtou a duração do primeiro e segundo estádios do trabalho de parto, diminuindo a

incidência de trabalhos de parto prolongados (Imran et al., 2024; Mohamady & Ali, 2017).

Face à controvérsia na literatura, pese embora não o ter podido implementar dada a minha posição de aluna, defendo que à mulher em trabalho de parto de baixo risco deve ser recomendada a ingestão de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto (WHO, 2018), fazendo valer a premissa de que mulheres sem complicações devem ter acesso livre a quantidades moderadas de líquidos claros (ACOG, 2024) e não apenas pequenos goles de água, conforme tantas vezes ouvi instruir.

Um trabalho de parto prolongado pode constituir tanto uma causa, como uma consequência da desidratação e/ou ingestão calórica insuficiente. Mulheres em trabalho de parto requerem, pelo que já foi anteriormente referido, aproximadamente 50 a 100 kcal/h por forma a manter uma função muscular adequada, assim, ter lanches de hidratos de carbono não ácidos e fáceis de digerir disponíveis (caldo, bebidas desportivas equilibradas em eletrólitos, frutas, mel, torradas, etc.) e oferecer bebidas à mulher e encorajá-la a beber em consonância com a sua sede (não forçar a ingestão de líquidos) parece oferecer um equilíbrio ajustado (Ciardulli et al., 2017; Huang et al., 2020).

Assim, com o consentimento da Isabel coloquei um acesso venoso periférico e soroterapia em curso (conforme prescrição e em consonância com o protocolo institucional), procedendo de seguida à monitorização do bem-estar fetal por meio de CTG contínuo sem fios. Expliquei então à Isabel, sob a escuta atenta do Hugo, que desta forma seria possível manter preservada a mobilidade e verticalidade da Isabel durante o trabalho de parto, conforme vontade expressa.

A auscultação intermitente da FCF constitui uma ferramenta de avaliação do bem-estar fetal durante o trabalho de parto, sendo que a deteção de alterações na mesma pode sinalizar comprometimento fetal. A prática clínica de auscultação intermitente é uma habilidade fundamental e exige a permanência

do profissional próximo da mulher durante todo o trabalho de parto e aqui reside um dos motivos pelos quais é uma prática pouco implementada pelos mesmos. De facto, uma das questões principais, para além de questões legais, é a dotação segura em contexto de prestação direta de cuidados, e a escassez de recursos por parte das chefias, que para a aplicarem precisariam de reforçar os recursos humanos, uma vez que para utilizar a auscultação intermitente durante o trabalho de parto normal é essencial a prestação de cuidados de um-para-um (Maude et al., 2016).

O uso de monitorização eletrónica fetal contínua, em particular em trabalhos de parto de baixo risco é uma prática contestada, sendo que Mullins e colaboradores (2016) afirmam mesmo que o uso sem indicação clínica clara da monitorização eletrónica fetal contínua está associada a uma atitude mais intervencionista durante o trabalho de parto, sem melhorar os resultados, originando, frequentemente, uma cascata de intervenções (Devane et al., 2017; Rosset et al., 2020; Smith et al., 2019).

Em complemento ao que tem vindo a ser mencionado, entendo ser pertinente fazer uma reflexão sobre a prática, que constituiu um dos meus maiores desafios, em particular no início do estágio em sala de partos. Acontecia, frequentemente, haver alguma dificuldade na captação nítida do sinal da FCF por meio de CTG contínuo quando a parturiente estava em mobilidade durante o seu trabalho de parto. Com alguma frequência, ocorriam descaptações, especialmente em posições mais inclinadas para a frente ou de agachamento/*squat* o que, dependendo das equipas médicas em serviço, eram interpretadas como desacelerações e que geravam um estado de alerta, e mesmo de alarmismo absolutamente desnecessários, quebrando toda a lógica das intervenções que estariam a ser implementadas. O comportamento dos profissionais de partilha desse alarmismo, tinha efeito disruptivo no processo hormonal que estava a tentar ser criado e mantido com aquela parturiente/pessoa significativa e sobretudo, na minha ótica, contribuindo de forma substancial para potenciar a perda da relação de confiança e empatia criada entre a díade e a sua EE-ESMO. Senão vejamos, se eu estou a intervir

junto da mulher/pessoa significativa com todo um plano estruturado e um caminho percorrido e, de repente, entram, de rompante, cinco ou seis pessoas no quarto, sem se apresentarem, com uma atitude de alarmismo e a instruírem-na a deitar-se e, eventualmente, administrar medicação, esta situação, coloca aquela díade no direito de pensar: “Mas o que é que me estavam a fazer? Afinal, os movimentos que me estavam a indicar estavam a prejudicar o meu bebé?” e aí ocorre um processo de genuína descridibilização e desvalorização do nosso trabalho enquanto EE-ESMO. E este foi um aspeto com o qual não consegui conviver, internamente, de forma pacífica, foi sempre algo que tive imensa dificuldade em gerir.

Voltando à Isabel e ao Hugo, aquela fase inicial em que os recebi e fiz o acolhimento na sala de partos foi absolutamente crucial para os conhecer um pouco melhor, aproveitando esse momento para recolher alguns dados que me auxiliaram a definir uma conceção de cuidados para este casal até ao final desse turno da noite.

Desta forma, o domínio da capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto foi alvo da minha atenção, tendo identificado o diagnóstico de potencial para melhorar a capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto. Com a formulação deste diagnóstico identifiquei as intervenções que entendi melhor responderem às necessidades identificadas tendo assistido a Isabel a identificar as suas estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto instruindo e treinando diversas formas de as implementar. A Isabel e o Hugo revelaram conhecimento sobre algumas estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto, nesta fase apresentava-se como prioritário treinar as mesmas, acrescentando outras que lhes poderiam fazer sentido em cada momento, fazendo-os progredir para a mestria.

Assim, dado que ambos tinham mencionado o desejo de usar a música durante o trabalho de parto, aproveitando essa referência e com o objetivo primordial de promover o relaxamento, perguntei se tinham feito alguma *playlist*, se desejavam ouvir música no telemóvel ou se gostariam que colocasse na

televisão. A esta proposta, o Hugo respondeu prontamente que tinham trazido uma pequena coluna para colocar a sua *playlist* que reuniram cuidadosamente ao longo da gravidez, músicas que os lembravam de momentos bons, experiências positivas e acontecimentos marcantes ocorridos desde o início da relação de ambos. Aproveitei o momento para elogiar a preparação e a antecipação de vontade que ambos tinham feito, questionando-os se, em complemento, gostariam de regular a intensidade da luz para um nível menor (e cor menos branca) por forma a potenciar as “hormonas do amor” e do bem-estar, ao que ambos assentiram.

O uso de música é uma excelente forma de melhorar o estado emocional promovendo comportamentos positivos. Parturientes e pessoas significativas que usaram música durante o seu trabalho de parto tendem a apresentar maiores níveis de confiança no que concerne ao processo de trabalho de parto, ao mesmo tempo que contribui para melhores níveis de satisfação (Magnaye et al., 2020). John e Angeline (2017) concluíram, no seu estudo quasi-experimental, com 60 parturientes que o uso de música é uma intervenção custo-efetiva e uma estratégia não farmacológica que auxilia na autogestão da ansiedade e da dor durante a fase latente do primeiro estadio do trabalho de parto.

A música tem vindo a ser utilizada em variadíssimos contextos na área da saúde. Uma revisão sistemática com meta análise, levada a cabo por Vaid e colaboradores (2025), revelou que o uso de música demonstrou ter um efeito positivo em diversos procedimentos clínicos. No contexto da autogestão da dor de trabalho de parto, os resultados sugerem que a música pode ter uma influência positiva na forma como a dor é percebida e no bem-estar durante o trabalho de parto, agindo como agente de distração e redutor da ansiedade (Vaid et al., 2025). Em suma, é reconhecido pela comunidade científica o potencial da música, em particular em primigestas, no âmbito do lidar com a dor de trabalho de parto, melhorando a dor e a ansiedade ao longo das diversas fases e estadios do mesmo. Esta visão oferece uma abordagem holística no

sentido da promoção de uma experiência de parto positiva (Santiváñez-Acosta et al., 2020; Vaid et al., 2025).

De salientar que as estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto e as estratégias facilitadoras da progressão de trabalho de parto são faces da mesma moeda, ou seja, enquanto se trabalha uma, potencia-se a outra e, esta premissa, foi sempre a base da minha conceção e implementação de cuidados.

Assim, a capacidade para usar estratégias facilitadoras da progressão do trabalho de parto foi alvo do meu olhar, tendo identificado o diagnóstico de potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias facilitadoras da progressão do trabalho de parto. Tendo em consideração que a Isabel referiu que estar de pé e deambular tinham um efeito positivo na perceção da dor, aproveitei essa informação para promover a verticalidade e a mobilidade durante o trabalho de parto, incentivando-a a fazê-lo e sugerindo que dançasse, sozinha ou com o Hugo, se isso lhes fizesse sentido. Esta intervenção foi uma forma de aliar a música ao movimento e o relaxamento à mobilidade (Cardoso et al., 2023a). O casal assentiu e foi nesse momento que me retirei, proporcionando o espaço a dois e a privacidade que o momento exigia, colocando-me à disposição para o que precisassem instruindo-os a tocar na campainha se necessitassem de algo.

Passada cerca de uma hora, toca a campainha e quando me dirijo ao quarto o Hugo refere que a Isabel está algo cansada e que gostaria de descansar um pouco, nessa altura comenta “Agora parece que não está cá, quase não fala só abana com a cabeça e geme”. Em tom de voz suave e baixo tranquilizei-o e expliquei-lhe que é um comportamento normal durante o trabalho de parto e que é resultante de todo o processo hormonal desencadeado pelo mesmo. Acrescentei ainda a informação de que este comportamento por parte da Isabel era um excelente sinal, pelo que muito provavelmente o trabalho de parto estaria a progredir para a fase ativa. Decidi que não iria proceder ao exame vaginal para confirmação nesse momento, iria antes privilegiar o descanso

conforme pedido, que se apresenta como um aspeto tão importante durante o trabalho de parto quanto a verticalidade e a mobilidade. Esta tomada de decisão prendeu-se com o facto de entender e defender que o exame vaginal se deve aplicar e faz sentido quando os dados que se vão recolher irão determinar o curso da ação. Neste caso, através da mudança de comportamento da Isabel e pela clara ativação do seu sistema parassimpático foi possível inferir que o trabalho de parto teria evoluído para a fase ativa, como disse, e sendo o traçado cardiotocográfico fetal tranquilizador, a minha intervenção naquele momento era apenas de dar o tempo e o espaço para o corpo da Isabel fazer o que tão bem tinha feito até então.

Assim, tendo em consideração que no momento da admissão a cabeça fetal se encontrava acima do primeiro plano de Hodge (espaço entre o bordo superior da sínfise púbica e o promontório sagrado) sugeri que ajudássemos a Isabel a sentar-se na cama, com as pernas abduzidas e as costas apoiadas, uma vez que esta posição potencia a abertura da pelve de entrada oferecendo à cabeça fetal o seu maior diâmetro (Calais-Germain & Vives, 2011; Cardoso et al., 2023a). Na concretização desta intervenção, utilizei um tom de voz baixo e dirigido ao Hugo com o objetivo de potenciar o sistema nervoso parassimpático da Isabel, fundamental nesta fase. À saída do quarto, perguntei ao Hugo se a Isabel gostava de massagem e se tinham experimentado durante a gravidez; ele referiu que sim, que sempre gostou, agora no final da gravidez fazia-lhe muitas vezes à noite na região lombar, que era a que lhe causava mais desconforto ultimamente. Usando estes dados, incentivei o Hugo a fazê-lo, observando a resposta da Isabel e adequando o seu toque às respostas que ela lhe fosse indicando (verbais ou não-verbais), simultaneamente perguntei se gostaria de associar algum tipo de música mais calmo que eventualmente pudessem já ter selecionado para os momentos de descanso, este concordou. Ausentei-me então novamente com o objetivo de promover o relaxamento, o descanso e a privacidade.

Pelas três horas, o Hugo tocou à campainha e disse que a Isabel precisava ir à casa de banho, prontamente desconectei o soro e assisti no levante da Isabel

garantindo a sua segurança e o correto posicionamento das sondas do CTG por forma a otimizar a monitorização da FCF. Primeiramente, ainda sentada, em cumprimento pela orientação N.º 002/2023 da DGS, avaliei a pressão arterial e frequência cardíaca tendo obtido os valores de 123/71mmHg e 91 bpm, respetivamente, bem como a temperatura timpânica tendo obtido o valor de 36,4°C. A orientação propõe que estes parâmetros devem ser avaliados de quatro em quatro horas na fase latente do primeiro estadio do trabalho de parto. Assisti a Isabel durante o levante e a ida à casa de banho. Tendo apresentado uma micção dentro dos parâmetros da normalidade e retomada a soroterapia, usei a informação que já tinha recolhido e questionei a Isabel se gostaria de usar a bola de parto.

O uso da bola de parto propicia a verticalidade e a mobilidade durante o trabalho de parto, sentada na bola ou apoiada nesta, usa a gravidade, o movimento e a postura ereta em articulação, promovendo a mobilidade da pelve e, consequentemente, a descida fetal. Para além disso esta opção funciona como fonte de distração através do movimento rítmico, auxilia a lidar com a dor de trabalho de parto e potencia o efeito das contrações (Lawrence et al., 2013; Leung et al., 2013; Sheishaa et al., 2019; Yeung et al., 2019). A bola de parto é maioritariamente usada numa fase inicial do trabalho de parto, durante o primeiro estadio sem o uso de epidural (Grenvik et al., 2023). O seu uso está associado a níveis de dor estatisticamente menores, mas não está associado a diferenças na duração do trabalho de parto ou via de parto. O mecanismo de ação associado não é inteiramente conhecido, mas admite-se que esteja relacionado com a diminuição da pressão nos nervos que envolvem a articulação sacroilíaca (Grenvik et al., 2023). Em suma, a bola de parto é um dispositivo seguro e pode ser oferecido a mulheres em trabalho de parto, estando associada a diminuição da dor (Grenvik et al., 2023). Um estudo randomizado controlado, realizado por Sönmez e Ejder Apay (2023), concluiu que o uso de diferentes tipos de bola de parto tem um efeito benéfico na redução da dor e na progressão do trabalho de parto contribuindo para uma experiência de parto positiva, com melhores níveis de satisfação materna, na

fase ativa e de transição do primeiro para o segundo estadio de trabalho de parto.

Uma revisão sistemática da literatura reuniu dados que defendem que exercícios com recurso à bola de parto são efetivos na redução da dor de trabalho de parto, a duração e o intervalo das contrações uterinas é mais longo, contribuindo para um efeito positivo na duração do primeiro e segundo estadio do trabalho de parto. Mulheres que utilizaram a bola de parto durante o seu trabalho de parto apresentaram menor necessidade de recorrer a analgesia epidural, tendo resultado também num menor número de partos por cesariana. O uso da bola de parto é uma estratégia não farmacológica para lidar com a dor de trabalho de parto, contribuindo para uma redução da dor, tanto na fase latente como na fase ativa do primeiro estadio e tem um forte contributo na autoeficácia da mulher durante o seu trabalho de parto (Apriani et al., 2020).

A Isabel consentiu e com a ajuda do Hugo assisti-a a sentar-se na mesma. Espontaneamente, a Isabel iniciou movimentos de báscula com a pelve, com o objetivo de promover a progressão do trabalho de parto por meio de dispositivos, instruí o Hugo a sentar-se num banco que lhe forneci, atrás da Isabel, colocando as mãos na sua pelve por forma a assistir a Isabel na realização de diferentes movimentos: retroversão, anteversão, inclinação interna e externa, circunduções e translações, reforçando que se conseguisse a isto aliar a assimetria das pernas (por exemplo fletindo a perna direita e esticando a esquerda, alternando sempre) seria magnífico (Calais-Germain & Vives, 2011; Cardoso et al., 2023a). Fiquei uns minutos no quarto a assistir na execução desses movimentos, aproveitando para elogiar o comportamento de ambos e elogiar as ações do Hugo.

Passados cerca de 45 minutos, dirigi-me ao quarto e perguntei à Isabel como se sentia, se notava algo de diferente em si, ao que esta respondeu que sentia uma pressão grande na região púbica e que estava a começar a ser difícil para ela lidar com a dor. Expliquei-lhe que tendo em conta o que me acabou de dizer, seria pertinente proceder ao exame vaginal por forma a avaliar a

progressão do trabalho de parto. Estes dados permitir-me-iam determinar a evolução do trabalho de parto e consequentemente contraturalizar com a Isabel os cuidados que lhe iria prestar daí em diante tendo em consideração o facto de ter verbalizado que começava a ser difícil lidar com a dor. Com o seu consentimento, procedi ao exame vaginal através do qual constatei dilatação do colo do útero: 7cm; 80% extinto; plano da cabeça: primeiro plano de Hodge; consistência do colo do útero: mole; posição: anterior (Resende et al., 2018). Relativamente ao feto, este encontrava-se em posição esquerda, situação longitudinal, atitude fletida (sendo apenas palpável a fontanela posterior ou lambdoide), apresentação cefálica, variedade occipito-esquerda transversa (Resende et al., 2018).

Face aos dados da minha avaliação, elogiei a progressão efetiva que ocorreu no trabalho de parto da Isabel, elogiando a verdadeira parceria e cumplicidade neste propósito que o casal apresentava.

Perante a informação que tinha acabado de transmitir, a Isabel confidenciou-me o seguinte: “Enfermeira, sei que lhe disse que queria tentar ver até onde conseguia sem epidural, mas penso que a partir de agora quero essa ajuda, está a ser bastante difícil para mim já e ainda há muito caminho pela frente, queria pedir-lhe a epidural agora”. Acolhi as suas palavras, validei o que me expôs e felicitei-a pelo caminho que ambos fizeram até este momento. De seguida, informei a equipa de anestesiologia relativamente à vontade expressa pela Isabel e procedi à preparação de todo o material necessário para a colocação de cateter epidural. A OE definiu, no Regulamento n.º 391/2019, que a EE-ESMO coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor, sendo a minha atuação em respeito e concordância com o mesmo (OE, 2019 b).

Prontamente foram reunidas as condições para proceder à colocação do referido cateter, tendo colaborado na colocação do mesmo, que decorreu sem intercorrências. Durante o procedimento permaneci junto da Isabel, oferecendo a minha mão para apertar se o desejasse e assistindo na

manutenção do seu correto posicionamento, sendo que, simultaneamente, assegurei uma correta monitorização da FCF.

A pressão arterial e frequência cardíaca foram novamente avaliadas após o procedimento e primeiro bólus de analgesia epidural (ropivacaína 2%, administrada pelo anestesiológista), tendo-se mantido dentro dos parâmetros da normalidade e padrão da Isabel (119/69mmHg e 87pbm respetivamente). Estes valores foram monitorizados de cinco em cinco minutos durante os 20 minutos que sucederam a administração de medicação via epidural e posteriormente ao restabelecimento do bloqueio de 15 em 15 minutos em conformidade com a Orientação n.º 002/2023 da DGS, sendo que os valores obtidos estiveram sempre dentro do padrão referido até aqui (DGS, 2023).

Terminado o procedimento, reforcei junto da Isabel e do Hugo, que a medicação administrada demoraria cerca de 15 a 20 minutos a surtir efeito, sendo que para a sua uniforme distribuição seria útil manter um alinhamento corporal dos membros inferiores, durante esse período solicitei que não se levantasse, pois, a capacidade motriz dos mesmos poderia estar afetada, comprometendo-me a voltar dentro desse tempo para avaliar os referidos parâmetros (Graça, 2017; Pasin & Schnath, 2007). Antes de deixar o quarto perguntei à Isabel se gostaria de comer uma gelatina, esta referiu que sim, tendo providenciado de imediato.

Pelas 4h45 voltei ao quarto, perguntando à Isabel como se sentia, como estava agora a dor e se tinha comido a gelatina com boa tolerância, a Isabel referiu: “Consigo aperceber-me das contrações, mas já não sinto dor, apenas a barriga a ficar dura e mais pressão lá em baixo. Comi a gelatina sim e soube-me muito bem”. Nessa altura, conforme tinha contratualizado com a Isabel anteriormente, procedi à avaliação da função motora e sensitiva dos membros inferiores através da escala de Bromage modificada, tendo obtido um *score* de zero o que corresponde à ausência de bloqueio (Sequeira et al., 2020b). Parturientes submetidas a analgesia epidural podem deambular, mas sempre com supervisão. Avaliar a presença de bloqueio sensitivo que impede a

adequada propriocepção (Pasin & Schnath, 2007) apresenta-se como uma intervenção da EE-ESMO que pode ser realizada através da escala de Bromage modificada, como referido anteriormente. Esta escala deve então ser aplicada a todas as grávidas submetidas a epidural por forma a melhorar/aumentar a sua mobilidade durante o trabalho de parto, permitindo o usufruto de estratégias facilitadoras da progressão do trabalho de parto e parto em segurança (Sequeira et al., 2020b). A referida escala está dividida em quatro graus, sendo que a cada um corresponde a definição da sua extensão em termos de bloqueio motor. Assim, no grau zero observa-se a ausência de bloqueio motor, no grau um a parturiente não levanta a perna esticada, mexe apenas o joelho; no grau dois não levanta a perna esticada, não mexe os joelhos, mas mexe os pés; no grau três existe então um bloqueio motor completo, com incapacidade de mover os pés ou os joelhos (Gropper et al., 2024).

Assim, propus à Isabel que se levantasse novamente nesta fase, se assim lhe fizesse sentido, por forma a continuar a favorecer a progressão do trabalho de parto através da verticalidade, com o seu consentimento procedi ao seu levante gradual, primeiramente, na posição de sentada avaliei novamente a pressão arterial e frequência cardíaca (110/60mmHg e 75 bpm, respetivamente) bem como a temperatura corporal (36,5°C), solicitando que de seguida fizesse o seu peso corporal recair sobre as suas pernas de uma forma faseada no sentido de perceber se a força das suas pernas estava preservada, sendo que a Isabel foi capaz de transferir todo o seu peso sobre as pernas sem reportar qualquer tipo de diminuição da força, sendo portanto seguro deambular.

Já de pé, propus uma posição corporal vertical com assimetria dos membros inferiores usando um banco pequeno com o intuito de promover a descida fetal pela escavação pélvica materna. A assimetria dos membros inferiores cria uma dinâmica de movimento nos ossos da bacia materna que beneficia o encaixe e a progressão da cabeça fetal pela escavação pélvica materna, potenciando a conjugação do maior diâmetro da pelve desta com o maior diâmetro da cabeça fetal. Assim, instruí a Isabel a colocar os seus braços à volta dos ombros do Hugo encostando-se a ele e paulatinamente ir levantando a perna direita até colocar

o pé no referido banco. Perguntei então como se sentia, se as pernas estavam bem, ao que esta respondeu que se sentia “*bem, normal*”, nesse momento instruí que movimentasse a pelve de forma livre, fazendo os movimentos que lhe proporcionassem maior conforto: retroversão, anteversão, inclinação interna e externa, circunduções e translações, mantendo o joelho e o pé em abdução. Sugerindo que o fizesse durante duas ou três contrações, trocando de perna nas duas/três seguintes (Calais-Germain & Vives, 2011; Cardoso et al., 2023a). Mantive-me no quarto, a supervisionar os movimentos, garantindo a segurança da Isabel e acompanhando de perto o bem-estar fetal aquando dos referidos exercícios. Durante este período, ocorreram alguns episódios de descaptação da FCF pelo que foi necessário o meu apoio no reposicionamento da sonda de cardio que tive de posicionar num segmento mais inferior do abdómen materno por forma a conseguir captar um sinal forte da FCF. A necessidade de reposicionamento da sonda neste local, forneceu-me um dado adicional, indicava que, de facto, a descida fetal estava a acontecer. Usei esse dado para elogiar a Isabel e incentivar o casal a continuar neste processo, que estava inequivocamente a progredir conforme a intenção das medidas adotadas.

Pelas 5h30 sugeri uma nova estratégia facilitadora do trabalho de parto, com recurso a uma “barra” que era possível acoplar à cama constituindo um apoio da posição corporal seguro. Assim, propus à Isabel a posição de agachamento, à qual iria introduzindo algumas variantes conforme a sua tolerância e conforto. Com o seu consentimento, instruí-a a segurar-se de forma firme na “barra” com as pernas posicionadas sensivelmente à largura dos ombros, com os pés e joelhos voltados para fora (rotação externa da coxa), ao posicionar os membros inferiores dessa forma e agachar até um ângulo de 90° entre a pelve/fémur consegue-se promover o aumento do diâmetro da pelve de entrada (Cardoso et al., 2023a; Calais-Germain & Vives, 2011). Confirmando com a Isabel que este movimento era confortável, instruí-a a repeti-lo nas duas a três contrações seguintes, mantendo-me numa ótica de supervisão dos aspetos já mencionados. Passados cerca de 15 minutos, sugeri que “descesse mais” (aproximasse mais o

períneo do chão) no próximo agachamento até ficar numa posição de cócoras, com o tronco levemente inclinado para a frente, por forma a promover o alongamento dos músculos posteriores do tronco (Calais-Germain & Vives, 2011; Cardoso et al., 2023a). Sugerindo que repetisse os movimentos nas duas a três contrações seguintes, se se mantivesse confortável, abrindo espaço para ir falando comigo caso sentisse algo de diferente em si ou desejasse descansar. Após este tempo, sugeri a inclusão de assimetrias dos membros inferiores, com grande flexão da coluna aquando do agachamento simulando a “marcha de rã”, que com o apoio na “barra” retira pressão das articulações dos joelhos e tornozelos, melhorando o conforto da parturiente durante o exercício (Calais-Germain & Vives, 2011; Cardoso et al., 2023a).

A evidência diz-nos que a posição materna afeta todos os aspetos envolventes no trabalho de parto: a força, o passageiro, a passagem e a psique, esta pode ser modificada de forma livre de acordo com o seu desejo e conforto (Prasad & Awasthi, 2023), sendo que a parturiente deve ser sempre incentivada a adotar a posição que lhe for mais confortável (Dokmak et al., 2020). No estudo realizado por Prasad e Awasthi (2023), concluiu-se que a maioria das primigestas mostrou uma atitude positiva quanto à posição de agachamento, dando preferência ao exercício assistido. O efeito destas posições é encurtar a duração total do trabalho de parto (Prasad & Awasthi, 2023). No referido estudo é salientada a relevância da intervenção da EE-ESMO, com o seu conhecimento profissional sobre posições de agachamento assumindo uma crucial importância na assistência da parturiente a adotar as referidas posições (Prasad & Awasthi, 2023).

No final das estratégias adotadas pela Isabel, cuja intenção terapêutica global foi a promoção de uma pelve livre e da progressão da descida fetal, esta referiu estar a sentir uma pressão cada vez mais intensa na região pélvica, que lhe causava bastante desconforto, pelo que solicitou a administração de analgesia via epidural.

Nesse momento, antes de a assistir a deitar-se, sugeri que fosse novamente à casa de banho por forma a garantirmos que a bexiga não está a ocupar espaço necessário para a descida do Tomás. A Isabel assim fez, reportando uma micção de características normais como até então. Assisti-a então a deitar-se, otimizando as sondas de CTG, procedendo à administração de 20mg de ropivacaína a 2% conforme prescrição de anestesia. Após a administração do fármaco, voltei a avaliar a pressão arterial e frequência cardíaca, conforme protocolo, obtendo valores dentro dos parâmetros da normalidade como até então. Voltei a oferecer uma gelatina e contratualizei com a Isabel voltar daí a 20 ou 30 minutos, quando estivesse mais confortável, com a intenção de avaliar a progressão do trabalho de parto tendo em conta as mudanças nas sensações reportadas pela parturiente ao longo da implementação das posições e movimentos corporais.

Assim, pelas 6h45 voltei ao quarto, a Isabel estava francamente mais confortável sendo essa melhoria objetivamente observável na sua expressão facial, pedi então o seu consentimento para proceder ao exame vaginal tendo constatado dilatação do colo do útero: 10cm; extinto; plano da cabeça: segundo para terceiro plano de Hodge (Resende et al., 2018). Relativamente ao feto, este encontrava-se em posição esquerda, situação longitudinal, atitude fletida (sendo apenas palpável a fontanela posterior ou lambdoide) e em sinclitismo (sutura sagital equidistante da sínfise púbica e do promontório sagrado), apresentação cefálica, variedade occipito-esquerda anterior (Resende et al., 2018).

Felicitei o casal pelo caminho percorrido até aqui, o resultado da sua parceria ao longo das últimas horas, aliada à proatividade em adotar as intervenções propostas estava de facto à vista. Usando esta última expressão, partilhei o que estava a visualizar no períneo: o cabelo escuro do Tomás, perguntando ao Hugo se queria ver (com o consentimento da Isabel). Ambos aceitaram e gerou-se um momento de enorme alegria e emoção entre o casal. Procedi à higiene perineal da Isabel, troquei a fralda que apresentava já uma quantidade significativa de líquido amniótico, que mantinha as características anteriores, por forma a

promover o seu conforto. De seguida, sugeri que ambos descansassem por um algum tempo, dando a possibilidade de relaxar e recuperar energia para a etapa seguinte na qual iriam conhecer o tão desejado Tomás

Assim, sugeri a utilização da bola em forma de amendoim, colocada sobre o colchão, paralela ao corpo da Isabel, que estava deitada em decúbito lateral esquerdo, com o pé direito apoiado na bola e os joelhos unidos, explicando que este movimento de adução das pernas iria ser promotor do aumento do diâmetro da pelve de saída enquanto descansava, sugerindo que alternássemos de lado em 30 minutos (Ahmadpour et al., 2021; Calais-Germain & Vives, 2011; Cardoso et al., 2023a; Grenvik et al., 2019).

Assim, pelas 7h30 regressei ao quarto e assisti a Isabel a alternar a posição, agora em decúbito lateral direito, cumprindo o mesmo princípio do posicionamento dos membros inferiores (Ahmadpour et al., 2021; Calais-Germain & Vives, 2011; Cardoso et al., 2023a; Grenvik et al., 2019).

A bola em forma de amendoim contribui para a efetiva progressão do trabalho de parto, reduzindo o número de cesarianas em mulheres sob o efeito de analgesia epidural, aumentando os níveis de satisfação das parturientes e contribuindo para uma experiência de parto mais positiva (Makvandi et al., 2015; Tussey et al., 2015). Esta estratégia não farmacológica para lidar com a dor de trabalho de parto é considerada como eficaz, custo-efetiva, inovadora, não invasiva e fácil de aprender e implementar, especialmente quando a mulher apresenta algum tipo de restrição da mobilidade durante o trabalho de parto (Makvandi et al., 2015).

No estudo randomizado controlado desenvolvido por Dikmen e colaboradores, incluindo 90 participantes, concluiu que o uso da bola em forma de amendoim durante o trabalho de parto pode reduzir a dor e a fadiga da parturiente, sem afetar a duração do mesmo. Adicionalmente, o uso da referida bola demonstrou ter um efeito positivo na forma como a mulher perceciona o seu trabalho de

parto, sendo recomendado o seu uso e que as EE-ESMO instruem e assistam as parturientes na sua utilização (Dikmen et al., 2025).

O uso da bola de parto durante o trabalho de parto é uma intervenção não farmacológica que tem mostrado benefícios claros na forma como a mulher lida com a dor, promovendo a progressão do trabalho de parto e aumento da satisfação materna. A evidência indica que a bola de parto reduz a dor (Aslantaş & Çankaya, 2023; Dunmez & Yilmaz, 2023; Grenvik et al, 2021; Grenvik et al., 2023) encurta a duração do trabalho de parto (Aslantaş & Çankaya, 2023; Deivanai et al., 2024; Dunmez & Yilmaz, 2023; Terres et al., 2025) e pode diminuir a taxa de cesarianas (Makvandi et al., 2025; Mylod et al., 2023; Terres et al., 2025), sendo segura e bem aceite pelas parturientes (Aksoy et al., 2024; Dunmez & Yilmaz, 2023; Grenvik et al., 2023; Mylod et al., 2023). Expliquei que o meu turno estava a terminar, tendo sido um privilégio para mim poder fazer parte de um momento tão significativo na vida da Isabel e do Hugo, desejando-lhes as maiores felicidades com o Tomás e assegurando a continuidade dos cuidados.

No decorrer do presente relatório foi enfatizada a importância da preparação para o parto e parentalidade no âmbito da assistência pré-natal, colocando particular foco na relevância do mandato social que a EE-ESMO tem neste âmbito. A necessidade de mudança de paradigma urge e a EE-ESMO encontra-se numa posição privilegiada de proximidade com a mulher, ao longo do seu ciclo vital, que lhe permite atuar como agente facilitador das transições que ocorrem durante esse período.

No que concerne à preparação para o parto e à assistência intraparto, o que a evidência nos diz é que uma assistência conduzida por EE-ESMO contribui de forma inequívoca para a promoção dos níveis de satisfação das mulheres/pessoas significativas, melhorando a sua autoeficácia e contribuindo de forma inequívoca para uma experiência de parto positiva enquanto promove a saúde mental no período pós-parto (Hailemeskel et al., 2022; Townsend et al., 2020).

A evidência enuncia que parturientes assistidas por EE-ESMO têm menor probabilidade de experienciar uma cascata de intervenções médicas intraparto, de experienciar qualquer tipo de pressão para usar analgesia epidural e maior probabilidade de referir que o seu poder de decisão foi respeitado (Declercq et al., 2020). Complementarmente, um cuidado dirigido por estas profissionais diminui a probabilidade de indução de trabalho de parto e possibilita o acesso a estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto (Declercq et al., 2020).

Por outro lado, e porque não deixa de ser um argumento válido e com a sua importância, uma mudança de paradigma de um cuidado centrado na assistência por médico obstetra para um cuidado realizado por EE-ESMO, em gravidezes de baixo risco, pode representar uma medida custo-efetiva já que uma atitude intervencionista, não raras vezes, desencadeia cascatas de intervenções que aumentam os custos dos cuidados e pioram os resultados obstétricos podendo ter um impacto profundo a médio/longo prazo (Attanasio et al., 2020; Shahbazi et al., 2025).

Com a escolha dos casos aqui explanados pretendi criar um espaço de reflexão sobre a prática, com particular enfoque na assistência à mulher em trabalho de parto espontâneo e de baixo risco, espaço que é do domínio de conhecimento e autonomia das EE-ESMO atuar, ao abrigo do que são os regulamentos específicos do exercício da especialidade e no qual é necessário criar alicerces para que cada uma possa assumir as suas responsabilidades, de acordo com as suas competências (Ruhl & Bingham, 2014).

É certo que um longo caminho há que ser percorrido, desde logo, regularizando a remuneração destas profissionais de forma compatível com as funções que diariamente exercem e sem a qual, de facto, se torna desafiante encontrar profissionais que estejam dispostos a ir mais além no que concerne à sua autonomia e responsabilidade.

Em agosto de 2018, foi publicado no *New England Journal of Medicine* o ensaio clínico randomizado *A Randomized Trial of Induction vs Expectant Management* (ARRIVE). Este estudo evidenciou que, em grávidas nulíparas de baixo risco, a indução do trabalho de parto às 39 semanas de gestação se associou a uma redução relativa de 16% no risco de parto por cesariana, quando comparada à conduta expectante (Grobman et al., 2018).

Desde então, a indução do trabalho de parto tem vindo a ser proposta às mulheres de uma forma bastante disseminada, durante o estágio em sala de partos, foram inúmeros os casos de indução de trabalho de parto com os quais contactei, sendo cada vez mais raro haver contacto com parturientes em trabalho de parto espontâneo. Nos contactos que estabeleci com estas mulheres, pude constatar que as mesmas não estavam devidamente informadas sobre o que é a indução do trabalho de parto e quais os reais benefícios face a uma atitude expectante no seu caso em particular, não considerando a hipótese de rejeitar a proposta de indução por entenderem que não o poderiam fazer.

A escolha destes dois casos clínicos específicos para análise aprofundada, justificada pela sua raridade e pelo potencial formativo que me proporcionaram, alinha-se com o princípio da aprendizagem significativa, que permite ao estudante relacionar novos conteúdos com conhecimentos previamente adquiridos. Esta seleção deliberada é coerente com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2024), que define a enfermagem como uma profissão científica e humanista, centrada na prestação de cuidados que promovam o bem-estar e a segurança da pessoa, da família e da comunidade.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da OE, que estabelece o perfil de competências da EE-ESMO, compete a este profissional, entre outras funções, integrar a evidência científica e a reflexão crítica na prática clínica, promovendo decisões fundamentadas. Ao selecionar casos que permitiram aplicar e observar, em contexto real, os conhecimentos adquiridos no primeiro ano do mestrado, demonstrei ter desenvolvido competências como: a tomada de decisão clínica baseada na evidência, a integração do conhecimento teórico

com a prática assistencial e a capacidade reflexiva e de análise crítica das experiências vividas, potenciando a evolução profissional.

Se consegui intervir sempre de acordo com as boas práticas? Nem sempre, o desafio é grande, em particular em contextos da prática de locais de assistência com as características do que me acolheu para estágio. A pressão sobre as EE-ESMO é muito grande, o seu trabalho é constantemente questionado e muitas vezes posto em causa principalmente pela equipa obstetra. Como já referi neste relatório, no contexto da prática onde estagiei, esta dinâmica era constante, tornando-se um local extremamente desafiador de se intervir. A sobrecarga de horas de trabalho é absolutamente desumana, os rácios EE-ESMO: parturiente nem sempre se alinhavam com os critérios estabelecidos como dotação segura, a exaustão e insatisfação destes profissionais fazia com que fosse notório o absentismo e consequente sobrecarga em termos de horário para os restantes membros da equipa. Perante este cenário, de facto, torna-se mais fácil adotar uma postura de mero cumprimento de intervenções resultantes de prescrição ou concordantes com protocolos previamente estabelecidos sem olhar ao momento nem a quem se presta os cuidados. Protocolos consultam-se, decoram-se, fazem-se de forma automática. O desafio, a cada dia, está em não seguir por aí, está no defender e promover a fisiologia, não nos esquecermos dela mesmo na presença de patologia como tantas vezes acontece. É sair da zona de conforto todos os dias em prol de um bem maior e esse bem maior é o melhor interesse da mulher e do seu filho/a.

Nós, futuras EE-ESMO, que saibamos assumir o nosso papel neste sentido, que sejamos capazes de deixar cair por terra julgamentos, ideias pré-concebidas, juízos de valor e visões paternalistas dos cuidados e dos clientes. O tempo é outro, é de cuidar com humanidade, respeito, segurança e empatia, não só para com os clientes dos nossos cuidados, mas também para connosco próprios e para com os nossos pares. Especialmente em contextos da prática particularmente adversos e desafiantes para o exercício desta visão, só com união, com partilha de conhecimento e experiências é possível dar pequenos passos, mas consistentes, no sentido da mudança.

5. NECESSIDADES EM CUIDADOS DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA DE GRÁVIDAS APÓS O DIAGNÓSTICO DE DOENÇA FETAL: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

5.1. Introdução

O desejo de todas as mães é ter um filho saudável e “perfeito”. De acordo com expectativas pessoais, sociais e culturais, deseja-se que esta experiência traga momentos de alegria e felicidade e a concretização de um projeto de vida. Um processo de projeção ocorre naturalmente durante a gravidez, gerando uma imagem do filho idealizado. No entanto, quando esse bebê idealizado é substituído por um real, com um diagnóstico também real de uma doença fetal, a gravidez transforma-se num período de intenso sofrimento e angústia emocional, devido à perda da possibilidade de uma gravidez ideal e ao aniquilar de expectativas, as quais deverão ser refeitas à luz de uma nova realidade, sempre de difícil adaptação (Cunha et al., 2016).

Assegurar as necessidades de um bebê com uma doença envolve muito mais tempo e dedicação do que nos casos de bebês saudáveis. Nestas situações, novos papéis e responsabilidades serão assumidos o que pode constituir um particular desafio para estas mães (Kolemen et al., 2021).

Adicionalmente, quando o diagnóstico é especificamente de uma doença rara, existe frequentemente um conhecimento insuficiente sobre a mesma o que constitui, também para os profissionais, um verdadeiro desafio (Kolemen et al., 2021).

Durante o processo de diagnóstico e nos tempos que lhe seguem as mães podem experienciar sentimentos de solidão e desesperança, uma vez que doenças raras não são vistas com frequência e a informação sobre elas é geralmente escassa. Lidar com esta realidade pode, de facto constituir um fator desagregador do casal/família (Kolemen et al., 2021).

Mães que recebem um diagnóstico pré-natal de doença do seu filho encontram-se numa posição de elevado risco de desenvolverem problemas de saúde mental, nomeadamente depressão, durante esse mesmo período. Identificar esta população e implementar suporte efetivo é absolutamente crucial para otimizar o cuidado à mesma, que se encontra numa posição de particular vulnerabilidade (Kolemen et al., 2021; Teefey, 2020).

As técnicas/procedimentos montados em torno do diagnóstico pré-natal (DPN), tal como o conhecemos atualmente, surgiram nos anos 1970, graças ao encontro particularmente fortuito de quatro inovações técnicas: a amniocentese, a visualização dos cromossomas humanos, as pesquisas sobre os marcadores séricos durante a gravidez e a ecografia obstétrica (Löwy, 2011).

Paralelamente, a despenalização da interrupção da gravidez (do aborto) na sociedade ocidental começou de forma progressiva ao longo do século XX, nomeadamente a partir da década de 1960, impulsionada pela crescente mobilização pelos direitos das mulheres, autonomia corporal e acesso a cuidados de saúde seguros (Löwy, 2011). A partir dessa altura, paulatinamente nas diversas sociedades, foi introduzida a possibilidade de interrupção da gravidez devido a razões médicas. Essa possibilidade acelerou o ritmo a que se sucederam inovações tecnológicas e levou a uma mudança na natureza do DPN. De facto, se as técnicas/procedimentos inerentes ao DPN foram inicialmente destinadas unicamente a um grupo restrito de mulheres que poderiam ser definidas como “de risco”, principalmente em função de uma história familiar de doença hereditária ou da sua idade, na verdade estas foram rapidamente expandidas ao conjunto de mulheres grávidas (Löwy, 2011).

Nos quase 60 anos, desde que o diagnóstico pré-natal para doenças genéticas foi inicialmente disponibilizado, a área do diagnóstico pré-natal progrediu muito além da punção uterina rudimentar utilizada para obter material fetal com o objetivo de avaliar o sexo e interpretar riscos. Paralelamente aos avanços na amostragem fetal invasiva, ocorreram progressos tecnológicos na citogenética e na biologia molecular, os quais ampliaram tanto o leque de

doenças genéticas que podiam ser diagnosticadas quanto a resolução com que o genoma humano podia ser analisado (Levy & Stosic, 2019).

Atualmente, exames de sangue de rotina acessíveis a todas as grávidas podem determinar o risco de anomalias cromossómicas comuns; a colheita de amostra de vilosidades coriônicas e a amniocentese podem ser usadas para diagnosticar praticamente todas as condições com causa genética conhecida; e o genoma e/ou exoma de um feto com múltiplas anomalias pode ser sequenciado na tentativa de determinar a etiologia subjacente (Levy & Stosic, 2019).

No entanto, detetar uma anomalia não é necessariamente suficiente para prever a condição real do feto, a sua expectativa de vida, nem a severidade dos sintomas (Löwy, 2011), o que introduz um grau de incerteza e de certa forma imprevisibilidade às expectativas do casal grávido, com especial impacto na mulher grávida em particular.

Recomendações universais para o diagnóstico pré-natal, combinadas com o facto de estarem disponíveis cada vez mais e melhor concebidos meios e técnicas para o efeito, em particular nos países desenvolvidos, tem exponenciado a probabilidade de se saber, no âmbito da assistência pré-natal, se o feto apresenta determinado diagnóstico. Consequentemente assiste-se a um aumento progressivo das mulheres que se deparam com o diagnóstico de doença fetal no período pré-natal, daí se infere que é necessário dirigir o foco também para esta população específica.

Tendo em consideração que o estágio profissional teve lugar numa unidade orgânica de obstetrícia e medicina materno-fetal cuja instituição detém o estatuto de hospital de apoio perinatal diferenciado, sendo um centro de diagnóstico pré-natal homologado pela DGS, foram inúmeras as experiências que tive nesta área e que desde logo suscitaram em mim algumas inquietações. A mais profunda delas diz respeito ao apoio disponibilizado à grávida (de uma forma muito central) e pessoa significativa. Desde logo, tentei perceber o acompanhamento facultado a esta díade desde o momento do diagnóstico pré-natal, pelo restante período de gravidez, parto e pós-parto. As respostas foram

vagas e maioritariamente centradas na assistência ao feto/recém-nascido com uma abordagem muito biomédica. Rapidamente percebi que era uma temática difícil de abordar, que predominava o silêncio constrangedor de quem não sabe o que dizer perante estas situações, mas que me impeliu a querer saber mais, particularmente no que concerne ao diagnóstico de doenças raras. Diversas perguntas ecoavam: quais as necessidades das grávidas (foco central) perante um diagnóstico de doença fetal? De que cuidados necessitam em cada fase? Qual poderia ser o meu contributo enquanto futura EE-ESMO para uma experiência o mais positiva possível? De que forma poderia potenciar os ganhos em saúde para esta tríade?

Tendo em consideração a natureza qualitativa da temática e com o intuito de analisar o estado da arte sobre o tema, desenvolvendo quer conhecimentos quer competências no âmbito da mobilização de resultados de investigação, decidiu-se elaborar uma revisão narrativa da literatura.

As revisões narrativas são apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. As revisões narrativas não informam as fontes de informação utilizadas, a metodologia para a busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos (Bernardo et al., 2004). Esta categoria de revisão tem um papel fundamental na formação contínua, pois permite ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica num curto espaço de tempo, no entanto, não possui metodologia que permita a reprodução dos dados, nem fornece respostas quantitativas para as questões específicas, mas sim qualitativas (Rother, 2007).

As revisões narrativas são um tipo de síntese de conhecimento fundamentado numa tradição de investigação distinta. São classificadas como não sistemáticas, o que implica uma hierarquia de evidências que as coloca abaixo de outras formas de revisão. No entanto, são extremamente úteis para a formação e investigação na área da saúde (Bernardo et al., 2004).

Enquanto uma revisão sistemática se foca geralmente numa questão específica e num contexto determinado, com um método pré-definido para sintetizar resultados de estudos semelhantes, uma revisão narrativa pode incluir uma grande variedade de estudos e oferecer um resumo geral, com interpretação e crítica (Bernardo et al., 2004).

A maioria das formas de revisão narrativa alinha-se com paradigmas subjetivistas e interpretativistas. Os referidos paradigmas valorizam a ideia de que a realidade é subjetiva e dinâmica. Contrastam com as visões de mundo positivistas e pós-positivistas, que são a base das revisões sistemáticas: uma realidade única pode ser conhecida por meio da investigação experimental (Sukhera, 2022).

Ao contrário das revisões sistemáticas, as revisões narrativas oferecem aos investigadores a possibilidade de sintetizar múltiplos pontos de vista e de integrar perspetivas únicas da equipa de revisão, o que molda a análise. Por isso, os conhecimentos obtidos a partir de uma revisão narrativa variam consoante os contextos individuais, organizacionais ou históricos em que a revisão foi realizada (Sukhera, 2022).

5.2 Metodologia

Como ponto de partida, foi elaborada a questão de investigação que norteou a pesquisa: quais as necessidades em cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica de grávidas após o diagnóstico de doença fetal?

Assim, foi definida uma estratégia de pesquisa segundo o acrónimo PCC (participantes/população - grávidas; conceito em estudo - necessidades em cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica; contexto - diagnóstico pré-natal) (Santos et al., 2007).

Apresentou-se como absolutamente fundamental a definição em concreto dos termos utilizados. Assim, no que concerne à população, considerou-se grávida

como a mulher que se encontra num processo biológico e fisiológico que se inicia com a implantação do embrião no útero e vai até o parto; no que ao conceito em estudo diz respeito considerou-se toda e qualquer necessidade percebida e expressa pela grávida face ao contexto, que se definiu englobar o diagnóstico pré-natal de doença fetal desde que compatível com a vida. Foram valorizados e selecionados artigos cuja área de produção de conhecimento fosse no âmbito da especialidade em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Após uma pesquisa primária foi possível identificar algumas palavras-chave transversais a diversa literatura encontrada como: *pregnancy, pregnant, mother to be, expectant mother; supportive care needs, needs of care, needs; prenatal diagnosis, fetal abnormality, congenital abnormality; midwifery e midwife/nurse-midwife*.

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

Embora as revisões narrativas normalmente não envolvam critérios rigorosos de inclusão ou exclusão previamente definidos, acresce rigor demarcar explicitamente o âmbito do tema. Como as revisões narrativas são flexíveis, o âmbito inicial pode mudar ao longo do processo de revisão (Sukhera, 2022).

Assim, foram considerados como critérios de inclusão artigos escritos em português, espanhol ou inglês e com acesso ao texto integral. Mas sobretudo, houve a necessidade explícita de estabelecer alguns critérios de exclusão pois a maioria dos artigos encontrados na pesquisa direcionavam o seu conteúdo para temáticas relacionadas, mas não dirigidas à questão de investigação formulada não contribuindo para a sua resposta. Desta forma, foram excluídos artigos cujo foco se centrasse simplesmente em interrupção médica da gravidez, em cuidados paliativos neonatais, em meios ou métodos de rastreio/diagnóstico pré-natal, na perspetiva dos profissionais de saúde ou que abordassem diagnósticos fetais incompatíveis com a vida. Procurava-se saber

quais as necessidades em cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica de grávidas após o diagnóstico de doença fetal.

A construção da presente revisão narrativa foi elaborada com recurso a pesquisa segundo a técnica de amostragem em bola de neve (*snowball sampling*), a sua utilização em revisões narrativas pode ser eficaz para descobrir literatura e participantes em áreas pouco exploradas (Atkinson & Flint, 2001).

É uma técnica de amostragem não probabilística utilizada principalmente em contextos qualitativos para aceder a populações difíceis de localizar, sejam pessoas ou artigos científicos relevantes. O processo tem início com um conjunto de fontes iniciais (os chamados *seeds*), depois explora referências citadas nesses documentos ou solicita recomendações a especialistas na área para expandir os candidatos a literatura. Como o método se baseia em indicações sucessivas, a amostra (ou o conjunto de artigos referenciados) cresce progressivamente, similar a uma bola de neve (Atkinson & Flint, 2001), não sendo passível de replicar.

No entanto, ao analisar os resultados desses estudos, é essencial considerar as limitações inerentes como o viés de seleção, representatividade limitada e falta de controlo sobre a composição da amostra (Atkinson & Flint, 2001). Em suma, é um tipo de pesquisa que é influenciada pelo investigador e o contexto que pretende representar (Atkinson & Flint, 2001).

A pesquisa foi interrompida quando se atingiu a saturação temática, este é um conceito central na pesquisa qualitativa que indica o ponto em que a recolha de novos dados não acrescenta mais informações relevantes ou novas categorias aos dados já obtidos. Ou seja, o pesquisador para de encontrar novos temas, ideias ou padrões nas fontes de dados (Saunders et al., 2018).

Assim, no decorrer da pesquisa realizada, a temática explorada foi sofrendo um afunilamento relativamente à população alvo e, de facto, começou a surgir relevante literatura especificamente no domínio do diagnóstico de doenças raras, tema que me é particularmente caro e que por esse motivo constituiu particular interesse em desenvolver. Assim, esta evolução na expressividade da

população-alvo dos estudos teve uma orientação da maioria para a minoria, do geral para o particular (Atkinson & Flint, 2001).

5.3 Resultados

Com recurso às palavras-chave já referidas, foram selecionados para leitura 47 artigos relevantes pelo título, sendo que, após a análise dos respetivos resumos, 21 artigos significativos publicados entre 2006 e 2024 foram considerados para análise completa a fim de elaborar a presente revisão narrativa e cujos resultados serão agora explanados.

Um dos primeiros dados que surgiu numa fase inicial de pesquisa e que contribuiu para um melhor entendimento da temática em estudo refere-se aos exames de rastreio pré-natal. A literatura indica que as grávidas, frequentemente, interpretam estes exames como um procedimento rotineiro que confirma a normalidade e correspondem a um evento social no qual têm a oportunidade de ver o seu bebé; no entanto, nem sempre compreendem a sua finalidade clínica. Com alguma frequência, apesar de terem sido informadas, tanto oralmente, como de forma escrita, muitas mulheres referem desconhecer o propósito clínico da avaliação de risco, expressando a necessidade de receberem mais informação para compreender o valor do risco. Por outro lado, algumas referem que não prestaram a devida atenção quando essa informação lhes foi transmitida (Georgsson Öhman et al., 2006). Como consequência, poderão estar menos preparadas para enfrentar achados anormais ou confiar demasiado num resultado negativo (Georgsson Öhman et al., 2006).

Perante um resultado positivo a evidência diz-nos que é comum a mulher colocar a gravidez “em pausa” até ter resultados definitivos. Esta reação poderá ter um impacto na construção e na manutenção da ligação mãe-filho. Nesta fase, inúmeras mulheres salientam a importância do apoio e do suporte fornecido pelos respetivos companheiros, fazendo referência até a um fortalecimento da relação entre ambos num período de vida que se apresenta

como desafiante (Georgsson Öhman et al., 2006). No entanto, outras enfatizam a importância do apoio da mãe, da sogra, de irmãos ou amigos, relativizando mais os colegas de trabalho. A partilha desta informação com as pessoas significativas pode, no entanto, apresentar-se como uma fonte adicional de stress quando estas se manifestam de forma exacerbada com comportamentos de excessiva preocupação (Georgsson Öhman et al., 2006). Outro dado relevante prendeu-se com o facto de as EE-ESMO serem frequentemente mencionadas como um recurso de apoio e suporte, promovendo o espaço e a oportunidade para expressar o que sentem e verbalizar as suas preocupações (Georgsson Öhman et al., 2006).

Se não fosse por uma publicação da EE-ESMO Jane Bainbridge no *British Journal of Midwifery*, em 2006, na qual evidencia a forma como as mulheres grávidas recebem conselhos e comentários não solicitados como parte da exposição ao olhar público, o conceito de gravidez como “propriedade pública” seria praticamente invisível na literatura específica da enfermagem obstétrica. Bainbridge (2006) utilizou o termo “propriedade pública” para descrever como a gravidez de uma mulher se torna assunto de todos, descrevendo como até mesmo desconhecidos se sentem no direito de tocar o abdómen da grávida, fazer comentários, perguntas não solicitadas e dar conselhos.

Mulheres grávidas encontram-se frequentemente sujeitas a comentários e perguntas de pessoas em espaços públicos. Normalmente, tornar-se “propriedade pública” é visto como algo amigável e relativamente fácil de lidar para as grávidas. No entanto, após o diagnóstico de uma anomalia fetal, essa experiência pode agravar a turbulência emocional vivida especialmente pela mulher (Smith et al., 2013).

A gravidez pode ser entendida como um evento público compartilhado, o que faz com que os casais possam enfrentar perguntas em ambientes públicos. Pesquisas realizadas junto de casais que receberam o diagnóstico pré-natal de doença fetal revelaram que estes podem considerar angustiantes as sessões regulares de preparação para o parto, bem como as salas de espera repletas de

grávidas aguardando a chegada de bebés saudáveis, sendo que, no contexto específico supracitado, perguntas inocentes podem ser dolorosas para as mães e para os pais (Smith et al., 2013).

No que concerne a esta visão da gravidez como “propriedade pública” a forma como a mulher e o homem a vivenciam é dicotómica. Para a mulher a gravidez apresenta-se como uma experiência com manifestação corporal, enquanto para o homem a dimensão corpórea é diminuta, invisível aos olhos do público e vivida de forma indireta, o que torna a exposição de ambos absolutamente dispar, colocando a mulher numa posição de óbvia exposição pública e consequente particular vulnerabilidade (Smith et al., 2013).

Complementarmente, a continuidade dos cuidados prestados por uma EE-ESMO revela-se como a abordagem ideal, proporcionando benefícios significativos tanto para as mulheres quanto para os seus parceiros. As mulheres sentem-se empoderadas quando acompanhadas por profissionais que compartilham, de forma empática, as experiências da gravidez. Neste sentido, as EE-ESMO encontram-se numa posição privilegiada para oferecer cuidados especializados a casais face ao diagnóstico de anomalia fetal (Smith et al., 2013).

A escuta atenta e genuína constitui uma das práticas mais valorizadas por casais que enfrentam o diagnóstico de doença fetal. Paralelamente, é essencial promover discussões abertas sobre o fenómeno da gravidez como “propriedade pública”, permitindo que as mulheres estejam mais bem preparadas para lidar com comentários e interações sociais indesejadas. Essa partilha também possibilita uma maior compreensão, por parte dos parceiros, sobre os desafios distintos enfrentados por cada um (Smith et al., 2013).

As EE-ESMO podem ainda facilitar o acesso a redes de apoio entre pares, promovendo o intercâmbio de experiências e estratégias de enfrentamento com pessoas que passaram por situações semelhantes. Tal partilha pode contribuir para a validação emocional e a normalização dos sentimentos vivenciados pelos casais (Smith et al., 2013).

No seguimento desta ideia Bratt e colaboradores (2015) concluíram no seu estudo que as mulheres valorizam o encurtamento do tempo de espera até ao diagnóstico definitivo, considerando o apoio contínuo no decurso da gravidez como essencial e destacando a necessidade de obter apoio de outras mães e pais com vivências semelhantes, informação *online* de elevada qualidade, assim como a disponibilização de material escrito, bem como o contacto regular com uma EE-ESMO de referência. Segundo estes autores as necessidades expressas e os aspetos valorizados pela grávida devem ser tidos em conta na conceção de um programa estruturado de acompanhamento para futuras mães e pais após o diagnóstico de doença fetal.

No caso dos homens, foi identificado um forte desejo de proteger e apoiar as suas parceiras, o que implica a necessidade de serem incluídos de forma ativa, informados e adequadamente apoiados. Visitas domiciliárias, consultas pré-natais individualizadas e a continuidade da assistência do profissional de referência são estratégias que favorecem a criação de um ambiente de segurança e acolhimento (Smith et al., 2013).

A elaboração de um plano de parto claro, que reflita os desejos do casal e seja conhecido e respeitado por todos os profissionais envolvidos, é fundamental para garantir a coerência e a humanização do cuidado prestado. Os participantes relataram sentir-se mais apoiados por profissionais com os quais já tinham estabelecido uma relação prévia, que conheciam e compreendiam a sua trajetória. Ressaltaram ainda o impacto negativo de terem de repetir constantemente a sua história a pessoas desconhecidas, revivendo assim o sofrimento emocional (Smith et al., 2013).

O suporte sensível e qualificado prestado pela EE-ESMO pode contribuir significativamente para reduzir o isolamento social que ocorre por forma a evitar situações públicas por parte das grávidas. Estes profissionais ocupam um lugar singular ao acompanharem as mães e os pais desde o momento do diagnóstico, na vivência de uma gravidez transformada por circunstâncias adversas até ao parto e pós-parto (Smith et al., 2013).

O estabelecimento de uma comunicação eficaz e adequada entre os profissionais de saúde e a família representa um elemento fundamental face ao stress psicológico que se segue ao diagnóstico pré-natal de anomalias fetais. A qualidade da troca de informações influencia diretamente a compreensão da situação clínica, a gestão emocional do casal e a sua capacidade de tomar decisões informadas num momento marcado por elevada vulnerabilidade.

À medida que a gravidez avança, os casais confrontados com um diagnóstico pré-natal de anomalia fetal passam de uma reação inicial de choque para uma fase de remodelação da vida e de aceitação. Sobrecarregados por preocupações significativas, procuram enfrentar a situação através do apoio informativo, emocional e instrumental por parte dos profissionais de saúde, da família, amigos e pares. Os profissionais de saúde devem assegurar que as mães e os pais se sintam envolvidos no planeamento dos cuidados pós-natais, recebam informação suficiente e tenham acesso a estruturas de apoio emocional e instrumental ao longo do percurso (Carlsson et al., 2017).

Irani e colaboradores (2019) esquematizaram três categorias relativamente às necessidades de informação de grávidas perante o diagnóstico de doença fetal: a informação necessária para clarificar a anomalia diagnosticada, por outro lado a informação necessária para preparar o futuro, bem como a adequação da informação transmitida. A primeira, compreende a necessidade de saber o motivo pelo qual exames de diagnóstico adicionais são necessários, a necessidade de saber factos sobre a anomalia diagnosticada, sua causa e a necessidade de mais informação por forma a ganhar o controlo da situação. A segunda, contempla informações sobre aspetos práticos e económicos, sobre o parto e o pós-parto, bem como sobre morbimortalidade da anomalia identificada. Por fim, a terceira categoria faz referência à sobrecarga de informação e à sua inadequação face às necessidades da mulher no momento do diagnóstico (Irani et al., 2019).

A disponibilização de informação a mulheres que participam em programas de rastreio pré-natal é uma tarefa complexa e desafiante. Fornecer informações

explícitas sobre possíveis anomalias a uma população na qual a maioria não será afetada pode provocar preocupações desnecessárias. Por outro prisma, a disponibilização de informação em eventos stressantes pode auxiliar as pessoas a enfrentarem esses momentos.

A literatura supracitada apresenta-se em consonância com Lalor e colaboradores (2008) que acrescentam que as mulheres adotam um de dois processos distintos na procura de informação após o diagnóstico pré-natal de anomalia fetal de acordo com o seu perfil de *coping*: a preferência por elevados ou reduzidos níveis de informação. No primeiro caso, é expectável que a mulher coloque questões durante as consultas e, entre elas, caso haja possibilidade de contacto; que procure fontes adicionais de informação ou traga literatura para a consulta, com vista a obter esclarecimentos; que valorize a informação escrita, a orientação para *websites*, o acesso a uma segunda opinião e que valorize um *feedback* detalhado e frequente durante o acompanhamento. Por seu turno, mulheres com preferência por níveis reduzidos de informação fazem poucas perguntas sobre o diagnóstico ou a tecnologia utilizada; não solicitam recursos informativos adicionais; adiam a leitura de informação escrita até se sentirem preparadas para enfrentar o conteúdo; procuram *feedback* positivo sobre o bem-estar fetal, como movimentos ou crescimento, mesmo quando o prognóstico é grave; reagem com afastamento perante informações negativas (Lalor et al., 2008).

As mulheres grávidas tendem a regular o nível de informação recebida para conseguir lidar com a situação e, apesar dessa regulação variar entre indivíduos, todas valorizam a obtenção de informação que as prepare para o trabalho de parto. A maioria das mulheres prefere evitar receber uma quantidade excessiva de informação, contudo, uma minoria significativa apresenta necessidades elevadas de informação que nem sempre são satisfeitas (Lalor et al., 2008).

Urge encorajar os profissionais de saúde a demonstrarem sensibilidade face às diferenças individuais nas necessidades informativas, uma vez que as mulheres beneficiam de uma comunicação adaptada aos seus perfis pessoais. Embora tal

abordagem não assegure, em todos os casos, elevados níveis de satisfação com a informação recebida, poderá contribuir para a redução do descontentamento e para o fortalecimento da relação entre profissional de saúde e cliente dos cuidados (Lalor et al., 2008).

Sugere-se que os profissionais discutam explicitamente com as mulheres as suas preferências informativas, este enfoque no planeamento da transmissão de informação, tendo em conta a observação das estratégias de *coping* das mulheres e das suas necessidades informativas consequentes, deverá contribuir para a concretização do objetivo de uma assistência mais centrada na mulher (Lalor et al., 2008).

Em consonância com o trabalho desenvolvido por Lalor e colaboradores (2008), também Fonseca e seus colaboradores (2016) corroboraram que, no que concerne à informação transmitida pelos profissionais de saúde, nem todas as mães e pais mostram o mesmo grau de satisfação com a quantidade de informação recebida. A maioria prefere obter uma grande quantidade de informação, embora alguns manifestem ambivalência e outros optem por receber pouca informação. A satisfação das mães e dos pais relativamente à quantidade de informação recebida parece depender das suas necessidades, preferências e da sua capacidade prévia de compreensão das informações. Adicionalmente, existem evidências de que o alinhamento entre as preferências parentais e a quantidade de informação fornecida, ou seja, a satisfação das mães e dos pais, pode influenciar o seu processo de adaptação. Quando estes se sentem insatisfeitos com a quantidade de informação divulgada, é possível que ocorra um aumento da ansiedade e da frustração. Por outro lado, mães com elevada preferência por informação experienciam maior perceção de controlo e segurança quando procuram ativamente mais dados após a divulgação. Em sentido inverso, mães com baixa preferência por informação reportam elevados níveis de ansiedade quando lhes é fornecida informação adicional (Fonseca et al., 2016). As conclusões do trabalho dos autores supracitados revelam outros aspetos de absoluta relevância nomeadamente ressaltando a importância de envolver ativamente tanto a mãe quanto o pai na

partilha de informações, sublinhando que a experiência paterna não deve ser ignorada e que a dinâmica conjugal e a relação entre as perceções de cada um tem potencial de influenciar as do outro. Sendo que as mães e os pais valorizam a oportunidade de expressarem, enquanto casal ou individualmente, as suas opiniões, preocupações e emoções num ambiente seguro e ausente de julgamento. Numa outra perspetiva, por forma a promover a satisfação com a informação recebida, os profissionais de saúde devem primeiramente avaliar as necessidades individuais de informação da mãe e do pai, adaptando-as em quantidade e complexidade ao grau de conhecimento já existente e ao nível de compreensão de cada um (Fonseca et al., 2016).

Adicionalmente, a *Reaction to Diagnosis Interview* (RDI) tem sido utilizada como instrumento para avaliar os sentimentos e pensamentos das mães e dos pais relativamente ao diagnóstico de doença do seu filho, classificando como “aceite” ou “não aceite” em relação ao diagnóstico do mesmo. As mães e os pais com aceitação típica reportam ter conseguido aceitar a doença do filho, enquanto outros continuam a questionar o motivo do diagnóstico da criança e apresentam pensamentos e sentimentos negativos que persistem anos após o diagnóstico inicial (Davey et al., 2023).

A aceitação é geralmente entendida como um processo interno decorrente do significado emocional que o diagnóstico tem para o cuidador, ao invés de se relacionar com as características da criança ou da doença. Por exemplo, estudos não encontraram diferenças no estado de aceitação em função do tempo decorrido desde o diagnóstico, do sexo da criança ou do número de crianças no agregado familiar (Davey et al., 2023).

Aceitar o diagnóstico de doença de um filho pode ser um desafio para algumas mães e alguns pais, apresentando implicações para o seu bem-estar. Por exemplo, a aceitação relativa ao diagnóstico tem sido associada a perceções parentais mais positivas sobre as implicações de cuidar de uma criança com necessidades especiais, bem como a um maior nível de bem-estar parental geral. Adicionalmente, mães que alcançam a aceitação relatam menor stresse

parental e apresentam melhores sistemas de apoio, funcionamento familiar e qualidade da ligação mãe-filho. Estes fatores têm sido associados a menos hospitalizações, melhor adesão aos regimes de tratamento e podem contribuir para resultados positivos no desenvolvimento das crianças. Isto traduz-se num forte impacto socioeconómico bem como nos resultados referentes ao potencial que cada criança pode atingir ao longo do seu desenvolvimento, vendo supridas as suas necessidades e exponenciadas as suas capacidades (Davey et al., 2023).

Davey e colaboradores (2023) demonstraram que a ausência de aceitação materna face ao diagnóstico específico de doença cardíaca congénita está associada a indicadores de stresse psicológico. Assim, estes resultados poderão contribuir para identificar de forma mais eficaz os pontos de intervenção prioritários no apoio psicológico, com potencial para melhorar os resultados clínicos tanto das crianças com cardiopatia congénita como dos seus progenitores.

As mães e os pais que recebem um diagnóstico pré-natal de uma anomalia congénita experienciam, compreensivelmente, um elevado nível de angústia e apreensão relativamente ao parto, o que pode afetar negativamente a saúde mental parental, a ligação entre mãe/pai-bebé, bem como o desenvolvimento infantil. Este sofrimento significativo é agravado pelas dificuldades práticas e emocionais que as mães e os pais enfrentam ao frequentar consultas com uma diversidade de profissionais de saúde durante os períodos pré-natal e pós-natal precoce (Psaila et al., 2023).

O termo “continuidade dos cuidados” (*continuity of care*) refere-se aos processos organizacionais e clínicos que visam assegurar continuidade no serviço, ao passo que o termo “continuidade do prestador de cuidados” (*continuity of carer*) descreve os cuidados prestados por uma EE-ESMO ou uma pequena equipa de profissionais de saúde conhecidos da mulher. A continuidade do prestador, ou continuidade relacional, envolve o estabelecimento de uma relação terapêutica sustentada ao longo do tempo entre a utente e um ou mais profissionais de saúde. No entanto, existe ainda escassa investigação sobre

modelos de cuidados que proporcionem continuidade relacional a mulheres com gravidez de alto risco que necessitam de acompanhamento por múltiplos profissionais, como é o caso das mulheres que recebem um diagnóstico pré-natal de anomalia congénita (Psaila et al., 2023).

A perceção das mães e dos pais relativamente à informação que lhes é comunicada sobre o diagnóstico de anomalia congénita afeta a sua capacidade de lidar com essa realidade. No estudo realizado por Psaila e colaboradores (2023), as mães e os pais referiram especificamente que o intervalo de tempo entre a receção de um diagnóstico preliminar, a sua confirmação e o encaminhamento para serviços de saúde especializados foram problemáticos. Quando não é possível fornecer um diagnóstico definitivo devido ao desenvolvimento de uma anomalia estrutural, esta limitação deve ser claramente explicada à família, incluindo o cenário potencial mais grave.

Empoderar as famílias através do fornecimento de recursos baseados na evidência pode oferecer um apoio preliminar, mas são necessárias estratégias multidisciplinares eficazes para reduzir os tempos de espera até ao diagnóstico definitivo, de modo a mitigar o trauma adicional vivido por estas mães e pais (Psaila et al., 2023), aspeto que já foi realçado anteriormente como relevante.

As famílias participantes no referido estudo percecionaram o papel da EE-ESMO responsável pela continuidade dos cuidados como sendo facilitadora do processo. As características essenciais de uma profissional de ligação em contextos de gravidez de alto risco incluem a capacidade de personalizar os cuidados, demonstrar empatia, comunicar eficazmente e colaborar de forma eficiente numa equipa interprofissional (Psaila et al., 2023).

A reconfiguração dos cuidados exige, portanto, um modelo que permita às EE-ESMO coordenar o percurso assistencial da mulher desde o diagnóstico preliminar, passando pela confirmação diagnóstica, assegurando continuidade de cuidados durante a gravidez, o parto, o pós-parto e o processo de alta e seguimento subsequente (Psaila et al., 2023).

As famílias preparam-se durante a gravidez para aquela que será a sua vida após o nascimento, imaginando o seu bebé e a sua família nesse período. A transição para a parentalidade começa exatamente aí, durante a gravidez, enquanto o processo de ligação mãe/pai-filho se desenvolve de forma consistente, continuando após o nascimento (Borg Cunen et al., 2022; De Cock et al., 2016; Glover & Capron, 2017). A construção dessa ligação ocorre paralelamente com o desenhar de uma imagem mental daquele que será o seu bebé, baseada em informações conhecidas e em sinais que o bebé lhes dá (Aarestrup et al., 2020; Borg Cunen et al., 2022). A qualidade desta ligação em contexto pré-natal, bem como os pensamentos e sentimentos que a envolvem podem predizer a parentalidade no período pós-natal, nomeadamente no que concerne à qualidade da interação mãe/pai-bebé, aumento da sensibilidade e envolvimento, bem como os resultados a nível do desenvolvimento com ênfase na componente social e emocional do mesmo (Borg Cunen et al., 2022; De Cock et al., 2016; Foley & Hughes, 2018; Glover & Capron, 2017; Siddiqui & Hägglöf, 2000).

Keilty e colaboradores (2024) exploraram, no seu estudo, a perceção das famílias em relação ao potencial papel da intervenção precoce no contexto pré-natal e os resultados revelaram que as mesmas a entendem sob um ponto de vista positivo, considerando que pode assumir um papel preponderante na preparação para receberem o seu bebé e serem capazes de cumprir com os seus objetivos no que concerne aos cuidados que serão necessários prestar (Keilty et al., 2024).

À medida que a pesquisa foi aprofundando na densidade da temática, diversa literatura foi surgindo na área específica das doenças raras que, como já foi frisado inicialmente, constituiu particular interesse em explorar.

Assim, torna-se necessário definir o conceito de doença rara e neste sentido a Decisão n.º 1295/1999/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril de 1999, que adota um programa de ação comunitária em matéria de doenças raras no quadro da ação no domínio da saúde pública (1999-2003) define que,

a título indicativo, se pode considerar reduzida uma prevalência geralmente reconhecida como sendo inferior a cinco por 10000 na comunidade, é esta a definição aceite a nível europeu e por conseguinte é a considerada válida em Portugal (União Europeia, 1999).

Foram identificados até ao momento cerca de 7 000 tipos de doenças raras, sendo que a definição varia entre países: nos Estados Unidos considera-se rara uma condição que afete menos de 1 em cada 1 500 pessoas, no Japão menos de 1 em cada 2 500 indivíduos e na Europa menos de 1 em 2 000 pessoas (outra forma de interpretar a prevalência) (Kolemen et al., 2021). Estima-se que cerca de 350 milhões de indivíduos em todo o mundo tenham sido afetados por uma doença rara, sendo que 75% são crianças. O aparecimento das doenças genéticas raras pode ocorrer desde o nascimento ou durante a infância precoce, e cerca de 80% das doenças raras possuem origem genética. Muitas delas são incuráveis, influenciam múltiplos sistemas orgânicos ao longo da vida e um diagnóstico tardio pode agravar o prognóstico. De acordo com estudos, 30% das pessoas com uma doença rara poderão morrer antes dos 5 anos de idade (Kolemen et al., 2021).

Atender às necessidades de uma criança com uma doença genética rara exige consideravelmente mais tempo do que cuidar de uma criança saudável. Quando os progenitores têm um filho com uma condição genética rara, assumem novos papéis e responsabilidades que podem constituir uma fonte significativa de stresse, podendo enfrentar dificuldades em adaptar-se a essas novas funções e responsabilidades parentais (Kolemen et al., 2021).

Na grande maioria dos casos, as mães acabam por assumir maior responsabilidade do que os pais ou outros cuidadores, esta sobrecarga pode colocá-las numa posição de elevado stresse e sob intensa pressão, assim, as mães tendem a ser mais afetadas psicologicamente do que os pais perante a condição de saúde do filho (Kolemen et al., 2021).

As mães e os pais de uma criança com doença genética rara apresentam níveis mais baixos de ansiedade (enquanto estado) após tomarem conhecimento do diagnóstico da criança. Neste contexto, uma explicação clara e abrangente por parte da equipa profissional, que inclua a situação clínica atual e as dificuldades futuras esperadas, desempenha um papel crucial na redução dos níveis deste tipo de ansiedade. Contudo, não se verifica diminuição estatisticamente significativa nos níveis de ansiedade (enquanto traço), que refletem o padrão de ansiedade a longo prazo dos progenitores, ou seja, o diagnóstico tende a afetar significativamente a ansiedade - estado, mas não a ansiedade - traço. Adicionalmente, o trabalho desenvolvido por Koleman e colaboradores (2021) verificou que os progenitores que trabalham apresentam níveis de ansiedade - estado mais elevados em comparação com aqueles que não trabalham, evidenciando a necessidade de apoio direcionado a mães e pais de crianças com doenças raras, especialmente a mães e progenitores trabalhadores.

Existe ainda alguma evidência que aponta para a extensão do choque parental aquando do diagnóstico estar relacionado com fatores influenciadores como: o *timing* do diagnóstico (pré ou pós-natal), a influência de experiências prévias, expectativas no momento dos exames de rastreio e diagnóstico ou ao nascimento e a influência de outras complicações diagnosticadas *a posteriori* (Johnson et al., 2018).

Johnson e colaboradores (2018) agruparam as necessidades parentais após o diagnóstico de doença fetal em quatro categorias: a necessidade de referenciação para um grupo de apoio de pares, que promovem o sentimento de pertença a um grupo ou comunidade, transmitindo segurança e tranquilidade; necessidade de informação, a maioria das mães e pais desejam e esperam obter o maior número de informação possível sobre a doença fetal; necessidade de uma comunicação clara e sensível, mães e pais descrevem um forte impacto emocional que comentários e questões intensivas podem ter; e por fim a necessidade de ter um plano, os pais expressam a necessidade de ter um plano para os cuidados de saúde do seu filho (Johnson et al., 2018).

Os resultados de um estudo piloto com 30 famílias australianas que cuidam de crianças com doença metabólica rara revelam que as mesmas apresentam deficiências significativas e necessidades clínicas complexas e que as famílias enfrentam um elevado stresse emocional e financeiro. A maioria dos progenitores indicou que, no momento do diagnóstico, deveria ser disponibilizado de forma rotineira: informação clara sobre a doença, detalhes sobre grupos de suporte entre pares, bem como apoio psicológico à família (Anderson et al., 2013).

A literatura encontrada relativamente ao contexto específico do diagnóstico de doenças raras está perfeitamente alinhada com a literatura referente a outros diagnósticos de doenças mais comuns, no entanto, a escala das repercussões que podem ter lugar nestas famílias, em particular nas mães destas crianças, assume proporções francamente mais impactantes dada a escassez de informação, tratamento e suporte.

As doenças raras, incluindo aquelas de origem não genética, são definidas como condições complexas, multissistémicas e potencialmente fatais, incuráveis e não passíveis de prevenção. Embora apresentem baixa prevalência individual, o impacto coletivo é significativo, afetando uma percentagem considerável da população mundial (Pelentsov et al., 2015).

Devido à sua reduzida prevalência, a comunidade médica, científica e ao nível das políticas comunitárias tipicamente tendem a negligenciar estas mães e pais uma vez que são considerados uma minoria difusa. Para muitos, o fardo dos cuidados prolonga-se por anos e implica um compromisso vitalício (Pelentsov et al., 2015). Frequentemente, requer alterações nos padrões de trabalho, nos rendimentos e nas responsabilidades domésticas. Ambos necessitam de literacia especializada em saúde, competências específicas de cuidados e recursos além dos geralmente exigidos a qualquer progenitor. Ainda que cuidadores de crianças com doenças crónicas enfrentem desafios semelhantes, quem cuida de uma criança com doença rara enfrenta acrescentos significativos: o diagnóstico pode ser tardio ou indeterminado, os grupos de apoio são pequenos e

geograficamente dispersos e os recursos e competências em saúde são limitados (Pelentsov et al., 2015). Apesar de os sintomas e necessidades das crianças serem heterogéneos, as necessidades de cuidados de apoio dos pais tendem a ser uniformes. Um desafio central para mães e pais prende-se com o facto de a deteção precoce e o diagnóstico definitivo muitas vezes serem difíceis. Em contraste, doenças mais comuns são identificadas já nas primeiras fases da gravidez ou ao nascimento (por exemplo, síndrome de Down e fibrose quística), o que torna os percursos de apoio mais definidos (Pelentsov et al., 2015). A literatura disponível sobre as necessidades destas mães e destes pais frequentemente relata apenas contextos específicos de cada doença, baseando-se em pequenas amostras e situando-se em contextos nacionais ou culturais delimitados, dificultando a generalização para mães e pais de crianças com outras condições (Pelentsov et al., 2015).

A maioria da investigação sobre cuidados de apoio centrou-se no indivíduo afetado, com escasso reconhecimento da sobrecarga imposta aos progenitores, no contexto das doenças raras, esta omissão assume especial relevância (Pelentsov et al., 2015).

Mães e pais responsáveis por uma criança com doença rara relatam necessidades de apoio não satisfeitas, cujas origens são variadas e complexas. Poucos estudos tentaram identificar de forma abrangente e sistemática essas necessidades específicas independentemente da doença infantil (Pelentsov et al., 2015).

Pelentsov e colaboradores (2015) utilizaram o instrumento *Supportive Care Needs Framework* (SCNF) como estrutura organizadora da revisão, para categorizar necessidades segundo sete domínios: prático, espiritual, social, psicológico, informativo, emocional e físico. Assim, conduziram uma *scoping review* integrando 29 estudos publicados entre 1990 e 2014, com o propósito de identificar e examinar a literatura científica relacionada com as necessidades de apoio parental de cuidadores de crianças com doenças raras, e de comparar essas necessidades com os sete domínios do SCNF.

O SCNF foi originalmente formulado em 1994, tendo sido concebido como uma ferramenta para profissionais de saúde na área da oncologia e gestores de programas, com o objetivo de os ajudar a conceptualizar que tipo de apoio os doentes oncológicos poderão necessitar e como planear a prestação desses serviços. Desde então, o modelo tem sido apresentado e debatido em vários contextos e tem sido utilizado no planeamento de programas e políticas sendo que ao longo do tempo tem-se verificado um aumento do número de pedidos para uma divulgação mais ampla de uma descrição completa e escrita do modelo (Fitch, 2000).

Assim, como já foi anteriormente referido, Pelentsov e colaboradores (2015) categorizaram as necessidades das mães e pais de crianças com doenças raras em sete domínios que serão agora explanados.

Entre as necessidades sociais referidas, foram expressas mais frequentemente a necessidade de maior apoio em todas as áreas. O acesso a grupos de apoio foi considerado pelos pais como uma forma importante de suporte, à semelhança da família e dos amigos. Mães e pais sentiram que, com o passar do tempo, o apoio oferecido por outros diminuiu, apesar de a sua situação não ter mudado. Alguns chegaram a fazer grandes esforços para aceder aos apoios necessários, incluindo procurar ajuda no estrangeiro (Pelentsov et al., 2015).

A comunicação com outros progenitores foi a segunda necessidade social mais referida. Estes sentiam que somente mães e pais em circunstâncias semelhantes poderiam compreender verdadeiramente a sua situação e que, ao comunicar com eles, conseguiam lidar melhor com os desafios e ter uma perspetiva mais positiva da vida. Era também importante comunicar com outras pessoas que não estivessem envolvidas diretamente nos cuidados clínicos à criança (Pelentsov et al., 2015).

O isolamento social, a solidão e a sensação de desconexão devido à doença do filho e às rotinas de cuidados eram questões comuns mencionadas por mães e pais. Sentiam falta de vida social, perda de liberdade e desejavam mais

espontaneidade. Alguns descreveram mesmo a sua situação social como “não ter vida”. Para alguns, a complexidade da doença da criança e a necessidade de usar equipamentos médicos volumosos limitavam a sua capacidade de participar em atividades sociais. Evitar certas situações sociais para escapar ao embaraço ou à humilhação em público agravava ainda mais o sentimento de isolamento social (Pelentsov et al., 2015).

Quase todos os relacionamentos foram afetados negativamente pelas responsabilidades de cuidado. A carga diária dos cuidados e as oportunidades perdidas para passar tempo de qualidade juntos, tiveram um impacto negativo na relação conjugal (Pelentsov et al., 2015).

O apoio aos irmãos da criança doente e o receio de os negligenciar também foram preocupações significativas para ambos. Por fim, tanto mães como pais consideraram difícil equilibrar o trabalho com a vida familiar. Alguns, em especial as mães, tiveram de tirar licenças ou mesmo abandonar os seus empregos para cuidar da criança, pondo de lado ambições profissionais e interesses pessoais para se dedicarem às necessidades de cuidados da criança (Pelentsov et al., 2015).

Um domínio também considerado foi o das necessidades de informação que, de uma maneira geral, se encontra mais estudado e descrito na literatura conforme já tem vindo a ser mencionado nesta revisão, em contextos de assistência pós-natal, mas também pré-natal.

Desta forma, mães e pais referiram com mais frequência a necessidade de informação clínica geral sobre a doença do filho. Foi expressa uma forte necessidade de informação; ambos queriam saber sobre a saúde futura e as perspetivas de vida do filho. Desejavam saber quais os impactos da doença e da medicação prescrita no desenvolvimento, na aprendizagem e na saúde a longo prazo da criança. Também procuravam informação sobre os serviços e os apoios disponíveis na comunidade à medida que a criança crescesse, por forma a poderem planear o futuro com mais confiança (Pelentsov et al., 2015).

A segunda necessidade informacional mais comum referia-se ao nível de conhecimento e compreensão dos profissionais de saúde. Tanto mães como pais expressaram frustração pela falta de conhecimento e experiência demonstrada pelos profissionais de saúde relativamente à doença do filho (Pelentsov et al., 2015).

A má comunicação e a incapacidade dos profissionais de fornecer um prognóstico claro e completo, foram uma constante fonte de preocupação. Muitos sentiram que essa falta de informação dificultava a sua capacidade de lidar com a situação e gerir a saúde do filho quando surgiam complicações (Pelentsov et al., 2015).

Do mesmo modo, mães e pais sentiram que necessitavam de muito mais conhecimento especializado para cuidar devidamente do filho. Em muitos casos, tiveram de assumir o papel de “especialistas”. Como consequência, procuravam por iniciativa própria as informações relevantes para responder às suas dúvidas e aliviar as suas preocupações (Pelentsov et al., 2015).

No entanto, muitos consideraram difícil o acesso à informação. Desejavam informação fácil de aceder e com significado prático para a sua situação. Também valorizavam recursos educativos que pudessem partilhar com familiares e amigos, e que os ajudassem a responder a questões sobre a doença da criança. Por fim, mães e pais atribuíram também grande importância ao diagnóstico precoce e definitivo do seu filho (Pelentsov et al., 2015).

No que a necessidades emocionais diz respeito, mães e pais descreveram o período do diagnóstico inicial como um momento altamente emocional. Emoções intensas como choque, angústia, raiva, medo, descrença, negação e culpa foram frequentemente descritas por ambos. As necessidades emocionais mais significativas e persistentes referidas foram lidar com o stresse e a culpa. O stresse manifestava-se sob a forma de ansiedade, incerteza, preocupação, medo, frustração, luto, impotência, choque e negação. Mães e pais sentiam-se profundamente tristes, vulneráveis e sofriam de luto antecipado, culpa,

confusão, descrença, desânimo, desamparo, insegurança e falta de controlo (Pelentsov et al., 2015).

Com maior frequência, as necessidades emocionais estavam associadas à condição de saúde da criança, à gravidade da doença e às responsabilidades de ambos enquanto cuidadores. No dia a dia, sentiam-se sobrecarregados com a situação da criança doente e com dúvidas sobre a sua capacidade de lidar, a longo prazo, com as exigências constantes dos cuidados. Alguns viviam com medo e impotência perante a possibilidade de a doença se alastrar ou agravar com o tempo. De uma forma geral, os pais expressaram sentimentos de incerteza e insegurança quanto ao futuro da saúde e do bem-estar do filho doente (Pelentsov et al., 2015).

As mães e os pais também referiram que a forma como receberam o diagnóstico teve grande impacto na sua capacidade de lidar com a situação. Para alguns, o diagnóstico trouxe alívio, representando um ponto de viragem emocional ao acabar com a incerteza. Em parte, sentiram que os profissionais de saúde não dedicaram tempo suficiente para abordar as suas necessidades emocionais, e teriam valorizado um maior nível de conhecimento e apoio por parte destes (Pelentsov et al., 2015).

Num outro domínio, as preocupações financeiras foram identificadas como a principal necessidade prática quer de mães quer de pais. Estes descreveram as questões financeiras como uma grande fonte de stresse e angústia. Muitos relataram enfrentar dificuldades económicas significativas relacionadas com a doença do filho e com as exigências contínuas dos cuidados (Pelentsov et al., 2015).

Devido às exigências diárias dos cuidados, as mães, em particular, tiveram de reduzir o horário de trabalho ou abandonar o emprego a tempo inteiro para poderem ficar em casa a cuidar da criança doente. Isso implicou um peso adicional para os pais (ou parceiros), que passaram a ser os únicos provedores

da família, com a responsabilidade acrescida de suportar as despesas médicas (Pelentsov et al., 2015).

Mães e pais manifestaram preocupação com os custos de saúde presentes e futuros associados ao tratamento da criança. Sentiam que, para que outras pessoas cuidassem do seu filho na sua ausência, era necessário que esses cuidadores recebessem formação adequada, de modo a garantir que a criança estivesse segura e bem cuidada (Pelentsov et al., 2015).

Planear e coordenar os cuidados e serviços para responder às necessidades específicas da criança era também uma fonte constante de stresse e preocupação. Ambos expressaram a necessidade de descanso ou tempo livre. Com as exigências e pressões diárias dos cuidados, o que mais desejavam era tempo de lazer pessoal, livre das responsabilidades associadas ao cuidado da criança (Pelentsov et al., 2015).

No que concerne às necessidades físicas, cuidar do filho deixava-os frequentemente fisicamente e mentalmente exaustos. Outros sintomas físicos experienciados, relacionados com o impacto dos cuidados prestados à criança doente, incluíam: distúrbios do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, dores de cabeça, tonturas e constipações frequentes. Alguns tinham eles próprios a doença rara, quer de forma completa, quer como portadores e sofriam de problemas físicos associados (Pelentsov et al., 2015).

Os autores referiram necessidades espirituais e psicológicas com muito menos frequência nos estudos, em comparação com os outros domínios do modelo SCNF. As necessidades espirituais destas mães e pais estavam relacionadas com a procura de significado nas suas experiências de ter um filho diagnosticado com uma doença rara. Através dessa procura, obtinham novas perspetivas, o que as ajudava a redefinir o que consideravam importante. Para alguns, não se sentirem ligados ou integrados numa comunidade religiosa por causa da doença da criança resultou numa crise de fé (Pelentsov et al., 2015).

As manifestações psicológicas foram frequentemente descritas como sentimentos de inutilidade, impotência e incapacidade no cuidado da criança com doença rara. Apesar do grande sofrimento emocional e do choque, poucos receberam apoio psicológico ou acompanhamento por parte de profissionais de saúde mental, conselheiros ou grupos de apoio entre pares, especialmente no momento do diagnóstico - quando a necessidade era maior (Pelentsov et al., 2015).

Sumarizando, as necessidades mais frequentemente referidas foram as necessidades sociais (72% dos estudos), seguidas pelas necessidades de informação (65% dos estudos) e pelas necessidades emocionais (62% dos estudos). Sendo que as principais preocupações se centram em: compreender a condição do filho, lidar com emoções difíceis (ex. stresse e culpa), preparar-se para o futuro, gerir as exigências do cuidado diário e ter acesso a um sistema de apoio mais amplo. Os autores acrescentaram nas suas conclusões que existe uma escassez de estudos que explorem as necessidades de cuidados de apoio quer de mães quer de pais de crianças com doenças raras, sublinhando que o SCNF reflete apenas parcialmente a variedade e o tipo de necessidades dos mesmos.

5.4 Discussão dos resultados

É notória a escassez de investigação dirigida especificamente às necessidades das grávidas após o diagnóstico de doença fetal. A verdade é que, após a análise detalhada da evidência encontrada, se verificou que a maior parte dos artigos se foca nas necessidades da díade (mãe e pai), embora seja evidenciada a maior vulnerabilidade da mulher face ao diagnóstico de doença do seu filho.

Desde logo a gravidez tem lugar no corpo da mulher, é dentro dela que o seu filho cresce e se desenvolve, é algo visceral e do qual não se pode dissociar. Adicionalmente, é na mulher que se centram comentários externos da sociedade em geral, que nestes casos em específico, podem ter um impacto emocional extremamente negativo por mais bem-intencionados que sejam. A

vivência da gravidez como “propriedade pública” agrava-se neste contexto, já que perguntas inocentes ou comentários sociais podem ser dolorosos, sobretudo para as mulheres, pela maior exposição corporal e consequente vulnerabilidade.

Em complementaridade, uma vez que a mulher apresenta maior sensibilidade e perfil de cuidadora, posiciona-se numa linha de maior impacto quando face a um diagnóstico de doença fetal. O homem, apesar de co-vivenciar a gravidez, esta não tem uma expressão corporal sendo, de certa forma mais fácil, abstrair-se do diagnóstico, pois não é no seu corpo, não é dentro de si que o feto se está a formar. No entanto, a literatura é unânime em afirmar a importância e pertinência da inclusão do pai como figura com importância neste processo, não só porque também o vive (ainda que de forma muito distinta), mas também pelo seu papel preponderante, por um lado no apoio e suporte da mulher nesta fase, por outro como influenciador do seu bem-estar, já que se sabe que a forma como cada um vive este evento crítico de vida é passível de se influenciar mutuamente.

Se esta temática carece de atenção por parte da comunidade científica, no que toca ao diagnóstico de doenças raras em particular a problemática assume proporções com impacto substancialmente maior. A ideia que surge, não raras vezes é a de que é algo *too rare to care*. Pela sua reduzida prevalência, as pessoas com doença rara e seus cuidadores são considerados uma minoria, no entanto, analisados os números a nível global sabe-se que uma percentagem com expressão de pessoas a nível mundial sofre ou virá a sofrer de uma doença rara.

Da análise dos estudos, pode inferir-se que as necessidades da grávida confrontada com um diagnóstico de doença fetal são de vários domínios, todos eles sensíveis aos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica:

- **Necessidades sociais**, relacionadas com o apoio contínuo da família, amigos e profissionais de saúde. A grávida sente-se frequentemente isolada,

incompreendida e com a sua vida social limitada, pelo que valoriza o acesso a grupos de apoio e a comunicação com outras mães que passaram por experiências semelhantes. Estas redes funcionam como recursos fundamentais para lidar com os desafios, diminuir a solidão e reforçar a esperança.

- **Necessidades de informação**, destaca-se a procura de esclarecimento detalhado sobre a condição fetal, o prognóstico (possível), os impactos na sua vida futura da condição de saúde do filho e as opções de tratamento e acompanhamento disponíveis. As grávidas necessitam de informação clara, acessível e atualizada, transmitida de forma empática e compreensível. A falta de respostas (as possíveis) ou a comunicação pouco sensível por parte dos profissionais de saúde podem aumentar a angústia e dificultar a adaptação à situação real, tal como ela se apresenta naquele momento.

- Conhecimento sobre gravidez, efeitos colaterais, medidas de segurança;
- Conhecimento sobre desenvolvimento fetal;
- Conhecimento e capacidade: trabalho de parto;
- Conhecimento e capacidade: competências parentais;
- Conhecimento sobre desenvolvimento infantil;
- Conhecimento sobre pós-parto.

- **Necessidades emocionais**, presentes desde o momento do diagnóstico, em diferentes graus de intensidade e de manifestações. O momento do diagnóstico pré-natal é vivido com choque, angústia, tristeza, culpa e incerteza. Muitas grávidas experimentam sentimentos de impotência, luto antecipatório e ansiedade face ao futuro, revelando necessidade de acompanhamento psicológico contínuo e de suporte emocional especializado. A forma como o diagnóstico é comunicado assume aqui um papel determinante na capacidade para lidar com a situação.

- **Necessidades práticas**, surgem preocupações financeiras relacionadas com os custos do acompanhamento clínico, deslocações frequentes a centros especializados e eventual necessidade de reorganizar a vida profissional. Para muitas mulheres, o planeamento de cuidados futuros

constitui também uma fonte de stresse, dada a imprevisibilidade da evolução clínica do feto, do recém-nascido e de como vai crescer e se desenvolver. Se existem outros filhos, acrescem ainda essas preocupações.

- Conhecimento sobre conjugalidade e parentalidade;
- Integração do recém-nascido na família.
- **Necessidades físicas**, a gravidez em si já implica alterações significativas no corpo da mulher, e o impacto acrescido do stresse e da ansiedade pode manifestar-se em fadiga, distúrbios do sono, alterações do apetite e sintomas físicos associados ao desgaste emocional. Os efeitos colaterais da gravidez, nomeadamente o aumento do metabolismo associado à ativação do sistema nervoso simpático exigirá do corpo da mulher um consumo excessivo de energia.
- **Necessidades espirituais**, nesta fase de vida pode emergir com maior intensidade. A procura de sentido para a experiência da doença fetal, na tentativa de reenquadrar expectativas e encontrar esperança. Para algumas mulheres, esta vivência pode gerar uma crise de fé, enquanto para outras a espiritualidade funciona como recurso de resiliência e de reconstrução de significado.

A continuidade da assistência por parte das EE-ESMO surge como elemento essencial, ao proporcionar escuta genuína, espaço seguro para a expressão das preocupações e acompanhamento empático que valoriza as necessidades de cada casal. De facto, as necessidades experienciadas pelos casais perante um diagnóstico pré-natal de doença fetal encontram resposta nas competências específicas da EE-ESMO, tal como definidas no Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Entre as suas competências, destaca-se a capacidade de utilizar uma comunicação terapêutica eficaz, fornecendo informação clara, acessível e cientificamente fundamentada, elemento essencial para apoiar a mulher e o casal na tomada de decisão informada. O suporte emocional e relacional é igualmente central, na medida em que a EE-ESMO cria um ambiente de segurança, respeito e confiança, promovendo a humanização dos cuidados e a valorização das escolhas da mulher e da família (PQCEESMO, 2021; WHO, 2018). Além disso, é sua função articular cuidados entre diferentes níveis de

intervenção e mobilizar recursos comunitários, favorecendo a continuidade do acompanhamento e a inclusão em redes de apoio formais e informais.

5.5 Conclusões

O diagnóstico pré-natal de doença fetal desencadeia um conjunto de necessidades complexas e multidimensionais que afetam profundamente a grávida e a sua família, exigindo uma abordagem integrada por parte da enfermagem de saúde materna e obstétrica, bem como da equipa multidisciplinar.

Destacam-se as necessidades emocionais e psicológicas, associadas ao choque, tristeza e luto antecipatório, que exigem acompanhamento contínuo e comunicação empática; as necessidades informacionais, ligadas ao acesso a dados claros, compreensíveis e fundamentados para apoiar decisões conscientes; as necessidades sociais, que resultam do risco de isolamento e estigma, valorizando-se o suporte familiar, comunitário e de pares; e ainda necessidades práticas e físicas, relacionadas com dificuldades financeiras, reorganização da vida familiar e desgaste físico e mental, a par de necessidades espirituais, expressas na procura de sentido e esperança perante a adversidade.

Perante esta realidade, impõe-se uma resposta integrada e humanizada, onde cada Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica assume uma ação profissional central na promoção de uma transição saudável, no reforço da resiliência familiar e na preservação do bem-estar materno-fetal.

6. CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A realização do estágio profissional e a redação do presente relatório constituíram uma experiência de profunda transformação, quer no plano profissional quer no pessoal. Os subsídios que o curso de MESMO me ofereceu, contribuíram significativamente para o meu crescimento pessoal e autoconhecimento o que, sem dúvida, beneficiou consequentemente as minhas competências enquanto futura EE-ESMO.

Quando iniciei este caminho, a preconceção que tinha sobre esta área de especialidade e sobre as competências da EE-ESMO não vislumbravam quase nada do que viria a descobrir e a aprender. Paulatinamente, ao longo do primeiro ano deste curso, fui adquirindo conhecimentos e compreendendo esta área de especialidade sob um ponto de vista único que acredito ser, de certa forma, ímpar no contexto académico nacional. A conceção de cuidados com a mulher assumindo o destaque central, a intervenção da EE-ESMO dirigida objetivamente à individualidade das necessidades de cada mulher, a defesa de uma prática baseada na evidência e o rigoroso conhecimento sobre a fisiologia e os processos corporais que ocorrem no corpo da mulher ao longo do seu ciclo vital, constituíram pontos fortes da formação que obtive neste percurso. Mas não só, não mais olhei a enfermagem da mesma forma, aprendi a dar o valor que ela tem, em particular na área da SMO, mesmo quando diariamente outros tentam desacreditar o nosso trabalho e colocar em causa os nossos conhecimentos e a nossa prática.

O processo de aprendizagem consolidou-se de forma inequívoca no segundo ano do MESMO, no qual teve lugar o estágio profissional que teve um papel absolutamente fundamental na aquisição de conhecimentos, mas sobretudo no treino de competências técnicas nunca antes realizadas como o exame vaginal, a amniotomia e o assistir no parto vaginal. A aquisição destas competências exigiu tempo, perseverança e muito treino até chegar à segurança na sua execução. Para tal, foi absolutamente notável o contributo das EE-ESMO que tutoraram os meus estágios, com a sua experiência aprendi muito, ainda que

por vezes essa prática não se alinhasse com o conhecimento adquirido em contexto académico e com o que a evidência nos diz. No entanto, também isso constituiu uma aprendizagem, através da reflexão diária sobre o que faria diferente e porquê. Estou segura em dizer que este foi o maior desafio que enfrentei durante o estágio profissional, em particular em contexto de sala de partos, constatar e aceitar que, apesar da evidência, alguns tópicos analisados no presente documento não se transmitem na prática clínica de alguns dos profissionais. São disso exemplo o pesar e vestir o bebé pouco depois do nascimento interrompendo o contacto pele com pele na primeira hora de vida e a clampagem do cordão umbilical por rotina ao minuto de vida, antes de deixar de pulsar. Foram inúmeros os casos em que assisti a uma atitude demasiadamente interventiva que, não raras vezes, acionou uma cascata de intervenções, que de outra forma, não seria necessário implementar. Estes são exemplos que em nada contribuem para uma experiência de parto e pós-parto positiva, comprometendo os resultados maternos e neonatais.

Complementarmente, constatei que na maioria dos casos prevalecia uma falta de motivação para assistir partos em diferentes posições. Estes desafios evidenciam a necessidade de continuar a investir na formação contínua e na atualização baseada em evidência para garantir uma assistência mais centrada na mulher e nas suas necessidades. Por exemplo, foi com muita pena minha, que não tive a oportunidade sequer de observar um parto vaginal numa posição que não fosse a de litotomia, que como sabemos em nada beneficia o processo corporal que está a ocorrer no corpo da mulher durante o parto vaginal nem o feto, no caminho que tem de percorrer até ao nascimento.

Parece existir um manto invisível que impede de fazer diferente, ainda que com devida fundamentação, e nesse aspeto os pares desempenham um papel fundamental, ao invés de criticar e *a priori* recusar qualquer ideia diferente, porque não nos ouvirmos umas às outras, aprendermos umas com as outras, partilharmos experiências e resultados? Só assim se evolui enquanto profissional, só assim se mudam práticas enraizadas há décadas e que se encontram absolutamente obsoletas.

Na minha prática, e em respeito pelo constante no artigo 99.º do estatuto da OE (2024), sempre procurei salvaguardar valores universais na relação profissional, desde logo a igualdade; a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em consideração o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional que têm a sua expressão máxima no empenho que coloquei no MESMO.

Alinhada com o regulamento n.º 140/2019 sobre as competências comuns do enfermeiro especialista, sempre pautei a minha intervenção pelo constante compromisso em garantir um ambiente terapêutico e seguro; desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a minha *praxis* clínica especializada em evidência científica, conforme está amplamente documentado ao longo do presente trabalho (OE, 2019a). No documento supracitado regulamenta-se que o Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, sendo que a sua competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente. No meu entender, em particular este último ponto assume particular importância no cuidado especializado, a especificidade desse cuidado acredito ser em muito marcada por uma mudança de paradigma, que se centra nas preferências da cliente dos cuidados em respeito pela sua individualidade e direito a autodeterminar-se.

No que concerne às competências específicas da EE-ESMO em consonância com o regulamento n.º 391/2019 da OE que as define, estão extensivamente documentadas competências que adquiri fundamentalmente nos seguintes âmbitos: no cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; durante o trabalho de parto e durante o período pós-natal (OE, 2019b). Em alinhamento com a filosofia de cuidados que aqui explanei destaco a importância da promoção do plano de parto, aconselhamento e apoio da mulher na tomada de decisão, área cuja relevância foi particularmente exaltada no que concerne a proporcionar uma experiência de parto positiva às mulheres numa ótica de intervenção precoce já durante a gravidez,

incentivando e promovendo sempre o envolvimento da pessoa significativa nesse processo.

Neste seguimento, sempre procurei intervir de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado. Como já referi, garanti um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto; concebi, planeei, implementei e avaliei intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos e cooperei com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor em respeito pela vontade da mulher. Em cumprimento com o sentido de responsabilidade profissional fui capaz de identificar e monitorizar desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estavam para além da minha área de atuação, numa atitude de estreita cooperação com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e/ou do parto (OE, 2019b).

Neste mesmo sentido, fui capaz de promover a ligação mãe/pai-filho; promovi, protegi e apoiei a amamentação e/ou o aleitamento materno; identifiquei e monitorizei o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido e identifiquei complicações pós-parto, referenciando as situações que estiveram para além da minha área de atuação (OE, 2019b).

A visão dos cuidados que prestei alinha-se com os preconizados pelos PQCEESMO (2021) cuja missão perspetiva uma resposta profissional às necessidades da mulher, e das pessoas significativas para si, no âmbito: da gravidez, nomeadamente a avaliação da evolução, e promoção da adaptação à gravidez; da adaptação à parentalidade (competências parentais); da preparação para o parto, com elaboração do plano de parto; do trabalho de parto, nomeadamente a avaliação da evolução, e assistência à mulher e pessoa(s) significativa(s) na obtenção de uma experiência positiva do parto; do pós-parto, nomeadamente a avaliação da evolução e promoção da recuperação pós-parto; da saúde do recém-nascido normal, nomeadamente a vigilância do desenvolvimento infantil e promoção da mestria nas competências parentais.

Como ónus de prova das competências adquiridas em contexto de ensino prático e ensino clínico, em respeito pela Lei n.º 9/2009 de quatro de março, foi cumprido o número mínimo de experiências exigido, que se encontram devidamente documentadas por mim e certificadas pelas EE-ESMO que tutoraram o estágio. O conjunto desses documentos será entregue à Professora Doutora Alexandrina Cardoso aquando da prova pública de defesa deste relatório. Assim, de uma forma global realizei:

- Consulta de grávidas incluindo 129 exames pré-natais;
- Vigilância e cuidados dispensados a 110 parturientes;
- Realização de 41 partos eutócicos (em seis dos quais o períneo se manteve íntegro) e colaboração em 20 partos distócicos por ventosa;
- Participação ativa num parto de apresentação pélvica e um treino por via de simulação;
- Prática de episiotomia (16) e respetiva episiorrafia (16) bem como correção de lacerações de primeiro (16) e segundo grau (três).

Em suma, considero que neste capítulo evidencio as competências de EE-ESMO que adquiri à luz das principais orientações da OE e em consonância com o Parlamento Europeu e o Conselho da União Europeia (2005), na Diretiva 2005/36/CE que estabelece os princípios para o reconhecimento das qualificações profissionais, demonstrando mais uma vez a visão dos meus cuidados, sendo que uma atitude de contínua reflexão sobre a prática foi simultaneamente adotada ao longo da conceção de cuidados e do trabalho aqui desenvolvido.

CONCLUSÃO

Findo este percurso académico de dois anos que culmina agora com a conclusão do MESMO, é com enorme orgulho que termino a explanação da conceção de cuidados que alicerçou a minha prática nos diferentes ensinamentos clínicos que constituíram o Estágio Profissional.

Ao longo deste documento, está enunciada uma visão dos cuidados especializados em SMO centrada na mulher, é ela a cliente dos nossos cuidados em primeira instância. A assistência à mulher, ao longo do seu ciclo vital apresenta um campo de atuação vastíssimo e consequentemente uma janela de oportunidade de intervenção por parte das EE-ESMO diretamente proporcional.

Acredito que saber reconhecer a fisiologia e empoderar a mulher para aqueles que são os seus recursos internos são aspetos absolutamente fundamentais na prática das EE-ESMO.

Saber atuar no domínio onde temos autonomia, “baixo risco”, requer prática baseada na evidência e responsabilidade, este exercício diário de ver a mulher com um olhar diferenciado, dirigido à especificidade das suas necessidades requer tempo, trabalho e empenho em transcender a mera execução de intervenções resultantes de prescrição ou o mero alinhamento com protocolos institucionais que não servem as necessidades da mulher.

Tendo em consideração a especificidade da unidade de saúde onde este estágio teve lugar, a análise retrospectiva que faço é, de certa forma, límbica. Se por um lado considero ter sido um local de estágio de uma riqueza de experiências vastíssima e de uma especificidade que dificilmente conseguiria igualar noutra instituição, por outro, acredito que as experiências que obtive foram muito centradas ainda no modelo biomédico. Foi um exercício diário focar-me nas boas práticas em ESMO, manter os meus cuidados à luz da melhor evidência disponível. No entanto, neste contexto em particular foi extremamente desafiante lidar com a ambivalência do saber que intervenções implementar, mas que tantas vezes não tive a oportunidade de colocar em prática pela

posição de aluna que ocupava. Esta realidade foi por demais evidente durante o estágio em sala de partos, foi o local onde mais tive de lidar com a frustração por ver a minha capacidade de intervenção diminuída por colegas e equipa multidisciplinar quando se circunscrevia a permanência da mulher no leito para uma melhor monitorização da FCF, quando tantas vezes vi a *golden hour* da amamentação e o contacto pele com pele mãe/recém-nascido interrompido pela urgência em monitorizar dados antropométricos, gerir sentimentos perante tanto julgamento a que assisti diariamente foi desgastante e em muitas ocasiões desmotivador. A determinada altura a sensação é a de que não se pertence ali, que *se rema contra a maré* diariamente. Mas depois há dias bons, dias em que pontualmente determinadas EE-ESMO com uma visão diferente, dotadas de interesse por mudar a prática numa ótica que promova o melhor interesse da mulher, tentam começar a implementar práticas mais alinhadas com a evidência atual, procurando disseminar conhecimentos e partilhar experiências. É uma gota no oceano, sinto, mas o caminho faz-se caminhando.

A RNL que realizei, contribuiu em muito para a aquisição e consolidação de conhecimentos na área da investigação, subsidiando este MESMO com contributos muito válidos no que concerne às necessidades em cuidados especializados em SMO de grávidas após o diagnóstico de doença fetal. A lacuna de evidência atual na área é absolutamente notória, o paradigma dos cuidados mantém-se muito, ou até apenas, centrado na patologia/malformação fetal deixando a mulher, a futura mãe, entregue a si própria com a enorme tarefa de lidar com o diagnóstico fetal detetado e encontrar as suas estratégias para fazer face ao que se avizinha.

O serviço nacional de saúde continua centrado na patologia e na intervenção no âmbito do curar, esquece-se do mais importante: a prevenção, a intervenção precoce e a continuidade dos cuidados.

Defendo por isso um investimento na intervenção das EE-ESMO ao nível dos cuidados de saúde primários, num contexto de proximidade, no seio da comunidade onde a mulher está inserida. Especialmente no que concerne à preparação para o parto e promoção da adaptação à parentalidade, este aspeto

reveste-se de particular importância, uma vez que a intervenção neste âmbito requer tempo e deve ter início numa fase ainda precoce da gravidez.

Desenvolver na mulher, e na pessoa significativa para si, significados facilitadores, conhecimentos, capacidades e autoeficácia por forma a promover o seu empoderamento e autodeterminação, requer tempo, mas é essa a via para alcançar ganhos em saúde e contribuir para uma experiência de parto e pós-parto positiva, seja qual for a sua circunstância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aarestrup, A. K., Skovgaard Væver, M., Petersen, J., Røhder, K., & Schiøtz, M. (2020). An early intervention to promote maternal sensitivity in the perinatal period for women with psychosocial vulnerabilities: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychology*, 8(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00415-1>

Abalos, E., Sguassero, Y., & Gyte, G. M. (2021). Paracetamol/acetaminophen (single administration) for perineal pain in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), CD008407. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008407.pub3>

Acheampong, A. K., & Abukari, A. S. (2024). Myths about breastfeeding as voiced by lactating nurses and midwives: A qualitative study at the Greater Accra Region of Ghana. *SAGE Open Nursing*, 10, 23779608231226068. <https://doi.org/10.1177/23779608231226068>

ACOG Clinical Practice Guideline No. 8. (2024). First and second stage labor management. *Obstetrics and Gynecology*, 143(1), 144-162. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005447>

Ahmadpour, P., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Doosti, R., & Mirghafourvand, M. (2021). Use of the peanut ball during labour: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Open*, 8(5), 2345-2353. <https://doi.org/10.1002/nop2.844>

Aksoy, Y., Yılmaz, S., & Çelimli, Ş. (2024). Effect of using a birth ball on birth satisfaction and pain in pregnant women during labor: A randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07825-3>

Alianmoghaddam, N., Phibbs, S., & Benn, C. (2018). The impact of family culture on six months exclusive breastfeeding: A qualitative study in New Zealand. *Breastfeeding Review*, 26(1), 23-36. <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/informit.522312208345325>

Amaral, C., Ferreira, N., Monteiro, M., & Bulcão, E. (2020). Assistir parto vaginal. In A. Sequeira, O. Pousa, & C. Amaral (Coords.), *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica* (pp. 115-112). Lisboa: Lidel.

American Academy of Pediatrics, & American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). *Guidelines for perinatal care* (8th ed.). <https://doi.org/10.1542/9781610020886>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). ACOG Committee Opinion No. 587: Effective patient-physician communication. *Obstetrics & Gynecology*, 123(2 Pt 1), 389-393. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000443279.14017.12>

Anderson, M., Elliott, E. J., & Zurynski, Y. A. (2013). Australian families living with rare disease: Experiences of diagnosis, health services use and needs for psychosocial support. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 8(1), Article 22. <https://doi.org/10.1186/1750-1172-8-22>

Apriani, A., Esitra, H., & Fitria, U. (2020). The effectivity of birth ball exercise on labor: A systematic literature review. *Advances in Health Sciences Research*. <https://doi.org/10.2991/ahsr.k.200311.037>

Ashwal, E., Fan, I. Y., Berger, H., Livne, M. Y., Hirsch, L., Aviram, A., Mani, A., & Yogev, Y. (2021). The association between fetal head station at the first diagnosis of the second stage of labor and delivery outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(3), 306.e1-306.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.09.006>

Aslantaş, B., & Çankaya, S. (2023). The effect of birth ball exercise on labor pain, delivery duration, birth comfort, and birth satisfaction: A randomized controlled study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. <https://doi.org/10.1007/s00404-023-07115-4>

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

Attanasio, L. B., Alarid-Escudero, F., & Kozhimannil, K. B. (2020). Midwife-led care and obstetrician-led care for low-risk pregnancies: A cost comparison. *Birth*, 47(1), 57-66. <https://doi.org/10.1111/birt.12464>

Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y., & Chandrachar, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 131(1), 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>

Bainbridge, J. (2006). Unsolicited advice: A rite of passage through your first pregnancy. *British Journal of Midwifery*, 14(5), 265. <https://doi.org/10.12968/bjom.2006.14.5.21045>

Barber, E., Ganer Herman, H., Kovo, M., Tairy, D., Schreiber, L., Horowitz, E., Weissman, A., Weiner, E., & Raziel, A. (2023). Placenta previa in in vitro fertilization and unassisted pregnancies—is there a difference in perinatal outcomes and placental histology? *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 36(1), 2221763. <https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2221763>

Barros, M., Gorgal, R., Machado, A. P., Correia, A., & Montenegro, N. (2011). Princípios básicos em cirurgia: Fios de sutura. *Acta Médica Portuguesa*, 24(S4), 1051-1056. <https://doi.org/10.20344/amp.1560>

Begley, C., Guilliland, K., Dixon, L., Reilly, M., Keegan, C., McCann, C., & Smith, V. (2019). A qualitative exploration of techniques used by expert midwives to preserve the perineum intact. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 32(1), 87-97. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.015>

Bekiou, A., & Gourounti, K. (2020). Reduced fetal movements and perinatal mortality. *Materia Socio-Medica*, 32(3), 227-234. <https://doi.org/10.5455/msm.2020.32.227-234>

Bernardo, W., Nobre, M., & Jatene, F. (2004). Evidence-based clinical practice: Part II - Searching evidence databases. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 44(6), 403-409. <https://doi.org/10.1590/S0482-50042004000600003>

Bick, D., MacArthur, C., & Winter, H. (2009). *Postnatal care: Evidence and guidelines for management* (2nd ed.). Churchill Livingstone.

Blackburn, S. (2013). *Maternal, fetal, and neonatal physiology: A clinical perspective* (4th ed.). Saunders.

Borg Cunen, N., Jomeen, J., Poat, A., & Borg Xuereb, R. (2022). 'A small person that we made': Parental conceptualization of the unborn child: A constructivist grounded theory. *Midwifery*, 104, 103198. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103198>

Bratt, E. L., Järholm, S., Ekman Joelsson, B. M., Mattson, L. Å., & Mellander, M. (2015). Parent's experiences of counselling and their need for support following a prenatal diagnosis of congenital heart disease: A qualitative study in a Swedish context. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 171. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0583-9>

Bulchandani, S., Watts, E., Sucharitha, A., Yates, D., & Ismail, K. (2015). Manual perineal support at the time of childbirth: A systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(9), 1157-1165. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13431>

Cabral, S. A. A. de O., Alencar, M., Carmo, L., Barbosa, S., Barros, A., & Barros, J. (2018). Receios na gestação de alto risco: Uma análise da percepção das gestantes no pré-natal. *Id on Line Revista de Psicologia*, 12(40), 151-162. <https://doi.org/10.14295/online.v12i40.1051>

Calais-Germain, B., & Vives, N. (2011). *Parir en movimiento: Las movilidades de la pelvis en el parto*. La Liebre de Marzo.

Cardoso, A. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai: Estudo sobre a avaliação das competências parentais* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. <https://repositorio.ucp.pt/bitstreams/2eb7b80f-d69d-4781-9d98-7ef07185e99c/download>

Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (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. ISBN 978-989-8444-71-4. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf

Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2023b). *Guia orientador de boas práticas: Preparação e adaptação à gravidez*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-73-8. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/33843/gobpgravidezadaptacaogravidez_okn.pdf

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), Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34908/gobp_adaptacao_parentalidade_vf2n_ok.pdf

Carlsson, T., Starke, V., & Mattsson, E. (2017). The emotional process from diagnosis to birth following a prenatal diagnosis of fetal anomaly: A qualitative study of messages in online discussion boards. *Midwifery*, 48, 53-59.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.02.010>

Chaves, R. L. (2014). O nascimento como experiência radical de mudança. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(1), 14-16.
<https://doi.org/10.1590/0102311XPE03S114>

Ciardulli, A., Saccone, G., Anastasio, H., & Berghella, V. (2017). Less-restrictive food intake during labor in low-risk singleton pregnancies: A systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 129(3), 473-480. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001898>

Commonwealth of Dominica. (2015). *Maternal and child health manual*. Ministry of Health, Commonwealth of Dominica.
<https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/dma-mn-32-01-operational-guidance-2015-eng-mch-manual.pdf>

Cunha, A. C. B., Pereira Júnior, J. P., Caldeira, C. L. V., & Carneiro, V. M. S. P. (2016). Diagnóstico de malformações congênitas: Impactos sobre a saúde mental de gestantes. *Estudos de Psicologia*, 33(4), 601-611. <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000400004>

Daskalakis, G., Simou, M., Zacharakis, D., Detorakis, S., Akrivos, N., Papantoniou, N., Fouskakis, D., & Antsaklis, A. (2011). Impact of placenta previa on obstetric outcome. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 114(3), 238-241. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.03.012>

Davey, B. T., Lee, J. H., Manchester, A., Gunnlaugsson, S., Ohannessian, C. M., Rodrigues, R., & Popp, J. (2023). Maternal reaction and psychological coping after diagnosis of congenital heart disease. *Maternal and Child Health Journal*, 27(4), 671-679. <https://doi.org/10.1007/s10995-023-03599-3>

De Cock, E. S. A., Henrichs, J., Vreeswijk, C. M. J. M., Maas, A. J. B. M., Rijk, C. H. A. M., & van Bakel, H. J. A. (2016). Continuous feelings of love? The parental bond from pregnancy to toddlerhood. *Journal of Family Psychology*, 30(1), 125-134. <https://doi.org/10.1037/fam0000138>

Declercq, E. R., Belanoff, C., & Sakala, C. (2020). Intrapartum Care and Experiences of Women with Midwives Versus Obstetricians in the Listening to Mothers in California Survey. *Journal of midwifery & women's health*, 65(1), 45-55. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13027>

Deivanai, S., Saraswathi, R., Mariappan, U., & Ganesan, M. (2024). Is really birth ball sitting effective on labour outcomes among prim mothers? *International Journal of Nursing Education and Research*. <https://doi.org/10.52711/2454-2660.2024.00044>

Devane, D., Lalor, J., Daly, S., McGuire, D., Cuthbert, A., & Smith, V. (2017). Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), CD005122. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005122.pub5>

Dikmen, A., Gönenç, İ., & Ataş, A. (2025). Effects of peanut ball use on perceived labor pain, fatigue, and mother's perception of childbirth: A randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 311(6), 1579-1589. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07656-2>

Direção-Geral da Saúde. (2023). *Cuidados de saúde durante o trabalho de parto* (Orientação nº 002/2023). <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/orientacao-0022023-cuidados-de-saude-durante-o-trabalho-de-parto-pdf.aspx>

Dokmak, F., Michalek, I. M., Boulvain, M., & Desseauve, D. (2020). Squatting position in the second stage of labor: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 254, 147-152. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.09.015>

Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O. T., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLOS ONE*, 13(4), e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>

Dunmez, F., & Yilmaz, T. (2023). The effect of using birth ball and squatting position during labor on pain, duration, and satisfaction: A randomized controlled trial. *Japan Journal of Nursing Science*, e12580. <https://doi.org/10.1111/jjns.12580>

Eram, U. (2017). A review article: Myths, beliefs and malpractices relating to breastfeeding and complementary feeding practices. *International Journal of Pharmaceutical Science Invention*, 6, 14-16. [http://ijpsi.org/papers/Vol6\(1\)/C06011416.pdf](http://ijpsi.org/papers/Vol6(1)/C06011416.pdf)

Erickson-Owens, D., Salera-Vieira, J., & Mercer, J. (2023). Midwifery and nursing: Considerations on cord management at birth. *Seminars in Perinatology*, 47(4), 151738. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2023.151738>

Ferreira, A. (2016). Fisiologia do puerpério. In M. Nené, R. Marques, & M. Batista (Coords.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 438-442). Lidel.

Ferreira, T. D. M., Piccioni, L. D., Queiroz, P. H. B., Silva, E. M., & Vale, I. N. d. (2018). Influence of grandmothers on exclusive breastfeeding: Cross-sectional study. *Einstein (São Paulo)*, 16(4), 1-7. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2018A04293

Fitch, M. (2000). Supportive care for cancer patients. *Hospital Quarterly*, 3(4), 39-46. <https://doi.org/10.12927/hcq.16542>

Flynn, K. E., McDonnell, S. M., Brazauskas, R., Ahamed, S. I., McIntosh, J. J., Pitt, M. B., Pizur-Barnekow, K., Kim, U. O., Kruper, A., Leuthner, S. R., & Basir, M. A. (2023). Smartphone-based video antenatal preterm birth education: The Preemie Prep for Parents randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 177(9), 921-929. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.1586>

Foley, S., & Hughes, C. (2018). Great expectations? Do mothers' and fathers' prenatal thoughts and feelings about the infant predict parent-infant interaction quality? A meta-analytic review. *Developmental Review*, 48, 40-54. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2018.03.007>

Fonseca, A., Nazaré, B., & Canavarro, M. C. (2016). Medical information concerning an infant's congenital anomaly: Successful communication to support parental adjustment and transition. *Disability and Health Journal*, 9(1), 150-156. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.08.005>

Francisco, A. A., De Oliveira, S. M. J. V., Steen, M., Nobre, M. R. C., & De Souza, E. V. (2018). Ice pack induced perineal analgesia after spontaneous vaginal birth: Randomized controlled trial. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 31(5), e334-e340. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.12.011>

Georgsson Öhman, S., Saltvedt, S., Waldenström, U., Grunewald, C., & Olin Lauritzen, S. (2006). Pregnant women's responses to information about an increased risk of carrying a baby with Down syndrome. *Birth*, 33(1), 64-73. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2006.00075.x>

Glover, V., & Capron, L. (2017). Prenatal parenting. *Current Opinion in Psychology*, 15, 66-70. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.02.007>

Gonçalves, N., & Silva, E. (2015). Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 107-115. <https://doi.org/10.12707/RIV14032>

Grabowska, C., & Prats, I. (2018). Pruritus in pregnancy - is it always obstetric cholestasis? *The Practising Midwife*, 22. <https://doi.org/10.55975/KUBZ5562>

Graça, L. (2017). *Medicina materno fetal* (5ª ed.). Lidel.

Greenhalgh, T., Thorne, S., & Malterud, K. (2018). Time to challenge the spurious hierarchy of systematic over narrative reviews?. *European journal of clinical investigation*, 48(6), e12931. <https://doi.org/10.1111/eci.12931>

Grenvik, J. M., Coleman, L. A., & Berghella, V. (2023). Birthing balls to decrease labor pain and peanut balls to decrease length of labor: What is the evidence? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5S), S1270-S1273. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.02.014>

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

Grenvik, J., Rosenthal, E., Wey, S., Saccone, G., De Vivo, V., De Prisco Lcp, A., García, B., & Berghella, V. (2021). Birthing ball for reducing labor pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35, 5184-5193. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1875439>

Grobman, W. A., Rice, M. M., Reddy, U. M., et al.; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. (2018). Labor induction versus expectant management in low-risk nulliparous women. *New England Journal of Medicine*, 379(6), 513-523. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1800566>

Gropper, M. A., Eriksson, L. I., Fleisher, L. A., Johnson-Akeju, O., & Cohen, N. H. (Eds.). (2024). *Miller's anesthesia* (10th ed.). Elsevier.

Grupo de Consensos em Neonatologia da Secção de Neonatologia da SPP. (2014). *Ventilação não invasiva*. Sociedade Portuguesa de Pediatria. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-VNI.pdf>

Gürel, S., Ayhan, I., Uygur, L., Özgüt, B., & Demirci, O. (2024). What to expect after birth in idiopathic polyhydramnios? An analysis of postnatal diagnoses and their relationship to the polyhydramnios degree. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 310(1), 441-447. <https://doi.org/10.1007/s00404-023-07216-0>

Hailemeskel, S., Alemu, K., Christensson, K., Tesfahun, E., & Lindgren, H. (2022). Midwife-led continuity of care increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum, and postpartum care: North Shoa, Amhara regional state, Ethiopia: A quasi-experimental study. *Women & Birth*, 35(6), 553-562. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.01.005>

Hand, I., Noble, L., Abrams, S. A., Committee on Fetus and Newborn, Section on Breastfeeding, & Committee on Nutrition. (2022). Vitamin K and the newborn infant. *Pediatrics*, 149(3), e2021056036. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056036>

Hasegawa, J., Nakamura, M., Hamada, S., Matsuoka, R., Ichizuka, K., Sekizawa, A., & Okai, T. (2012). Prediction of hemorrhage in placenta previa. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 51(1), 3-6. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2012.01.002>

Hersh, A. R., Carroli, G., Hofmeyr, G. J., Garg, B., Gülmezoglu, M., Lumbiganon, P., De Mucio, B., Saleem, S., Festin, M. P. R., Mittal, S., Rubio-Romero, J. A., Chipato, T., Valencia, C., & Tolosa, J. E. (2024). Third stage of labor: Evidence-based practice for prevention of adverse maternal and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3S), S1046-S1060.e1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.11.1298>

Huang, C. Y., Luo, B. R., & Hu, J. (2020). Investigation on the status of oral intake management measures during labor in China. *Medicine*, 99(23), e20626. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020626>

Hutchison, J., Mahdy, H., Jenkins, S. M., & Hutchison, J. (2025). Normal labor: Physiology, evaluation, and management. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554520/>

Imran, M., Kamran, A., Fakhri, N., Afyouni, A., Naguib, M. M., Saleh, A. O., Abdullah, L., Arshad, S., Mouffokes, A., & Abuelazm, M. (2024). Intravenous fluid rate of 250 mL/h versus 125 mL/h in nulliparous women: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 165(2), 621-633. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15198>

Índice® Toda a Saúde. (s.d. a). *Ácido ursodesoxicólico - Informação geral*. <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/acido-ursodesoxicolico/informacao-geral>

Índice® Toda a Saúde. (s.d. b). *Atarax Comprimidos revestidos p/película - Saber Mais*. <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/medicamentos/atarax-comprimidos-revestidos-ppelícula/saber-mais>

Índice® Toda a Saúde. (s.d. c). *Paracetamol - Informação geral*. <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/paracetamol/informacao-geral>

Infarmed. (2019). *Resumo das características do medicamento: Lidocaína Baxter 20 mg/ml, solução injetável*. <https://cdn.shopk.it/usercontent/plataformade%20pedidos/media/files/d116098-165427-lidocaina-2.pdf>

International Council of Nurses. (n.d. a). *Gravidez [Pregnancy]*. ICNP Browser. <https://www.icn.ch/icnp-browser> (Acedido em 10 de agosto de 2025)

International Council of Nurses. (s.d. b). *Prurido [Itching]*. ICNP Browser. <https://www.icn.ch/icnp-browser> (Acedido a 10 de agosto de 2025)

Irani, M., Khadivzadeh, T., Asghari Nekah, S. M., & Ebrahimipour, H. (2019). Informational needs of pregnant women following the prenatal diagnosis of fetal anomalies: A qualitative study in Iran. *Journal of Education and Health Promotion*, 8, 30. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_199_18

Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000081. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>

John, N., & Angeline, A. (2017). *Effectiveness of music therapy on anxiety and pain among mothers during first stage of labour in selected hospitals at Kollam. International Journal of Nursing Education*, 9(2), 24-29. <https://doi.org/10.5958/0974-9357.2017.00030.7>

Johnson, J., Johnson, O., Heyhoe, J., Fielder, C., & Dunning, A. (2018). Parent experiences and preferences when dysmelia is identified during the prenatal and perinatal periods: A qualitative study into family nursing care for rare diseases. *Journal of Family Nursing*, 24(2), 271-293. <https://doi.org/10.1177/1074840718772808>

Kaur, C., Mukesh, C., & Sharma, M. (2016). A study to assess the sucking reflex of neonates born at selected hospitals. *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 5(6), 386-391. https://www.researchgate.net/publication/311843960_A_Study_to_Assess_the_Sucking_Reflex_of_Neonates_Born_at_Selected_Hospitals

Keilty, B., Jackson, M. A., & Smith, J. (2024). Prenatal experiences and desires with Early Intervention for families of children with Down syndrome. *Topics in Early Childhood Special Education*, 44(4), 277-289. <https://doi.org/10.1177/02711214241237420>

Kettle, C., & Tohill, S. (2008). Perineal care. *BMJ Clinical Evidence*, 2008, 1401.

Kleprlikova, H., Kalis, V., Lucovnik, M., Rusavy, Z., Blaganje, M., Thakar, R., & Ismail, K. M. (2020). Manual perineal protection: The know-how and the know-why. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99(4), 445-450. <https://doi.org/10.1111/aogs.13781>

Kolemen, A. B., Akyuz, E., Toprak, A., Deveci, E., & Yesil, G. (2021). Evaluation of the parents' anxiety levels before and after the diagnosis of their child with a rare genetic disease: The necessity of psychological support. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 16(1), 402. <https://doi.org/10.1186/s13023-021-02046-2>

Koura, H. (2019). Myths about breastfeeding. *Al-Azhar Assiut Medical Journal*, 17, 109. https://doi.org/10.4103/AZMJ.AZMJ_112_18

Lalor, J. G., Begley, C. M., & Galavan, E. (2008). A grounded theory study of information preference and coping styles following antenatal diagnosis of foetal abnormality. *Journal of Advanced Nursing*, 64(2), 185-194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04778.x>

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

Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2012). First-time mothers: Social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4), 388-397. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x>

Leung, R. W., Li, J. F., Leung, M. K., et al. (2013). Efficacy of birth ball exercises on labour pain management. *Hong Kong Medical Journal*, 19(5), 393-399. <https://doi.org/10.12809/hkmj133921>

Levy, B., Stosic, M. (2019). Traditional Prenatal Diagnosis: Past to Present. In: Levy, B. (eds) *Prenatal Diagnosis. Methods in Molecular Biology*, vol 1885. Humana Press, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-8889-1_1

Lima, G., Teles, H., Alcântara, P., Moreira, M., Pinto, A., Marinho, M., & Gurgel, E. (2017). Nursing assistance at the puerperium: Integrative review. *International Archives of Medicine*, 10(25), 1-10. <https://doi.org/10.3823/2295>

Linden, D. W., Paroli, E. T., & Doron, M. W. (2010). *Preemies: The essential guide for parents of premature babies* (2nd ed.). Simon & Schuster.

López-Gimeno, E., Falguera-Puig, G., Vicente-Hernández, M. M., et al. (2021). Birth plan presentation to hospitals and its relation to obstetric outcomes and selected pain relief methods during childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 274. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03739-z>

Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade* (7ª ed.). Lusodidacta.

Löwy, I. (2011). Detectando más-formações, detectando riscos: Dilemas do diagnóstico pré-natal. *Horizontes Antropológicos*, 17(35), 103-125. <https://doi.org/10.1590/s0104-71832011000100004>

Macarenhas, C. (2020). Correção da ferida perineal (cirúrgica - episiotomia/traumática - laceração de 1º e 2º graus). In A. Sequeira, O. Pousa, & C. Amaral (Coords.), *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica* (pp. 142-148). Lisboa: Lidel.

Macruz, C. F. (2025). Avaliação dos resultados obstétricos e perinatais de gestantes internadas a partir de 40 semanas em um hospital público em São Paulo. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 25(6), e20750. <https://doi.org/10.25248/REAS.e20750.2025>

Madden, S. L. (2000). *The preemie parents' companion: The essential guide to caring for your premature baby in the hospital, at home and through the first years*. Harvard Common Press.

Magnaye, B. P., Abalos, N. R., Driz, K. P. D., Limbo, M. K. C. P., & Tabuga, M. N. (2020). Music therapy and labour pain among primigravida women. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 7(2), 4141-4153. Recuperado de <https://research.lpubatangas.edu.ph/wp-content/uploads/2021/03/Music-Therapy-and-Labour-Pain-among.pdf>

Makvandi, S., Karimi, L., Larki, M., & Sahebkar, A. (2025). Investigation of the effects of peanut ball during labor: An updated systematic review and meta-analysis. *European Journal of Midwifery*, 9. <https://doi.org/10.18332/ejm/201345>

Makvandi, S., Latifnejad Roudsari, R., Sadeghi, R., & Karimi, L. (2015). Effect of birth ball on labor pain relief: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 41(11), 1679-1686. <https://doi.org/10.1111/jog.12802>

Manresa, M., Pereda, A., Goberna-Tricas, J., Webb, S. S., Terre-Rull, C., & Bataller, E. (2020). Postpartum perineal pain and dyspareunia related to each superficial perineal muscle injury: A cohort study. *International Urogynecology Journal*, 31(11), 2367-2375. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04317-1>

Marques, E., Cotta, R., & Priore, S. (2011). Myths and beliefs surrounding breastfeeding. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2461-2468. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500015>

Maude, R. M., Skinner, J. P., & Foureur, M. J. (2016). Putting intelligent structured intermittent auscultation (ISIA) into practice. *Women and Birth*, 29(3), 285-292. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.12.001>

McKinney, E., James, S., Murray, S., Nelson, K., & Ashwill, J. (2013). *Maternal child nursing* (4th ed.). Elsevier. <https://isbnsearch.org/isbn/9781455733061>

Mead, M. (2008). Midwives' practice in 3 European countries. In S. Downe (Ed.), *Normal childbirth: Evidence and debate* (2nd ed., pp. 81-95). Elsevier. Recuperado de <https://www.elsevier.com/books/normal-childbirth/downe/978-0-7020-3067-4>

Medeiros, R. M. K., Figueiredo, G., Correa, Á. C. P., & Barbieri, M. (2019). Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20180233. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *ANS. Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Mesa do Colégio da Especialidade em 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.ordem-enfermeiros.pt/parecer-no-43-2019-calculo-de-dota%C3%A7%C3%B5es-seguras-nos-cuidados-de-enfermagem-de-saude-materna-e-obstetrica/>

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). *Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. Diário da República: Série I-A, n.º 60/2006.* <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>

Mohamady, S. H., & Ali, H. F. E. (2017). Assessing the effect of oral versus intravenous fluids on progress of labor and fetal outcomes. *American Journal of Nursing Science*, 6(1), 19-25. <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20170601.13>

Mohamed, M., Shaban, H., & Ramadan, A. (2024). Effect of ice gel pad application on early postpartum perineal trauma outcomes: A randomized controlled trial. *International Egyptian Journal of Nursing Sciences and Research*, 4, 360-375. <https://doi.org/10.21608/ejnsr.2024.258873.1346>

Moore, D. L., MacDonald, N. E., & Canadian Paediatric Society, Infectious Diseases and Immunization Committee. (2015). Preventing ophthalmia neonatorum. *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology*, 26(3), 122-125. <https://doi.org/10.1155/2015/720726>

Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11), CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>

Mullins, E., Lees, C., & Brocklehurst, P. (2017). Is continuous electronic fetal monitoring useful for all women in labour? *BMJ*, 359, j5423. <https://doi.org/10.1136/bmj.j5423>

Murdoch, J., Hauck, Y., Aydon, L., Sharp, M., & Zimmer, M. (2021). When can I hold my baby? An audit of time to first cuddle for preterm babies (<32 weeks) pre introduction and post introduction of a family-integrated care model. *Journal of Clinical Nursing*, 30(23-24), 3548-3558. <https://doi.org/10.1111/jocn.15850>

Murray, S. S., & McKinney, E. S. (2018). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing* (7th ed.). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/C2016-0-02716-5>

Mylod, D., Hundley, V., Way, S., & Clark, C. (2023). Using a birth ball to reduce pain perception in the latent phase of labour: A randomised controlled trial. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.11.008>

National Institute for Health and Care Excellence. (2006). *Postnatal care: Routine postnatal care of women and their babies* (NICE Clinical Guidelines No. 37). Royal College of General Practitioners. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37>

Neiva, F., & Leone, C. (2006). Sucção em recém-nascidos pré-termo e estimulação da sucção. *Pró-Fono Revista Atualização Científica*, 18(2), 141-150. <https://doi.org/10.1590/S0104-56872006000200008>

O'Kane, M., & Rantell, A. (2023). Intrapartum and postpartum bladder management: The poor relation of modern obstetrics. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 33. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2023.04.002>

Okeahialam, N. A., Sultan, A. H., & Thakar, R. (2024). The prevention of perineal trauma during vaginal birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3S), S991-S1004. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.021>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019 — Competências específicas do Enfermeiro Especialista*. *Diário da República*, 2.^a série — n.º 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 391/2019 - Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. *Diário da República*, n.º 85/2019, Série II, 3 de maio. <https://dre.pt/home>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO)*. Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Lei n.º 8/2024, de 19 de janeiro: Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, 1.ª série, n.º 14, 57-75. <https://data.dre.pt/eli/lei/8/2024/01/19/p/dre/pt/html>

Organização Mundial da Saúde. (1948). *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. <https://www.who.int/about/governance/constitution>

Organização Mundial da Saúde. (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/7541>

Organização Mundial da Saúde. (2016). *Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência de gravidez positiva*. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250796>

Organização Mundial da Saúde. (2022). *Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva: Sumário executivo* (Tradução por Ocean Translations). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

Organização Mundial da Saúde. Grupo de Trabalho Técnico. (1997). *Cuidados no parto normal: Um guia prático*. *Birth*, 24(2), 121-123. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9271979/>

Orshan, S. (2011). *Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e recém-nascidos*. Artmed Editora.

Oyelese, Y., & Smulian, J. C. (2006). Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstetrics and Gynecology*, 107(4), 927-941. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000207559.15715.98>

Palma, E., Armijo, I., Cifuentes, J., Ambiado, S., Rochet, P., Díaz, B., Gutierrez, J., & Mena, C. (2021). Hospitalisation in high-risk pregnancy patients: Is prenatal attachment affected? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(1), 30-42. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1740661>

Pariente, G., Walfisch, A., Wainstock, T., Landau, D., Sergienko, R., & Sheiner, E. (2020). Prenatal exposure to isolated amniotic fluid disorders and the risk for long-term endocrine morbidity of the offspring. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 302(4), 873-878. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05674-4>

Parlamento Europeu, & Conselho da União Europeia. (2005). *Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de setembro de 2005, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. Jornal Oficial da União Europeia*, L 255, 22-142. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32005L0036>

Pasin, S. S., & Schnath, F. (2007). Cuidados de enfermagem na analgesia por cateter peridural. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 27(2), 69-73. <http://hdl.handle.net/10183/122611>

Pelentsov, L. J., Laws, T. A., & Esterman, A. J. (2015). The supportive care needs of parents caring for a child with a rare disease: A scoping review. *Disability and Health Journal*, 8(4), 475-491. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.03.009>

Perez, B. P., & Mendez, M. D. (2023). Routine newborn care. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539900/>

Piechota, J., & Jelski, W. (2020). Intrahepatic cholestasis in pregnancy: Review of the literature. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(9), 3055. <https://doi.org/10.3390/ijms21093055>

Pierce-Williams, R. A. M., Saccone, G., & Berghella, V. (2019). Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 32(1), 87-97. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1619686>

Pinas, A., & Chandrachan, E. (2016). Continuous cardiotocography during labour: Analysis, classification and management. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 30, 33-47. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.03.022>

Portugal. (2009). *Lei n.º 9/2009, de 4 de março, que transpõe para a ordem jurídica portuguesa a Diretiva n.º 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais*. Diário da República, 1.ª série, n.º 46, pp. 1303-1314. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/9/2009>

Prasad, R., & Awasthi, P. (2023). Effectiveness of squatting position on the duration of labor and maternal satisfaction among primi gravida mothers: A mixed method approach. *International Journal of Nursing Research*, 9(2), 57-62. <https://doi.org/10.31690/ijnr.2023.v09i02.010>

Psaila, K. M., Schmied, V., & Heath, S. (2023). Exploring continuity of care for women with prenatal diagnosis of congenital anomaly: A mixed method study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(19-20), 7147-7161. <https://doi.org/10.1111/jocn.16777>

Pusl, T., & Beuers, U. (2007). Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 2, 26. <https://doi.org/10.1186/1750-1172-2-26>

Ramos, F., & Cardoso, A. (Eds.). (2022). *Representação do conhecimento na área da saúde materna e obstetrícia: Contributos da ontologia de enfermagem [Comunicação]*. In *I Congresso Internacional de Saúde Materna e Obstetrícia: Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades*. CHTS, Porto. https://www.chts.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/4/2024/02/2_E-book_I-Congresso-Internacional-de-SaUde-Materna-e-ObstEtrica.pdf

Raz, Y., Lavie, A., Vered, Y., Goldiner, I., Skornick-Rapaport, A., Landsberg Asher, Y., Maslovitz, S., Levin, I., Lessing, J. B., Kuperminc, M. J., & Rimon, E. (2015). Severe intrahepatic cholestasis of pregnancy is a risk factor for preeclampsia in singleton and twin pregnancies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 213(3), 395.e1-395.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.05.011>

Resende, J., Montenegro, C., & Resende Filho, J. (2018). *Obstetrícia fundamental* (14.ª ed.). Guanabara Koogan.

Restaino, S., Degano, M., Rizzante, E., Battello, G., Paparcura, F., Biasioli, A., Arcieri, M., Filip, G., Vetrugno, L., Dogareschi, T., Bove, T., Petrillo, M., Capobianco, G., Vizzielli, G., Driul, L., & LISPRAY Group. (2024).

Lidocaine spray vs mepivacaine local infiltration for suturing 1st/2nd grade perineal lacerations: A randomised controlled non-inferiority trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 439. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06640-7>

Ricci, S. (2008). *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. Guanabara Koogan.

Rodrigo, R., Rodrigo, A., Liyanage, N., Hatahagoda, W., & Hewavitharana, U. (2019). Maternal perception of adequacy of mother's milk among mothers giving birth at a teaching hospital in Sri Lanka. *Journal of Human Lactation: Official Journal of the International Lactation Consultant Association*, 35(1), 171-180. <https://doi.org/10.1177/0890334418773304>

Rodrigues, C. M. (2021). *Colestase gravídica - abordagem diagnóstica e terapêutica* [Artigo de revisão, Mestrado Integrado em Medicina, Universidade de Coimbra]. Estudo Geral - Repositório Científico da UC. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/102390/1/Trabalho%20final%20-%20Catarina%20Manata%20Rodrigues.pdf>

Rodrigues, S., Silva, P., Rocha, F., Monterroso, L., Silva, J. N., de Sousa, N. Q., & Escuriet, R. (2023). Perineal massage and warm compresses - Randomised controlled trial for reduce perineal trauma during labor. *Midwifery*, 124, 103763. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103763>

Rosset, I. K., Lindahl, K., Blix, E., & Kaasen, A. (2020). Recommendations for intrapartum fetal monitoring are not followed in low-risk women: A study from two Norwegian birth units. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 26, 100552. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100552>

Rother, E. T. (2007). Systematic literature review X narrative review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), v-vi. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>

Ruhl, C., & Bingham, D. (2014). Midwives and nonmedically indicated induction of labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(3), 233-236. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12197>

Santiváñez-Acosta, R., Tapia-López, E. L. N., & Santero, M. (2020). Music therapy in pain and anxiety management during labor: A systematic review and meta-analysis. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 56(10), 526. <https://doi.org/10.3390/medicina56100526>

Santos, C.; Pimenta, C.; Nobre, M. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista latino-americana de enfermagem*, 15(3), 508-511. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692007000300023>

Santos, M., & Batista, M. (2016). Necessidades em cuidados de enfermagem da puérpera e recém-nascido. In M. Nené, R. Marques, & M. Batista (Coords.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 455-472). Lidel.

Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893-1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>

Senol, D. K., & Aslan, E. (2017). The effects of cold application to the perineum on pain relief after vaginal birth. *Asian Nursing Research*, 11(4), 276-282. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.11.001>

Sequeira, A., Freitas, C., Seabra, A., & Correia, T. (2020b). Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica no parto: Walking epidural. In A. Sequeira, O. Pousa, & C. Amaral (Coords.), *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica* (pp. 107-114). Lidel.

Sequeira, A., Prata, A., Correia, T., Henriques, C., & Monteiro, M. (2020a). Terceiro estadio do trabalho de parto (dequitação). In A. Sequeira, O. Pousa, & C. Amaral (Coords.), *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica* (pp. 162-169). Lisboa: Lidel.

Sgayer, I., Haddad, Y., Francis, Y. N., Tuma, R., Lowenstein, L., & Odeh, M. (2024). Foetal cerebral blood redistribution in idiopathic polyhydramnios and the impact on perinatal outcomes. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 44(1), Article 2408678. <https://doi.org/10.1080/01443615.2023.2408678>

Shah, P. S., Torgalkar, R., & Shah, V. S. (2023). Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(8), CD004950. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004950.pub4>

Shahbazi Sighaldehy, S., Eskandari, E., Khosravi, S., Ebrahimi, E., Haghani, S., & Shateranni, F. (2025). Comparison of maternal and neonatal outcomes of midwifery-led care with routine midwifery care: A retrospective cohort study. *BMC Nursing*, 24(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02789-4>

Sheishaa, D. M. R., El-Mashad, H. A. M., & Khedr, N. F. H. (2019). Effect of birthing ball exercises during pregnancy on the first stage progress of labor. *International Journal of Nursing*, 6(2), 47-67. <https://doi.org/10.15640/ijn.v6n2a6>

Shields, L., Goffman, D., & Caughey, A. (2017). Practice bulletin No. 183: Postpartum hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology*, 130(4), e168-e186. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002351>

Siddiqui, A., & Hägglöf, B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Human Development*, 59(1), 13-25. [https://doi.org/10.1016/S0378-3782\(00\)00076-1](https://doi.org/10.1016/S0378-3782(00)00076-1)

Simkin, P., Ancheta, R., & Hanson, L. (2017). *The labor progress handbook: Early interventions to prevent and treat dystocia* (4th ed.). Wiley-Blackwell. <http://rbdigital.rbdigital.com>

Smith, S. D., Dietsch, E., & Bonner, A. (2013). Pregnancy as public property: The experience of couples following diagnosis of a foetal anomaly. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 26(1), 76-81. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2012.05.003>

Smith, V., Begley, C., Newell, J., Higgins, S., Murphy, D. J., White, M. J., Morrison, J. J., Canny, S., O'Donovan, D., & Devane, D. (2019). Admission cardiotocography versus intermittent auscultation of the fetal heart in low-risk pregnancy during evaluation for possible labour admission: A multicentre randomised trial (ADCAR trial). *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 126(1), 114-121. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15448>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2023). *Cuidados gerais ao recém-nascido saudável*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Saud%C3%A1vel.pdf>

Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. (2018). *Corticoterapia para maturação pulmonar fetal (Norma de Orientação Clínica)*. <https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2019/01/Corticoterapia-para-Maturacao-Fetal-Pulmonar.p>

Sönmez, T., & Ejder Apay, S. (2023). Effect of different birth balls used at the first stage of labor on birth outcomes and maternal satisfaction: A randomized controlled trial. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 13(3), 600-607. <https://doi.org/10.33808/clinexphealthsci.1164952>

Stables, D., & Rankin, J. (Eds.). (2010). *Physiology in childbearing: With anatomy and related biosciences* (3rd ed.). Baillière Tindall. <https://www.elsevier.com/books/physiology-in-childbearing/rankin/978-0-7020-3106-9>

Steen, M., & Wray, J. (2014). Physiology and care during the puerperium. In J. Marshall & M. Raynor (Eds.), *Myles textbook for midwives* (16th ed., pp. 499-514). Churchill Livingstone Elsevier. <https://salford-repository.worktribe.com/output/1426396/physiology-and-care-in-the-puerperium>

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

Teefey, C. P., Hertzog, J., Morris, E. D., Moldenhauer, J. S., & Cole, J. C. M. (2020). The impact of our images: Psychological implications in expectant parents after a prenatal diagnosis. *Pediatric Radiology*, 50(13), 2028-2033. <https://doi.org/10.1007/s00247-020-04765-3>

Terres, M., De Carvalho Souza, M., Costa, L., Novaes, L., De Avila, M., Barros, S., Provinciatto, H., & Piovezan, A. (2025). Efficacy of birthing ball exercises to reduce labor pain and cesarean rates: An updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 311, 1331-1341. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07930-3>

Townsend, M. L., Brassel, A. K., Aafi, M., & Grenyer, B. F. (2020). Childbirth satisfaction and perceptions of control: Postnatal psychological implications. *British Journal of Midwifery*, 28(4), 225-233. <https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.4.225>

Tsegaye, M., Ajema, D., Shiferaw, S., & Yirgu, R. (2019). Level of exclusive breastfeeding practice in remote and pastoralist community, Aysaita woreda, Afar, Ethiopia. *International Breastfeeding Journal*, 14(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0200-6>

Tussey, C. M., Botsios, E., Gerkin, R. D., Kelly, L. A., Gamez, J., & Mensik, J. (2015). Reducing length of labor and cesarean surgery rate using a peanut ball for women laboring with an epidural. *The Journal of Perinatal Education*, 24(1), 16-24. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.1.16>

União Europeia. (1999). *Decisão n.º 1295/1999/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril de 1999, que adopta um programa de ação comunitária em matéria de doenças raras no quadro da ação no domínio da saúde pública (1999-2003)*. *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*, L 155, 1-5. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:31999D1295>

UNICEF. (2019). *Infant and young child feeding*. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>

Vaid, R., Fareed, A., Farhat, S., Hammoud, Z., Asif, M. I., Ochani, S., & Jaber, M. H. (2025). Sounds of comfort: The impact of music therapy on labor pain and anxiety in primigravida women during vaginal delivery: A systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*, 22(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s12978-025-02023-z>

Vain, N. E. (2015). Em tempo: Como e quando deve ser feito o clampeamento do cordão umbilical: Será que realmente importa? [In time: How and when should we clamp the umbilical cord: Does it really matter?]. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(3), 258-260. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201533335>

Vargas-Zarate, M., Becerra-Bulla, F., Balsero-Oyuela, S. Y., & Meneses-Burbano, Y. S. (2020). Breastfeeding: Myths and truths. Review article. *Revista de la Facultad de Medicina*, 68(4), 608-616. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v68n4.74647>

Waheed, M. I. A., Jaiswal, A., Yelne, S., & Nandanwar, V. (2023). Navigating perinatal challenges: A comprehensive review of cholestasis of pregnancy and its impact on maternal and fetal health. *Cureus*, 15(9), e58699. <https://doi.org/10.7759/cureus.58699>

Wanjohi, M., Griffiths, P., Wekesah, F., Muriuki, P., Muhia, N., Musoke, R. N., Fouts, H. N., Madise, N. J., & Kimani-Murage, E. W. (2016). Sociocultural factors influencing breastfeeding practices in two slums in Nairobi, Kenya. *International Breastfeeding Journal*, 12(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s13006-016-0092-7>

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

Wikberg, A. M. (2021). A theory on intercultural caring in maternity care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), 442-456. <https://doi.org/10.1111/scs.12856>

Williamson, C., & Geenes, V. (2014). Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 124(1), 120-133. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000346>

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: Author. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

World Health Organization. (2022a). *WHO recommendations on antenatal corticosteroids for improving preterm birth outcomes*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363131/9789240057296-eng.pdf>

World Health Organization. (2022b). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

Yeung, M. P. S., Tsang, K. W. K., Yip, B. H. K., et al. (2019). Birth ball for pregnant women in labour research protocol: A multi-centre randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 153. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2305-8>

Zogbi, L., Rigatti, G., & Audino, D. (2021). Sutura cirúrgica. *VITTALLE - Revista de Ciências da Saúde*, 33, 29-44. <https://doi.org/10.14295/vittalle.v33i1.11496>