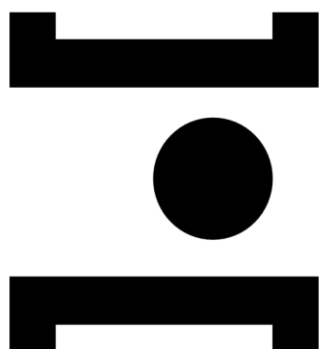


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



POLITÉCNICO
DE SANTARÉM

**Perda Fetal: as vivências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde
Materna e Obstétrica**

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Cátia Sofia Barradas Miranda

Orientação:

Professora Sara Elisabete Cavaco Palma

Dezembro, 2024

AGRADECIMENTOS

Esta caminhada contou com importantes contributos e orientações, pelo que expresso os mais sinceros agradecimentos a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a sua concretização.

Às mulheres, bebés/fetos e acompanhantes que permitiram que eu fizesse parte da sua história e proporcionaram o meu crescimento profissional e pessoal.

Aos meus pais e amigos pela motivação e todo o apoio demonstrado.

À minha orientadora, Professora Sara Palma, pela orientação, paciência e apoio em todos os momentos; pela partilha do seu conhecimento e por acreditar sempre em mim.

A todos os orientadores de estágio que me acompanharam e orientaram durante este percurso; pela paciência, disponibilidade e contributo para a minha aprendizagem, pela partilha de experiências e carinho demonstrado.

A todos os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica que deram o seu contributo para a realização deste relatório.

À minha chefe e a todos os meus colegas de trabalho, pela compreensão, disponibilidade, amizade, mas sobretudo por facilitarem as constantes trocas de turnos, que sem as quais não seria possível a concretização deste mestrado.

A todos o meu sincero obrigada!

ACRÓNIMOS/SIGLAS

BP – Bloco de Parto

CS - Centro de Saúde

CTG - Cardiotocografia

E - Estágio

EpS - Educação para a Saúde

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

JBI - *Joanna Briggs Institute*

OE - Ordem dos Enfermeiros

p.e. – Por exemplo

PIE - Projeto Individual de Estágio

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund

USF - Unidade de Saúde Familiar

RCIU - Restrição de Crescimento Intrauterino

ScR - *Scoping Review*

TP – Trabalho de Parto

RESUMO

O presente relatório de estágio descreve e reflete o processo de aprendizagem na aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e de Grau Acadêmico de Mestre. O referencial teórico que orientou os cuidados foi a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson (1991). De modo a assegurar uma prática baseada na evidência, foi realizada uma revisão da literatura, segundo a metodologia do Instituto *Joanna Briggs*, que desse resposta à questão: “Quais as vivências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no cuidado à mulher após uma perda fetal?”. Foram também recolhido testemunhos, através de uma entrevista semiestruturada, de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna em contexto de Bloco de Partos sobre as suas vivências relativamente à perda fetal. Os resultados obtidos através da *Scoping Review* e da entrevista vieram ilustrar como os profissionais se sentem perante a perda fetal, qual o impacto dos cuidados prestados à mulher/família após a perda neste grupo profissional e como os próprios reconhecem lacunas no atendimento efetuado. A promoção de uma prática baseada na evidência, acarreta benefícios para as mulheres/família e para os profissionais.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Experiências Emocionais; Perda Fetal.

Abstract

This internship report describes and reflects the learning process in the acquisition and development of common and specific skills of the Nurse-Midwives and Master's Degree. The theoretical framework that guided care was Kristen Swanson's Theory of Caring (1991). In order to ensure an evidence-based practice, a literature review was carried out, according to the methodology of the Joanna Briggs Institute, and which provided an answer to the question: "What are the experiences of the Nurse-Midwives in the care of women after a fetal loss?". Testimonies were also collected through a semi-structured interview from Nurse-Midwives in the context of a Birth Unit about their experiences regarding fetal loss. The results obtained through the Scoping Review and the interview illustrated how professionals feel about fetal loss, the impact of care provided to women/family after the loss on professionals and how professional themselves recognize gaps in the care provided. Promoting a practice based on evidence brings benefits to women/families and professionals.

Key-words: Emotional Experiences; Fetal Loss; Nurse-Midwives.

INDICE

INTRODUÇÃO	8
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCRETUAL	10
2. METODOLOGIA	17
2.1. <i>Scoping Review</i>	17
2.2. Trabalho de Campo	20
2.2.1 Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados	23
2.2.3 Considerações Éticas	26
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS GERAIS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NOS DIFERENTES CONTEXTOS	28
3.1. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Ginecologia	28
3.2. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Gravidez Patológica	29
3.3. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no Puerpério	32
3.4. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade	37
3.5. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no Bloco de Partos	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
BIBLIOGRAFIA	48
ANEXOS	55
Anexo I: Parecer Comissão de Ética da Unidade de Investigação do IP Santarém e Autorização do Conselho Administrativo do Hospital.....	56
Anexo II: Poster Apresentado no 3º Encontro do EESMO - ULS Almada/Seixal	59
Anexo III: Certificado de participação no Seminário Internacional Educação Sexual: Promover a Saúde Europeia e E-Book	61
APÊNDICES	63
Apêndice I: Projeto Individual de Estágio	64
Apêndice II: Scoping Review	105
Apêndice III: Guião de Entrevista Semiestruturada	164

Apêndice IV: Consentimento Informado	167
Apêndice V: Análise de Conteúdo das Entrevistas	169
Apêndice VI: Síntese do Registo de Atividades	176
Apêndice VII: Sessão de Educação para a Saúde no Estágio de Gravidez Patológica: “Plano de Parto”	178
Apêndice VIII: Sessão de Formação em Serviço “Perda Fetal: Guidelines Internacionais”	191
Apêndice IX: Folheto de “Orientações para Acompanhantes e Visitas”	207
Apêndice X: Sessão de Educação para a Saúde no Estágio na Comunidade: “Plano de Parto” .	210
Apêndice XI: Sessão de Educação para a Saúde “Plano Pós-Parto”	223

Lista de figuras

Figura 1: Diagrama da pesquisa desenvolvida	19
--	-----------

Lista de tabelas

Tabela 1: Mnemónica P-C-C	18
--	-----------

Introdução

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), inserida no 2º ano do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, tendo por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e os Descritores de *Dublin*. Esta unidade curricular, que decorreu de 18 de setembro de 2023 a 11 de julho de 2024, teve como finalidade a aquisição de conhecimento e desenvolvimento de competências que permitam uma prestação de cuidados especializados em ESMO. A Unidade Curricular foi composta por cinco estágios (E), em diferentes contextos e com objetivos específicos para cada. Os cuidados desenvolvidos ao longo dos E foram sempre alicerçados nos objetivos propostos no projeto individual de estágio (PIE), desenvolvido no início da unidade curricular (Apêndice I).

Este relatório tem como objetivo geral, relatar e refletir sobre o percurso formativo desenvolvido para adquirir competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e de Grau Académico de Mestre.

O tema deste relatório será as vivências do EEESMO perante a perda fetal. A escolha da temática surgiu de um interesse pessoal de perceber como os EEESMO lidam com uma morte que antecede a vida, quais os cuidados realizados para com a mulher/casal e para com os próprios enfermeiros que experienciam esta realidade em contexto profissional. A morte é algo que os enfermeiros – generalistas ou especialistas – têm de lidar nos diversos campos da enfermagem e, embora em certas áreas, a transmissão desta notícia e a vivência da mesma seja praticamente inevitável e/ou diária, não é o caso da ESMO. Nesta área é expectável e desejável que a morte e o luto sejam algo que poucos tenham de lidar na prestação dos cuidados, principalmente quando se refere ao feto. Perceciono a morte fetal como uma das mais difíceis de lidar enquanto enfermeiro e, por isso, considero importante para a minha futura prática profissional perceber como os EEESMO vivenciam esta perda, seja perante a mulher/família ou para com eles mesmos. Após uma pesquisa preliminar, realizada através de uma *Scoping Review* (ScR) (Apêndice II), constatou-se que este era também um tema com pouca informação em Portugal, o que acrescentou à relevância em abordar este tema. Deste modo, definiu-se como objetivo geral da pesquisa, conhecer as vivências do EEESMO na prestação de cuidados após uma situação de perda fetal, de forma a responder à seguinte questão de investigação “Quais

as vivências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no cuidado à mulher após uma perda fetal?”. Acreditamos que os resultados do estudo permitir-nos-ão adquirir conhecimentos relativamente às estratégias dos EEESMO para lidar com a morte fetal de forma adequada e cuidar da mulher/casal a vivenciar este processo. Os cuidados prestados ao longo dos E's foram norteados pela Teoria do Cuidar de *Kristen Swanson*.

Este relatório encontra-se dividido em 4 capítulos, começando pelo enquadramento teórico e conceptual, onde serão abordados os principais conceitos relacionados com a temática e modelo teórico selecionado que norteia os nossos cuidados. No segundo capítulo será descrito a metodologia utilizada para a implementação do PIE, desde o mapeamento da evidência científica sobre as vivências dos EEESMO em situações de perda fetal através de uma ScR, segundo o protocolo do *Joanna Brigs Institute*, bem como, o estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, com aplicação de um instrumento de colheita de dados (entrevista semiestruturada) aplicada aos EEESMO que prestam cuidados a mulheres/casais após uma perda fetal. No terceiro capítulo, será apresentada uma análise reflexiva sobre o processo de aquisição de competências gerais e específicas do EEESMO, descrevendo e refletindo sobre as atividades desenvolvidas em cada E, tendo em mente o modelo teórico selecionado, bem como, a temática proposta. Por fim, serão apresentadas as conclusões e referências bibliográficas. Como complemento ao texto, são acrescentados os apêndices e os anexos.

Este relatório foi elaborado segundo as normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde de Santarém (2012) e as normas da *American Psychological Association* (APA)-sétima edição (2020).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

A gravidez é, habitualmente, o culminar de um projeto familiar, preenchido de investimento emocional, afetivo e dinâmico, considerado um período onde se inicia a relação entre os pais e o feto, onde se desenvolvem os primeiros sentimentos pelo bebé (Marques, 2016; Borges, 2019). A descoberta de uma gravidez transforma-se, muitas vezes, na construção de sonhos e planos para o futuro daquela família, idealizando-se a evolução da gestação sem nenhum percalço culminando no nascimento de um bebé saudável (Gazzola et al., 2020). Contudo, no mesmo local onde se felicitam os pais pelo nascimento do seu bebé, também podem ocorrer maus desfechos obstétricos, como uma situação de perda/morte fetal (Morgado, 2021).

Considera-se que existiu morte fetal, quando esta ocorre antes da completa expulsão ou extração do produto da concepção do corpo da mulher, independentemente da idade gestacional (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2016). As causas para a morte fetal podem ser inúmeras, nomeadamente complicações na placenta, problemas genéticos, malformações congénitas, trauma fetal, infeções, entre outras (Ota et al., 2020). A Direção-Geral da Saúde (2013) diferencia ainda a morte perinatal, que engloba todas as perdas a partir das 28 semanas de gestação até ao sétimo dia após o nascimento, agrupando mortalidade fetal e a mortalidade neonatal precoce. Por sua vez, nado-morto é o nome dado ao bebé após morte intrauterina, com idade gestacional superior a 28 semanas, que pode ocorrer antes do início do trabalho de parto ou durante o mesmo (OMS, 2016). De acordo com o *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF, 2023) a taxa de morte fetal tem vindo a diminuir a nível mundial, porém, ainda constitui um número preocupante, existindo 1 em cada 72 nascimentos que resultam num nado-morto. Em Portugal, verificou-se um grande decréscimo da mortalidade fetal e neonatal, desde a última metade do século XX, resultante dos avanços científicos, melhorias das condições de saneamento, dos cuidados de saúde e das políticas de saúde pública com enfoque nos cuidados de vigilância pré-natal (George, 2023). Estes valores têm mantido a tendência decrescente, embora menos acentuada ao longo dos últimos 4 anos, com uma taxa de morte perinatal em 2020 de 3,4% e de 3% em 2023 (PORDATA, 2024). Todavia, considerando

que as mortes fetais não são todas reportadas, principalmente durante as primeiras semanas de gestação, este número pode ser ainda maior.

Ao longo da gravidez, existe a transição do “bebé sonhado” ao “bebé real”, que é facilitada por vários processos internos de adaptação à nova realidade de cada elemento do casal e o facto da gravidez sofrer uma interrupção imprevisível não invalida este processo (Marques, 2016 e Silva, 2018). Após o início da transição, nada volta a ser como era, podendo assim afirmar-se que, em caso de morte fetal, a mulher/casal vivenciam um processo de perda e luto (Silva, 2018).

É impossível abordar o tema da morte fetal sem falar do conseqüente luto, uma vez que este está sempre implícito a uma perda significativa (Amorim, 2024). O luto pode definir-se como “(...) a forma como cada pessoa reage, enfrenta e elabora a sua dor perante a perda” (Martins & Fernandes, 2022, p. 874). Ou seja, o luto é algo subjetivo e complexo, que não tem prazo de validade e é composto por diversos fatores que influenciam a vivência de cada um perante o processo do luto, tais como, a cultura, o tipo de perda e as circunstâncias em que esta ocorreu, a personalidade da pessoa, a relação afetiva e a resiliência (Lacerda, 2023; Amorim, 2024).

Quando a morte acompanha a maternidade há uma quebra da ordem natural da vida, por esse motivo o luto por uma perda fetal (luto gestacional) é percecionado por alguns como algo incompreensível, e até mesmo desvalorizado pela sociedade (Almeida, 2019; Lacerda, 2023). O EEESMO tem assim um papel preponderante numa situação de perda fetal, pois este é o profissional que acompanha a mulher/casal durante todo o seu ciclo gravídico-puerperal e que, muitas vezes, é o primeiro profissional a chegar junto da mulher após a comunicação da má notícia. Ademais, faz parte das competências específicas do EEESMO prestar cuidados à mulher/casal em situações que possam afetar negativamente a sua saúde no período pós-natal, nomeadamente intervir junto destes, durante o período de luto em caso de morte fetal/neonatal (Miranda, 2016; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019).

A morte fetal tem um grande impacto não só nos pais do bebé, mas também nas pessoas ao seu redor, como a família, os amigos e os próprios profissionais de saúde (Miranda & Zangão, 2020). Lidar com a morte, em qualquer circunstância, é algo impactante e traumático, pois mexe com os sentimentos e emoções de todos os envolvidos, porém, lidar com a morte quando esta antecede a vida, traz algo ainda mais pesado, tenebroso e desconfortável de se abordar e vivenciar (Martins et al., 2023). Nestas situações, o EEESMO é visto como um dos elementos da

equipa multidisciplinar mais importantes na prestação de cuidados a estes pais, uma vez que é a este que compete dar resposta às necessidades físicas e emocionais das mulheres que sofreram uma perda, esforçando-se por manter limites profissionais saudáveis e cuidado da sua própria reação emocional (Wills, 2019).

Desta forma, é possível afirmar que a perda fetal, mesmo para os profissionais especializados na área da saúde materna, é algo que acarreta desafios, obrigando-os a lidar com as próprias emoções e sentimentos (Gandino et al., 2019; Morim & Freitas, 2024). A experiência emocional é um elemento importante no desenvolvimento humano, pois fomenta o desenvolvimento da personalidade de cada indivíduo (Pinto, 2019), mas quando associada com algo negativo, como a perda fetal, pode causar desconforto, *stress*, insegurança e ter um impacto profissional e pessoal (Wills, 2019; Garcia-Catena et al., 2023). No caso dos EEESMO, o contacto com algo que provoca uma reação emocional tão desafiadora, pode exigir uma alteração da postura, o que pode acarretar insegurança, evitamento, fuga, sentimentos de impotência, que são potenciados pela falta de experiência e carência de protocolos, que pode levar a um cuidado deficiente (Carlin, 2022; Morim & Freitas, 2024).

Não obstante, tal como Parkes (2009) refere, qualquer pessoa que experiencie uma perda passa por um processo de luto, pois ao lidar com a morte estamos também a lidar com o amor, e o luto estará sempre presente na perda de algo/alguém significativo, mesmo para os profissionais de saúde. Para estes profissionais, na grande maioria, o luto que vivenciam é referente a alguém com quem não partilham história e que podem nem conhecer, o que o torna pouco compreensível pela sociedade e até mesmo inaceitável. Este é um luto sem direitos ou um luto desautorizado, que Doka (1989;2002) define como um luto onde a perda não é validada ou reconhecida, este não pode ser aceite socialmente nem vivido publicamente. Os EEESMO, como profissionais que têm contacto direto com a morte fetal, também referem a necessidade de fazer o luto por estes bebés, uma vez que este acontecimento desperta sentimentos profundos como a tristeza, a culpa e a insegurança, que se vão refletir nos cuidados prestados (Gama, 2014; Fernández-Alcántara et al., 2020; Fernández-Basanta et al., 2020, 2022; Lin et al., 2021; Fowler et al., 2023; Garcia-Catena et al., 2023; Martínez-García et al., 2023; Martins et al., 2023; Mills et al., 2023; Yenal et al., 2023), isto porque o luto, para além de ser um fenómeno sociocultural, é concomitantemente um fenómeno psicobiológico (Osterweis et al., 1984).

Porém, apesar de ter lidar com os próprios sentimentos relativamente à perda fetal, o EEESMO tem de continuar a prestar cuidados à mulher/casal durante o internamento hospitalar

e até mesmo durante o puerpério, isto porque faz parte das competências destes intervir junto da mulher/casal em caso de luto por morte fetal, devendo providenciar, nos diferentes contextos da sua atuação profissional, cuidados que deem resposta à vigilância física necessária no pós-parto, mas também ao vazio que a perda de um filho traz (OE, 2019).

Nesta perspetiva, para a orientação do desenvolvimento de competências enquanto futura EEESMO e como suporte deste relatório, foi eleita a teoria de enfermagem de *Kristen Swanson*, a Teoria do Cuidar. Este modelo teórico resultou de um estudo fenomenológico sobre a perda gestacional e neonatal, que incluiu mulheres que vivenciam um aborto espontâneo, pais e profissionais de saúde de uma unidade de cuidados intensivos neonatais e mães em situação de risco social (Nurse-Clarke, DiCicco-Bloom & Limbo, 2019). Dos resultados desta investigação surgiram discussões sobre o conceito de cuidado de enfermagem e os processos que integram esse cuidado, do ponto de vista teórico, filosófico e do bem-estar dos clientes (Oliveira et al., 2018). Para *Swanson* (1991) a enfermagem é o cuidado fundamentado no sentido do bem-estar do cliente, focando-se nos processos do cuidar enquanto intervenções de enfermagem. Esta autora indigita cinco fatores terapêuticos - “conhecer”, “estar com”, “fazer por”, “capacitar” e “manter a crença” - para um cuidado alicerçado na confiança, no empoderamento do outro e na proteção das necessidades da pessoa cuidada (Swanson, 1991; Oliveira et al., 2018).

Swanson (1991) refere também que, o enfermeiro que conhece o seu cliente, o seu contexto, crenças, rede de apoio e possibilidades tem uma maior facilidade em criar um vínculo, uma relação terapêutica com este, promovendo uma maior aceitação e abertura por parte do cliente para os cuidados. Assim, o “conhecer” pode ser utilizado como estratégia de aproximação com o cliente e classificação das prioridades, sendo que este deve ser utilizado com respeito pela pessoa e sem preconceitos sobre a vida desta (Oliveira et al., 2018; Beristain-García et al., 2022).

O “estar com” que Swanson descreve representa a total disponibilidade - física e emocional - do enfermeiro para com o cliente, ajudando-o nos processos de adaptação e transformação, através da comunicação verbal e não verbal, da escuta ativa, e da recetividade e responsabilização profissional que serão a base para o desenvolvimento do vínculo enfermeiro-cliente (Swanson, 1991; Oliveira et al., 2018).

Por sua vez, o “fazer por” corresponde ao enfermeiro fazer pelo cliente aquilo que este faria por ele mesmo se fosse possível (Swanson, 1991). Este “fazer por” só é possível atendendo ao que se conhece da pessoa, sendo essa informação utilizada para construir um plano de

cuidados personalizado e abrangente, que vá de encontro às necessidades e desejos do cliente (Oliveira et al., 2018; Beristain-García et al., 2022). Este plano deve ser realista, de modo a que seja possível atingir as metas e objetivos propostos, favorecendo assim o desenvolvimento de um ambiente que permita enfrentar os desafios e “capacitar” o cliente para as consequentes transformações (Oliveira et al., 2018). Capacitar o cliente é algo que deve acompanhar todos os cuidados realizados ao ou pelo cliente, uma vez que as pessoas devem ser instruídas sobre as recomendações para o seu autocuidado de acordo com as necessidades identificadas (Oliveira et al., 2018; Beristain-García et al., 2022). Assim o “capacitar” e “fazer por” devem ser utilizados de forma síncrona (Oliveira et al., 2018).

O último ponto que *Swanson* descreve, “manter a crença”, reflete como, através da interação com o cliente e o conhecimento sobre este, se descobrem crenças, capacidades e expectativas que são importantes para a pessoa, que podem ser redescobertas, orientadas ou colocadas, de forma a garantir um cuidado adequado à fase da vida (Beristain-García et al., 2022).

Na grande maioria, os profissionais de saúde lamentam a falta de tempo para estarem com os utentes e intervir como desejariam com eles, mas, embora no processo de luto seja muito importante o apoio que a pessoa enlutada recebe desde o primeiro minuto, por vezes basta o EEESMO estar cinco minutos com aquela mulher/casal para fazer uma enorme diferença (Amorim, 2024). Os cinco minutos que aquele enfermeiro disponibilizou exclusivamente só para aquele casal, para o ouvir, para o acolher e aceitar a sua dor ou para simplesmente dizer “Eu estou aqui” de uma forma genuína, terão certamente um impacto na vida daquelas pessoas. Nestas ocasiões, o mais importante não é fazer ao outro aquilo que queríamos que nos fizessem a nós, mas sim fazer ao outro aquilo que é melhor para ele e isso pode começar com uma simples pergunta “Como é que a posso ajudar?”, permitindo à pessoa expressar o que sente e o que deseja, seja ficar em silêncio ou querer permanecer com o bebé no quarto o tempo possível. Após uma perda, aquilo que a pessoa enlutada mais procura num profissional é segurança, pois foi isso que ela perdeu (Amorim, 2024), e um profissional que seja capaz de reconhecer e validar as emoções vivenciadas por estes pais, enquanto oferece recursos disponíveis no momento ou após a alta para apoio emocional, pode fazer uma grande diferença na jornada do luto deste casal e até mesmo da família mais próxima (Cruz, 2024). Quando se fala da perda fetal, é muito importante manter a crença na pessoa e na sua capacidade de aprender a viver com este acontecimento marcante da sua vida e a dor que ele acarreta, e os importantíssimos minutos

que o EEESMO disponibilizou para intervir com a mulher/casal são o início de um processo impactante que será influenciado por cada olhar, toque, palavra ou momento de silêncio.

Assim, perfaz-se que o “conhecer”, o “estar com”, o “fazer por”, o “capacitar” e o “manter a crença”, constituem a área de atuação do enfermeiro, evidenciando a importância da relação enfermeiro-cliente que deve desenvolver-se na base da confiança, do empoderamento do outro e da proteção das necessidades da pessoa que é cuidada facilitando a transição que a mesma experimenta (Swanson, 1991). Numa situação de perda fetal, o EEESMO, para “conhecer” a pessoa, deve dedicar tempo para ouvir a mulher/casal, entender as suas histórias e sentimentos e reconhecer a sua dor. O EEESMO deve questionar sobre as emoções e experiências durante a gestação e oferecer-se para ouvir as histórias sobre o bebê, legitimando a dor da perda e procurando compreender como estes estão a lidar com a situação. O EEESMO deve ainda tentar compreender quais as necessidades e o contexto cultural ou religioso em que estão inseridos e que podem influenciar o luto. Após o diagnóstico da morte fetal, o EEESMO deve permanecer junto da mulher/casal, oferecendo apoio emocional. Pode acompanhá-la(os) durante o trabalho de parto, se for o caso, ou simplesmente estar presente ao seu lado, garantindo que não se sintam sozinhos nesse momento. Isso pode incluir abraços, palavras de conforto, ou apenas a presença silenciosa, dando a sensação de que estão sendo cuidados e não abandonados. Na situação da morte fetal, “fazer por” pode incluir ações como garantir que a mãe tenha o cuidado necessário para evitar complicações físicas (vigiar sinais de infecção, garantir a completa expulsão do feto, entre outros), ou providenciar os cuidados necessários para que ela se sinta o mais confortável possível. Isso também envolve preparar o ambiente para que o luto seja vivido com dignidade, como permitir que a mãe tenha tempo para estar com o corpo do bebê, caso seja desejado, ou oferecer opções de lembranças, como impressões das mãos ou pés do bebê. Em uma situação de morte fetal, “capacitar” a mulher/casal pode significar proporcionar-lhes opções sobre alguns momentos do processo (por exemplo [p.e.] que tipo de posição pretendem adotar no momento do parto). Pode também significar informá-los sobre o que esperar quando virem o bebê após parto e como lidar com o seu corpo, se for esse o desejo, ou se existir a possibilidade de realizar algum ritual/cerimônia, respeitando sempre que possível suas crenças e necessidades emocionais. “Manter a crença” num contexto de perda fetal pode envolver assegurar à mulher/casal que, apesar da dor extrema, aquele bebê é real, existiu e faz parte da história do casal. Pode também incluir a crença na possibilidade de um novo começo ou no apoio da família e dos amigos. Se os casais têm crenças espirituais ou religiosas, o EEESMO pode apoiar

a integração desses aspectos na experiência de luto, seja permitindo a presença de um padre para realizar o batismo ou ajudando a realizar rituais de despedida. “Manter a crença” também pode passar por encorajar os pais a encontrar formas de dar significado à perda, seja por meio de memórias, homenagens ou apoio/partilha com outros que passaram pela mesma dor.

Ao longo deste relatório, sempre que o processo de prestação de cuidados de Swanson for utilizado será no contexto da ESMO.

2. METODOLOGIA

Neste capítulo será apresentado o percurso investigativo realizado. Inicialmente com a realização de uma ScR, que permitiu mapear a evidência sobre o fenómeno em estudo e que justificou o estudo de campo. Numa segunda parte a realização do estudo qualitativo realizado aos EEESMO que prestam cuidados a mulheres com perda fetal.

2.1. *Scoping Review*

A produção e a sistematização do conhecimento são passos importantes para o desenvolvimento científico, tecnológico e humano de uma sociedade (Reis, 2021). O conhecimento científico é adquirido de forma intencional e consciente, que provém de uma investigação metódica e sistemática sobre a realidade investigada (Vilelas, 2017).

Após a eleição de uma temática no âmbito de Saúde Materna e Obstétrica, contemplando a realidade nos contextos de E e os meus interesses pessoais, foi elaborada uma ScR com o objetivo de mapear a evidência científica mais recente e, conseqüentemente, contribuir para uma resposta à questão de pesquisa através dos conhecimentos adquiridos (Apêndice II).

Uma ScR consiste numa síntese de evidências que procura identificar e mapear toda a amplitude de informações disponíveis sobre um determinado assunto, independentemente da fonte - pesquisa primária, revisões, evidências não empíricas - e em diferentes contextos (Amendoeira, 2022). A ScR desenvolvida segue a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI).

O JBI é uma organização internacional sem fins lucrativos, sediada na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de *Adelaide*, que promove a pesquisa e o desenvolvimento científico de forma a melhorar a saúde e a prestação de serviços, através da síntese, transferência e utilização das evidências disponíveis (Amendoeira, 2022 e Jordan, s. d.).

Assim, conforme o protocolo do JBI para a ScR, numa primeira fase, norteadas pela mnemónica P-C-C, foi delineada a população de interesse, os conceitos da área de interesse e o contexto de cuidados (Tabela 1), e definida a questão de pesquisa “Quais as vivências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no cuidado à mulher após uma perda fetal?”.

População	EEESMO
Conceitos	Perda Fetal; Vivências do EEESMO; Cuidados de Enfermagem; e Experiências Emocionais.
Contexto	Contexto hospitalar, nomeadamente Bloco de Partos

Tabela 1 Mnemónica P-C-C.

Da questão de pesquisa emergiram termos validados como descritores de pesquisa e respetiva *SCOPE NOTE* na plataforma *MeSH Browser*. A *Medical Subject Headings (MeSH)* é uma plataforma que reúne, de forma controlada e hierarquicamente organizada, vocabulário/termos que são utilizados na indexação, catalogação e pesquisa de informações biomédicas e relacionadas com a saúde (*National Library of Medicine, 2024*). Desta forma, foram obtidos como descritores *MeSH: Fetal Death; Stillbirth; e Nurse Midwife*. Também foram utilizados termos naturais como *Midwife* e *Emotional Experience*. As plataformas utilizadas para a pesquisa de artigos foram a *PubMed* e *EBSCOhost*, sendo que, na plataforma *EBSCOhost*, foram selecionadas cinco bases de dados: *CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Plus Collection* e *Mediclatina*.

Foram incluídos na pesquisa todos os tipos de estudos, em português, inglês e espanhol e texto completo. Inicialmente não foi definido friso temporal, mas devido ao elevado número de artigos encontrados e de forma a obter a evidência mais recente sobre a temática, optou-se por realizar a pesquisa entre 2019 e 2023.

Foram realizadas várias tentativas de pesquisa com os diversos descritores e combinações entre eles, mas que não trouxeram contributo para a investigação. Desta forma, optou-se por adicionar à pesquisa termos naturais, resultando na expressão de pesquisa: "(Fetal Death OR Stillbirth) AND (Midwives OR Nurse Midwives) AND Emotional Experiences".

Na fase *study selection*, preconiza-se a seleção da evidência e avaliação da qualidade metodológica, com recurso ao fluxograma "*PRISMA 2020 Flow Diagram*" (Figura 1). Na primeira fase do PRISMA (*Identification*), foram identificados 71 artigos nas bases de dados correspondentes e, posteriormente, rejeitados 17 artigos por se encontrarem duplicados. Na segunda fase (*Screening*), procedeu-se à leitura do título e *abstract* dos 54 artigos, dos quais foram excluídos 39 por não corresponderem aos critérios de inclusão, restando 15 artigos para leitura integral. Destes 15 artigos foram excluídos um total de cinco artigos: o artigo 3 foi rejeitado por não apresentar metodologia; os artigos 4 e 12 foram excluídos por não irem de

encontro ao objetivo da pesquisa; e os artigos 6 e 11 foram rejeitados porque os participantes não correspondiam aos do estudo. Estes artigos podem ser consultados no apêndice II.

Neste estudo foram consideradas todas as perdas gestacionais que ocorreram de forma espontânea, sendo excluídos todos os artigos que abordam a interrupção voluntária da gravidez ou a interrupção médica da gravidez, uma vez que estas pressupõem que existiu um acompanhamento e preparação prévia ao procedimento, o que sugere que os EEESMO presentes no serviço já têm conhecimento do procedimento e estão preparados para este desfecho.

Dois revisores independentes examinaram todos os títulos e resumos elegíveis, tendo existido consenso entre os mesmos, não sendo necessária discussão com um terceiro revisor.

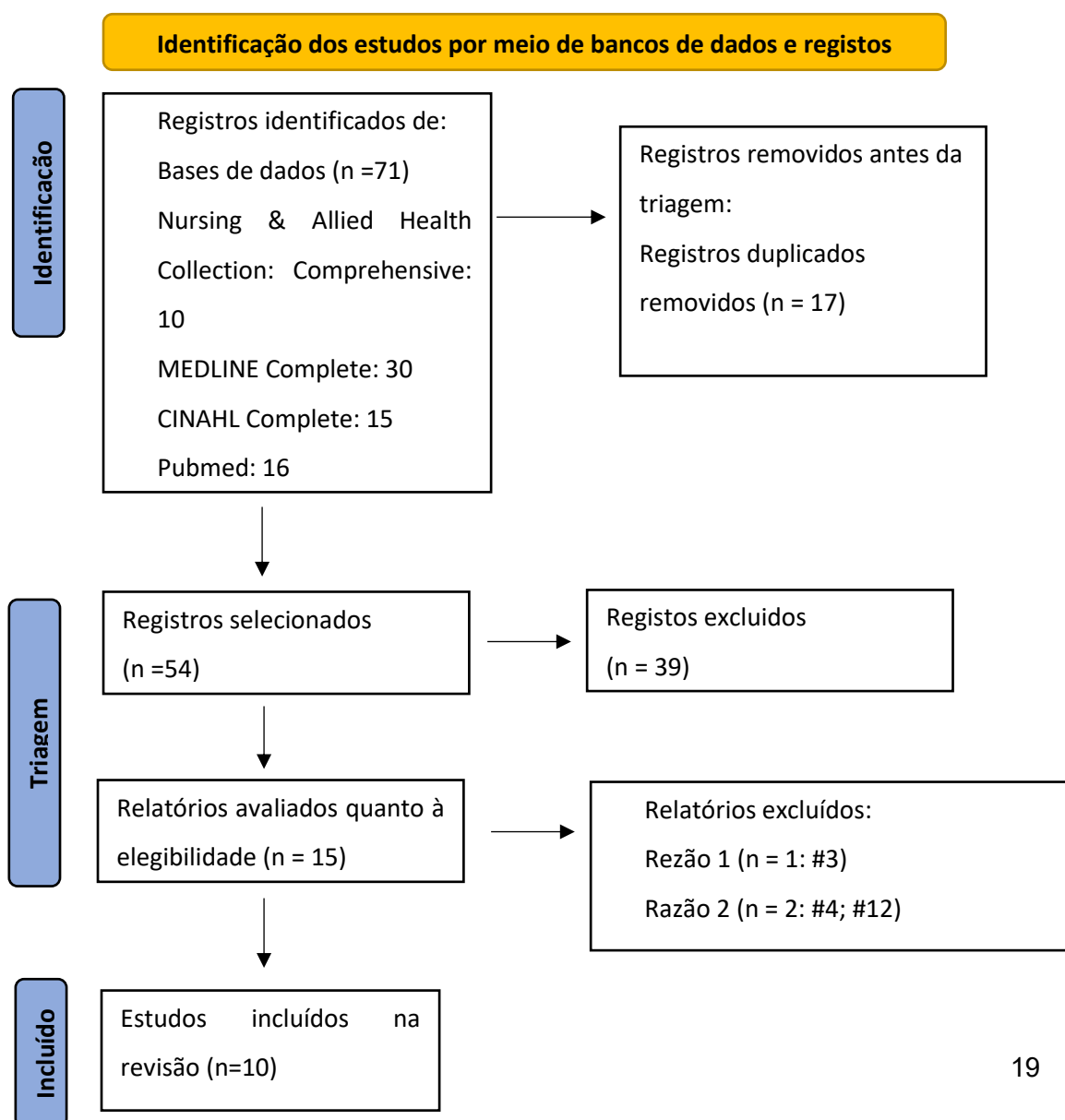


Figura 1. Diagrama da pesquisa desenvolvida. Fonte: <http://www.prisma-statement.org/>

Da pesquisa realizada, foram encontrados 10 estudos, realizados entre 2020 e 2023. Cinco estudos foram realizados em Espanha, um na Turquia, um nos EUA, um em Taiwan um na Austrália e um em Portugal. Na sua maioria (oito estudos) apresentam desenhos de estudos qualitativos, um quantitativo e uma revisão sistemática da literatura. Os dados extraídos de cada artigo estão reunidos num documento de extração de dados, baseado no proposto pelo JBI, que pode ser consultado no apêndice II. Neste documento foi recolhido o título do artigo, o ano de publicação, os autores, o país de origem, o(s) objetivo(s) do artigo, os participantes, a metodologia, os resultados e os contributos para a questão de revisão.

Os dados emergentes dizem-nos que a forma como cada profissional lida com a perda fetal depende de vários fatores, nomeadamente, a sua história com a perda fetal, a experiência profissional nos cuidados durante o processo de luto gestacional, a cultura em que estão inseridos, a formação base e a capacitação em serviço.

Percebe-se a necessidade e sugere-se a criação de *guidelines*/protocolos para os serviços de Obstetrícia relativamente aos cuidados a ter para com o bebé que morreu e, principalmente, para o apoio e cuidado a ter para com pais que perderam o seu filho.

2.2. Trabalho de Campo

A recolha e análise de informação científica através da ScR foi um grande contributo para a questão de pesquisa, no entanto considerou-se ser pertinente colher dados junto dos próprios profissionais, para que estes possam partilhar as suas experiências e comparar resultados com aqueles obtidos através da pesquisa efetuada.

Pretendeu-se assim realizar um estudo com metodologia qualitativa, do tipo descritivo exploratório, que permitisse aferir quais as vivências dos EEESMO perante uma perda fetal. Os participantes deste estudo são EEESMO que exercem funções no Bloco de Partos (BP), que cumprem os critérios de inclusão: EEESMO que trabalhem no serviço de BP, que tenham experienciado durante o seu percurso profissional, pelo menos, duas mortes fetais nas quais tivessem prestado cuidados diretos aos pais e/ou ao bebé, e que tenham interesse em participar na pesquisa. A caracterização do(s) participante(s) foi feita através da colheita de dados sociodemográficos como a idade, a nacionalidade, a naturalidade, o género com que se identificam, o estado civil, o local de residência, se têm filhos e quantos; a religião, as habilitações

literárias e a profissão e há quanto tempo a exercem (abrangendo enfermeiro generalista e enfermeiro especialista).

A entrevista semiestruturada foi selecionada como o instrumento de colheita de dados que mais benefícios traria para a pesquisa, uma vez que permite abordar o tema de uma forma mais alargada dando oportunidade aos profissionais de se expressarem (Apêndice III). A entrevista é composta por sete perguntas de resposta aberta que emergiram da questão de pesquisa e da ScR realizada previamente. As questões permitiram ao entrevistado refletir e partilhar as suas experiências perante uma perda fetal, e foram aprofundadas de acordo com a necessidade e objetivo do estudo. As entrevistas foram realizadas pela investigadora, com recurso a uma gravação áudio através do telemóvel para posterior transcrição e análise do conteúdo recolhido.

Após autorização do Conselho Administrativo da Unidade Local de Saúde onde se realizou o estudo, através do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento, e do parecer positivo da Comissão de Ética da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (Anexo I), procedeu-se à organização da recolha de dados junto dos EEESMO do BP. Os EEESMO foram questionados sobre o seu interesse em participar na investigação, após terem sido explicado os objetivos do estudo, o que resultou na realização de quatro entrevistas entre os meses de abril a junho de 2024. Todos os EEESMO entrevistados leram e assinaram o Consentimento Informado (Apêndice IV).

Os dados alcançados através das entrevistas semiestruturadas, tiveram como objetivo a identificação das vivências do EEESMO após uma perda fetal e quais as estratégias que adotam para lidar com a perda, articulando as descobertas com os resultados obtidos através da ScR.

Todas as participações foram consideradas elegíveis, visto que foi explicado o objetivo do estudo a todos os participantes antes da entrevista e todos autorizaram que os dados fossem utilizados para fins académicos e de investigação. A amostra é constituída por quatro EEESMO que emolduram os critérios de inclusão definidos previamente. Estes têm idades compreendidas entre 40 e 49 anos de idade, 75% possuem nacionalidade portuguesa e 25% nacionalidade francesa; 75% deles são casados e 25% solteiros; 75% possuem dois filhos e 25% um filho; 50% afirmam não ter religião e 50% afirmam serem católicos; e 75% vivem em meio urbano e 25% no meio rural. Toda a amostra (100%) possui especialização em ESMO, com o grau de licenciatura há mais de 10 anos e a especialidade entre 5 e 18 anos. As entrevistas foram realizadas até se obter a saturação dos dados (Bardin, 2016).

A análise dos dados foi realizada com base no método de *Laurence Bardin* (2016) que, de forma sucinta, prevê que seja realizada uma análise em três fases. Na primeira fase, denominada por pré-análise, Bardin (2016) sugere uma organização dos dados iniciais com o objetivo de constituir o corpus da pesquisa - “O corpus é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (Bardin, 2016, p. 126) – de modo a auxiliar na formulação das hipóteses e objetivos e na conceção de indicadores que suportam a interpretação final. Inicia-se com uma leitura flutuante da transcrição das entrevistas, a escolha do material (*a posteriori*) e a construção do corpus. O corpus deve responder a quatro princípios: Exaustividade; Representatividade; Homogeneidade e Pertinência. A segunda fase, consiste na exploração do material, onde o corpus da pesquisa deverá ser estudado de modo mais aprofundado, e devem ser realizadas operações de codificação, decomposição ou enumeração, de forma a estabelecer unidades de registo e unidades de contexto (Bardin, 2016). Para os critérios de categorização recorreu-se à temática. Por último, na terceira fase, sucede-se o tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos mesmos, contruindo assim a matriz dos dados relevantes para o estudo (Bardin, 20216).

Para a análise dos dados recolhidos através das entrevistas aos EEESMO, recorreu-se à elaboração de uma tabela (Apêndice V), de onde emergiram quatro categorias: Sentimentos e emoções, Cuidados de enfermagem, Barreiras à prestação de cuidados e Estratégias de intervenção para os profissionais que lidam com a morte fetal. Dentro da categoria “Sentimentos e emoções”, foi possível definir duas subcategorias – “Nos casais” e “Nos profissionais” - uma vez que quando questionados sobre os seus sentimentos em relação à perda fetal, os EEESMO demonstraram não conseguir ficar indiferentes às emoções dos casais. Os sentimentos e emoções mais recorrentes foram a tristeza, a frustração, o sofrimento, a impotência e como existe uma diferença nos sentimentos quando se trata de uma perda fetal precoce e tardia. A segunda categoria (“Cuidados de enfermagem”) foi, para a grande maioria, sinonimo de um cuidar empático, ou seja, para os EEESMO a melhor forma de cuidar de uma mulher/casal após a perda de um filho é focar nas necessidades do casal naquele momento e ser um veículo facilitador dos cuidados. A terceira categoria (“Barreiras à prestação de cuidados”) foi dividida em duas subcategorias – “Pessoas” e “Institucionais” – que demonstram como a falta de formação/preparação, a gestão dos próprios sentimentos e emoções, e até mesmo o espaço físico ou a equipa podem influenciar os cuidados prestados ao casal, mas também a forma como o profissional experiencia a perda fetal e a sua contribuição nos cuidados. Por último, a quarta

categoria (“Estratégias de intervenção para os profissionais que lidam com a morte fetal”) encontra-se dividida em três subcategorias - “Pessoais”, “Institucional” e “Formativo” - onde os profissionais enumeraram formas de lidar com a morte fetal, de modo a não ser algo temido e se tornar algo que, embora vá causar sempre desconforto, o profissional se sinta à vontade em intervir. As respostas variaram desde a importância da experiência profissional nestas situações e de como à medida que se vai vivenciando vai ficando mais fácil; a importância da partilha de experiências entre a equipa e poder falar sem ser julgado; a falta de reconhecimento por parte das instituições em como a morte fetal também pode afetar os profissionais que trabalham com ela; e a necessidade de uma formação base sobre a morte e o luto, mas também uma formação contínua disponível nos serviços sobre este tema, que permita criar o cuidado uniformizado para todas as mulheres/casais.

2.2.1 Apresentação, análise e discussão dos resultados

Por meio de relatos e evidências científicas, é possível abordar os sentimentos, barreiras e estratégias de cuidado relacionadas à perda fetal na ótica do EEESMO. A ScR e o trabalho de campo realizado oferecem perspectivas complementares e destacam as dificuldades enfrentadas pelos EEESMO na gestão das suas próprias emoções, as limitações estruturais e institucionais, e a importância de oferecer intervenções humanizadas e empáticas às famílias em luto.

Em ambas as pesquisas, é evidenciada a intensidade emocional que os profissionais passam ao prestarem cuidados após uma perda fetal. Os EEESMO entrevistados relatam sentimentos de tristeza, frustração e impotência, explicitando que essas emoções são influenciadas pela idade gestacional e pela relação estabelecida com os pais: *“(...) o primeiro sentimento é a tristeza (...) Tristeza. Frustração (...) normalmente sente-se logo que o casal/mulher está a sofrer (...)”* (EEESMO 1); *“Quanto mais tarde for a perda mais impacto tem no que nós sentimos”* (EEESMO 2). Perante os resultados da ScR, sentimentos semelhantes são abordados, com uma maior ênfase na transversalidade e no impacto profundo que a perda fetal tem nos profissionais, onde os sentimentos e emoções que resultam dos cuidados à mulher/casal e nados-mortos não terminam quando acaba o turno; estes têm um impacto antes, durante e após o trabalho (Fowler et al., 2023).

Na categoria “Cuidados de Enfermagem” o grande foco é o cuidar empático onde, perante uma perda fetal, se deve providenciar cuidados que deem resposta, não só à vigilância física necessária no pós-parto, mas também ao grande vazio que a perda de um filho traz, antes e

após a morte (Osterweis, 1984; Koch, 2015; Silveira, 2021). Quer para os EEESMO entrevistados, quer nos artigos analisados, existe um grande foco dado à importância do silêncio, em estar presente quando necessário e ouvir, ou simplesmente deixar chorar, conforme descrito nas falas das participantes: *“É necessário falar ou ficar em silêncio, mas estar presente”* (EEESMO 1); *“É necessária uma atitude baseada na empatia (...) Às vezes o silêncio é o que se pretende mais nesse momento (...)”* (EEESMO 2). Os aspetos mencionados pelos participantes estão em concordância com os autores analisados ao mencionarem a necessidade e importância de um cuidado informado, onde não é escondida informação à mulher/casal e é utilizada uma linguagem clara, sensível e empática. Para além disso, algo também mencionado nos artigos analisados é o facto da prestação de cuidados após uma perda fetal ser visto por alguns EEESMO como uma grande honra, destacando-se que quando o profissional reconhece que realizou um cuidado adequado, este fica satisfeito, o que torna mais fácil lidar com a perda fetal (Doka, 2002; Almeida, 2019; Fowler et al., 2023).

No entanto, são mencionadas barreiras à prestação de cuidados, nomeadamente, na falta de preparação que os EEESMO sentem, devido à formação insuficiente que possuem, sendo este um ponto crítico em ambos os documentos. Nas entrevistas realizadas os EEESMO relatam que a falta de preparação que sentem/possuem é traduzida em dificuldades na comunicação e na gestão emocional: *“(...) senti que não tinha formação suficiente (...) Eu quero estar presente, mas sinto que ainda não consigo (...) durante algum tempo não consegui estar ao pé da mulher (...)”* (EEESMO 1); *“Acho que a comunicação é a minha maior dificuldade, a escolha das palavras mais certas num momento tão difícil”* (EEESMO 2); *“A maior dificuldade é mesmo distanciar-nos, distanciar-nos emocionalmente da situação (...) estamos a combater com os nossos medos e inseguranças”* (EEESMO 3). Os resultados recolhidos da ScR corroboram esta perspetiva, sugerindo que a experiência profissional é, muitas vezes, a única forma de aprendizagem e que são raros os profissionais que relatam algum tipo de formação, preparação e/ou orientação para estas situações (Mills et al., 2023). Outra barreira identificada pelos EEESMO foi relativa às instituições, mais concretamente ao espaço físico desadequado e à falta de diferenciação nas equipas para lidar com a morte fetal. Na ScR é enfatizado que a falta de condições físicas que os serviços apresentam para estas situações será algo que irá interferir no luto dos pais de forma negativa e, conseqüentemente, levar à insatisfação dos profissionais com o seu trabalho (Fernández-Alcántara et al., 2020). Esta análise é complementada pelos testemunhos recolhidos, onde os EEESMO afirmam *“Nós não temos um serviço preparado para perda fetal,*

porque não temos uma sala própria (...) Num sítio estamos a sorrir e a dar os parabéns e logo a seguir no outro temos de ter uma abordagem, cuidados e comunicação diferente.” (EEESMO 4). Esta citação também levanta a problemática de não existir uma equipa formada que esteja preparada para lidar com estas situações, onde o EEESMO que realiza cuidados a uma situação de perda fetal não deve cuidar de uma grávida/bebé saudável e deveria ser sempre o mesmo EEESMO a ter contacto com aquela mulher/casal ao longo do turno, conforme descrito: *“(...) não temos uma equipa que tenha só um elemento mais disponível para eles.”* (EEESMO 4).

Tendo em conta as barreiras apresentadas, os EEESMO tiveram de encontrar estratégias para as ultrapassarem (Estratégias de intervenção para os profissionais que lidam com a perda fetal), a nível pessoal, institucional e formativo. A nível pessoal, a principal estratégia apresentada é a experiência profissional, tal como mencionado anteriormente, onde a formação que obtiveram sobre perda fetal e o conseqüente luto, foi através dos anos de serviço e contacto direto com a situação: *“(...) à medida que se vai passando por estas situações (...) mais competente a gerir as tuas emoções. Há quem diga mesmo que isto é como uma vacina”* (EEESMO 3); *“Somos nós que vamos arranjando “formação” com a experiência.”* (EEESMO 4). Já a nível institucional, as pesquisas realizadas salientam o quão importante é a partilha de experiências entre os colegas da equipa e a aprendizagem com os outros, sem que exista julgamentos: *“(...) criar grupos de partilha, para falar de algumas situações, algumas dificuldades que temos e como as superar (...) falar à vontade sem se sentir julgado (...) ou apenas desabafar”* (EEESMO 1); *Devia haver oportunidade para se falar abertamente sobre estas situações e como elas nos fazem sentir (...)”* (EEESMO 3). Fernández-Basanta et al. (2020) demonstram que quando existe apoio, entretajuda e orientações por parte da equipa que possibilitem a partilha das vivências, os EEESMO demonstram um maior à vontade e facilidade na prestação de cuidados aos pais em luto, um cuidado onde os próprios conseguem reconhecer que aquilo que fizeram/disseram teve um impacto positivo, trazendo assim satisfação com o seu trabalho. No entanto, os EEESMO sentem que muitas vezes estão sozinhos nesta caminhada, pois não existe, por parte da instituição, abertura para este tópico ou oferta de estratégias aos profissionais, conforme expresso através das falas: *“(...) somos nós que estamos a tentar arranjar uma solução, os enfermeiros, não é ninguém do hospital (...) não tenho a sensação de que reconhecem, para já, que também para os profissionais é difícil”* (EEESMO 1). Por último, a oferta formativa aos profissionais de saúde sobre a morte fetal e mais concretamente sobre o luto perinatal, é escassa, seja na formação base ou na formação em serviço/contínua: *“O luto deve*

ser abordado logo na formação base, e depois o luto gestacional mais aprofundado na especialidade (...) É necessário haver formação mesmo sobre o luto pré-natal” (EEESMO 1); “(...) A formação é muito importante, não só para o cuidado ao casal, mas também para o nosso próprio autocuidado” (EEESMO 3). A evidência analisada na ScR chama também à atenção para a falta de formação por parte dos EEESMO na área do luto gestacional, que contribui não só para um cuidado menos eficaz, mas também para a insatisfação do profissional, o que desencadeia sentimentos e emoções negativas (Garcia-Catena et al., 2023). Algo unânime em ambas as pesquisas é a necessidade de formar os profissionais de saúde sobre este tema, de modo a que se possa uniformizar os cuidados, evitando discrepâncias entre colegas da mesma equipa e a individualização do cuidado influenciado pelas crenças e valores de cada profissional: *“Os serviços que abordam este tema deviam proporcionar formação (...) Temos de uniformizar os procedimentos, porque nem todos trabalham da mesma maneira (...)” (EEESMO 2).*

Uma sugestão que advém da análise e discussão dos dados da ScR é a criação de *guidelines*, normas e protocolos nos serviços de Obstetrícia para a perda fetal que orientem a prática, com objetivo de uniformizar os cuidados à mulher/casal e família, ao bebé - sem excluir o impacto da morte fetal no profissional de saúde – e de garantir que o apoio, cuidado e acompanhamento é dado a todos, pois algo mencionado em grande parte dos artigos é o facto da ausência destas ferramentas gerar inconsistências nos cuidados e frustrações nos profissionais.

Em suma, pode-se concluir que ambos os estudos (a ScR e o estudo de campo) convergem na identificação das dificuldades emocionais e estruturais vivenciadas pelos EEESMO ao lidar com a morte fetal, que são agravadas pela falta de formação adequada e pelo suporte institucional limitado. Esses fatores não apenas afetam a qualidade do cuidado prestado, mas também comprometem o bem-estar emocional dos próprios profissionais. Por fim, a perda fetal não é apenas um evento médico, mas também um momento profundamente humano, que exige dos EEESMO sensibilidade, empatia e competências técnicas e emocionais bem estruturadas. Investir em políticas institucionais e educacionais que reconheçam e apoiem esses desafios é essencial para transformar esse cuidado em uma experiência mais significativa e menos traumática, tanto para os pais quanto para os profissionais envolvidos.

2.2.3 Considerações éticas

Após a receção dos consentimentos para a realização do estudo, procedeu-se à colheita de dados (Anexo I). A realização de um trabalho de investigação coloca, ao investigador, exigências no cumprimento dos princípios éticos decorrentes de estudos com seres humanos (Vilelas, 2022). Desta forma, teve-se como princípios éticos norteadores o respeito pela dignidade da pessoa humana, a autodeterminação, anonimato, confidencialidade, não maleficência, direito à justiça e equidade dos participantes. Nesse sentido, foi presado esclarecimento sobre o estudo, nomeadamente, a sua finalidade e objetivos, e entregue a minuta do consentimento informado. A formalização da participação foi atingida com a assinatura deste consentimento por parte dos participantes.

As entrevistas foram gravadas, numa sala no BP isolada e livre de interrupções. As entrevistas foram identificadas através de códigos (EEESMO1, EEESMO2, EEESMO3 e EEESMO4), procedendo-se à eliminação permanente dos áudios após transcrição. Os ficheiros contendo as entrevistas, estão guardados em lugar seguro, ao qual só o investigador tem acesso.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS GERAIS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NOS DIFERENTES CONTEXTOS

3.1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Ginecologia

O E de EEESMO em Ginecologia, com início a 18 de setembro de 2023 e término a 29 de setembro de 2023, teve lugar no serviço de consultas externas de um Hospital nível I, inserido na Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo. Estas consultas ocorriam três vezes por semana em consultório médico, e eram desenvolvidas por um médico obstetra, com o acompanhamento de um EEESMO.

Ao longo destas consultas tive contacto com diversas patologias do foro ginecológico, nomeadamente, pólipos e quistos uterinos benignos, prolapso uterino, endometriose, mioma ovárico, cancro do colo do útero e dispareunia. As consultas eram muitas vezes de rotina associadas a uma patologia, consultas após intervenção cirúrgica ou primeiras consultas encaminhadas pelos cuidados de saúde primários. Durante o atendimento eram verificados resultados de exames previamente realizados; se necessário, realizavam-se exames físicos (p.e. palpação abdominal) e, frequentemente, eram realizados exames ginecológicos (p.e. observação ao espécuro, toque vaginal e/ou ecografia endovaginal).

Tive também oportunidade de colaborar em alguns exames, como citologias, ecografias endovaginais ou colposcopia, e tratamentos, como, a criocoagulação e remoção e colocação de pessário. Para além disso, também presenciei a colocação e remoção de métodos contraceptivos, designadamente o implante e o dispositivo intrauterino, bem como, solicitação para laqueação de trompas. Apesar da área da Ginecologia ser da competência do EEESMO, tal como anuncia o Regulamento n.º 391/2019 (2019, p.13564-13565), e de ao longo do E ter aprendido procedimentos novos e o impacto que a patologia ginecológica tem na vida da mulher, considero que esta é uma área onde o modelo biomédico ainda está muito presente. Não senti, enquanto enfermeira de cuidados gerais ou enfermeira especialista, que existisse muita abertura para a intervenção de enfermagem com as mulheres, uma vez que era 100% conduzida pelo médico presente e não existiu um momento prévio ou posterior a sós entre o enfermeiro e a utente. Todavia, considero que este estágio trouxe benefícios e conhecimentos para o meu futuro percurso como EEESMO, e promoveu reflexões sobre estratégias de intervenções de enfermagem junto da mulher em situações similares.

No que diz respeito à teoria que guia este relatório, pude observar que, mesmo sendo no contexto de consulta – onde a intervenção que eu e/ou a minha enfermeira cooperante conseguimos ter com as mulheres ser pouco interventiva - foi possível cuidar das utentes que vivenciavam processos de saúde/doença ginecológica, ajudando-as a acreditar nas suas capacidades para lidar com a doença (manter a crença), promovendo, sempre que possível, o seu conforto (fazer por) através da compreensão das expectativas dessas mulheres para a sua vida com patologia associada (conhecer) e mostrando sempre disponibilidade durante as consultas e tratamentos (estar com).

Tendo em conta o projeto de estágio realizado no início da UC (Apêndice I) ambos os objetivos foram atingidos dentro do prazo proposto. Relativamente à temática em estudo, uma vez que não tive contacto com grávidas durante o E, não foi possível abordar ou trabalhar sobre este tema.

3.2 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Gravidez Patológica

O E de gravidez patológica foi desenvolvido num serviço de Obstetrícia e Ginecologia de um Hospital nível I inserido na Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo, em regime de consulta de gravidez de alto risco e internamento. O estágio decorreu entre os dias 2 de outubro e 10 de novembro de 2023. Este serviço é constituído por dois gabinetes médicos que dão resposta às consultas de gravidez de termo e gravidez de risco, bem como, às urgências obstétricas e/ou ginecológicas. Devido às obras de remodelação que estavam a decorrer no serviço, existia apenas uma única ala a funcionar, que possuía cinco enfermarias, das quais três continham duas camas e as restantes correspondiam a quartos individuais; duas salas de parto, gabinete de enfermagem, armazém, copa, vestiários para os enfermeiros e sala dos médicos. Devido às restrições de espaço, as enfermarias estavam disponíveis para puérperas ou grávidas. A equipa de enfermagem é constituída por 20 enfermeiros, dos quais 18 são especialistas e 2 generalistas, que dão apoio a todas as valências.

Ao longo deste E foi possível experienciar várias situações onde a mulher grávida necessitava de mais atenção por parte dos profissionais, onde foi possível apreender como um desvio da normalidade durante a gravidez, por mais pequeno que seja, se pode traduzir num

perigo para o feto e/ou mulher e como os fatores de risco de cada patologia podem acarretar complicações na saúde da díade.

Este E deu-me oportunidade de acompanhar e prestar cuidados a grávidas com gravidez de alto risco, em contexto de consulta e internamento. Durante as consultas de risco realizadas no serviço, as patologias mais frequentes foram diabetes gestacional, diabetes *mellitus* tipo II e hipotireoidismo. No entanto, também se registaram situações de grávidas portadoras de lúpus, grávidas fumadoras, história de abortos anteriores, hipertensão arterial, oligoamnios, placenta prévia, gravidez geriátrica, patologia renal, colo uterino curto, restrição de crescimento intrauterino (RCIU), descolamento de placenta, quisto ovárico, epilepsia, risco de malformações (trissomia 18 e trissomia 21), problemas de coagulação, trombofilia, obesidade, anemia crónica e história de pré-eclâmpsia em gravidez anterior. Em todas as consultas era realizada a avaliação dos sinais vitais e ecografia, maioritariamente, abdominal, mas em algumas situações também era feita ecografia vaginal (p.e. placenta prévia, colo uterino curto, etc.) e observação ao espéculo. Para além disso, realizavam-se registos cardiotocográficos (CTG) a grávidas com mais de 37 semanas. Ao longo deste E tive contacto com 53 grávidas com patologia associada, realizei e avaliei 18 traçados CTG's em contexto de consultas (Apêndice VI).

Em termos de internamento, uma vez que a instituição onde foi realizado o E correspondia a um hospital de nível I, as grávidas que eram internadas neste serviço eram grávidas com sintomatologia menos grave, que necessitavam, muitas delas, apenas de cumprir terapêutica endovenosa. Todas as grávidas com patologia associada onde a sintomatologia e/ou os resultados analíticos fossem preocupantes e houvesse a necessidade de uma vigilância mais rigorosa ou carência de uma neonatologia diferenciada após o parto, eram transferidas para o hospital nível III de referência. A título de exemplo, durante as consultas de risco existiram duas grávidas em que o feto apresentava suspeita de malformações, tendo sido ambas encaminhadas para o hospital de nível III de referência, para serem realizados exames complementares de diagnóstico, nomeadamente a amniocentese, e continuarem o acompanhamento da gravidez nesse hospital.

A patologia predominante, que levou à necessidade de internamento, foi a pielonefrite com necessidade de antibioterapia endovenosa, todavia, existiram também situações de RCIU, anemia (com necessidade de realizar transfusões de concentrado eritrocitário), hiperémese gravídica, ameaça de parto pré-termo, diabetes gestacional e linfoma de *Hodgkin* (com radioterapia e quimioterapia prévia).

Ao longo do E, através da prática realizada, pude compreender melhor como cada tipo de patologia pode conferir um risco para a gravidez, e como esta pode afetar a grávida, o feto e toda a experiência da gravidez para a mulher e o casal. Por conseguinte, isto levou ao reconhecimento da importância de tranquilizar a grávida nestas situações - seja no decorrer do internamento ou no momento do parto - e o quanto uma patologia durante a gravidez pode alterar a vida/rotina da mulher e da família, bem como, o impacto psicológico que pode ter em todos - Objetivo 5 do PIE (Apêndice I, p. 13). Transpondo para o tema deste relatório, apesar de não ter tido contacto com uma perda fetal durante este E, o risco estava presente e a grávida reconhecia-o, bem como, os EEESMO. O medo de que algo acontecesse com o bebé era real e os EEESMO desempenhavam intervenções importantes na gestão das expectativas e, principalmente, das preocupações que a patologia despoletava, de modo a garantir que a gravidez decorresse de forma mais tranquila possível para ambos os progenitores, ao mesmo tempo que se assegurava que exista consciência dos riscos, tal como é preconizado do regulamento nº 391-2019.

Para além da prestação direta de cuidados às mulheres, também tive a oportunidade de participar numa das sessões de preparação para o parto que se realizam no hospital. Apesar, de ter sido debatida a abordagem da temática dos sinais de alerta na gravidez e quando se deslocar ao hospital, este não foi considerado oportuno para aquela turma e, por isso, foi-me sugerido, de acordo com as necessidades da turma, que abordasse o plano de parto, qual o seu objetivo, como preencher e a importância do mesmo. A sessão ocorreu no dia 6 de novembro de 2023 (Apêndice VII) com a presença da enfermeira responsável pelas sessões - Objetivo 4 do PIE (Apêndice I, p. 12).

Relativamente à teoria de *Swanson* aplicada ao contexto da patologia da gravidez, esta estava evidentemente presente, uma vez que este é um dos momentos mais sensíveis da gravidez. Assim, foi fácil identificar nos EEESMO e, conseqüentemente, desenvolver cuidados onde a teoria do cuidar estivesse presente, nomeadamente, quando as grávidas, estando sozinhas durante o internamento somente com visitas em horários fixos, solicitavam a presença de um profissional, fosse porque o CTG sinalizava alguma intercorrência e queriam saber ao que correspondia ou simplesmente para poderem conversar com alguém (estar com). Para além disso, houve momentos em que o internamento se prolongou por semanas, onde a ansiedade e a frustração se tornavam evidentes e frases como “Será que vai ser a gravidez toda assim?”/“Eu só quero que isto acabe.”/“Quanto tempo vou ter que ficar aqui sozinha?”,

entremeadas pelo choro, passaram a integrar o dia a dia do serviço. Os EEESMO desenvolviam intervenções fundamentais na tranquilização e ajuda das parturientes a acreditar nas suas capacidades para lidar não só com a patologia associada, mas também com a gravidez (manter a crença), bem como, na compreensão das expectativas dessas mulheres para a sua gravidez de forma a orientá-las na adaptação à patologia (conhecer), para assim a promover uma gravidez e experiência da gravidez o mais serena possível (fazer por). Não obstante, também se intervenha junto aos companheiros, visto que estes são o principal sistema de suporte das mulheres, e também passam por momentos de ansiedade e impotência. Assim era de extrema importância o EEESMO trabalhar com o casal sobre os potenciais desafios - relacionados com a patologia ou não - e preparar ambos para a chegada do bebé, porque, apesar do principal foco deste contacto ser a patologia da gravidez, este casal irá assumir um novo papel que começa logo na gravidez, o que por si só já é desafiante e requer preparação (capacitar).

Após reflexão das atividades desenvolvidas durante este E defiro que foi possível ir de encontro e cumprir todos os objetivos do PIE (Apêndice I) dentro dos intervalos de tempo propostos. Apesar do objetivo 4 não ter sido cumprido de acordo com o tema eleito, considero-o atingido, pois foi possível desenvolver competências, aprender como funcionam as sessões de preparação para o parto e aperfeiçoar estratégia de comunicação em situação de educação para a saúde (EpS) em saúde materna.

3.3 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no Puerpério

O E de EEESMO no puerpério decorreu no mesmo serviço da Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo mencionado no subcapítulo anterior. Uma vez que este serviço é o único nesta unidade referente à Saúde Materna e Obstétrica, este é utilizado para as diferentes valências desta especialidade, excluído as consultas e o internamento de Ginecologia que é assegurado pela cirurgia. Assim, apesar de existir a consciencialização e esforço de não colocar grávidas em vigilância junto com puérperas, era difícil durante um turno não ter contacto com grávidas.

Este E teve uma duração de 150 horas, com início a 13 de novembro de 2023 e decorreu até 5 de janeiro de 2024.

As mudanças fisiológicas que ocorrem no puerpério são distintas, embora sejam normais. No entanto, a mulher vê, o que até então foi apenas um sonho, tornar-se real e ter de enfrentar novos desafios e aprendizagens à medida que os processos relacionados com a gravidez

regridem, o que pode trazer medos, preocupações e necessidade de conhecer novamente o seu corpo. Durante este E tive oportunidade de desenvolver competências técnico-científicas e relacionais através da prestação de cuidados especializados de enfermagem a puérperas e recém-nascido (RN), promovendo uma vivência da parentalidade saudável, onde existia uma preocupação em proporcionar um ambiente acolhedor, onde fosse permitida e encorajada a partilha das suas preocupações e medos.

No início do puerpério, a mulher pode estar animada e até mesmo aliviada por já ter terminado aquilo que ao longo da gravidez lhe trazia mais ansiedade e medo, o momento do parto. Mas, após os primeiros momentos de êxtase depois do parto, começam a surgir sensações de fadiga e desconforto físico devido ao trabalho de parto (TP), parto e/ou trauma perineal, bem como, sentimentos de ansiedade e insegurança em relação às suas capacidades para cuidar do RN se exacerbam. No pós-parto, o EEESMO assume um lugar privilegiado com a mulher/casal, o que lhe possibilita identificar precocemente as suas necessidades e complicações, de modo a poder agir de forma adequada e atempada perante o problema identificado, afirmando-se assim como uma figura determinante na promoção e adaptação à parentalidade. No decorrer do E prestei cuidados a 56 puérperas (Apêndice VI), onde inicialmente avaliei o estado hemodinâmico e geral das puérperas, verificando previamente a sua história clínica, história pessoal e obstétrica; e a evolução o seu parto (indução, tipo de parto, horas de TP, complicações, estado do períneo, tipo de analgesia, medicação). *A posteriori*, prestei cuidados inseridos no puerpério tardio, nomeadamente, avaliação do fundo uterino, lóquios, períneo, edema e estado geral físico e emocional desde o parto. No que diz respeito ao RN, dos 56 RN (Apêndice VI) com os quais tive contacto, foi consultado o Apgar, se houve algum tipo de ajuda na adaptação à vida extrauterina, se existiu contacto pele com pele e/ou amamentação no BP e o fator Rh da mãe.

Durante o E, no serviço de puerpério, pude testemunhar como o EEESMO pode ter um grande impacto durante um dos momentos mais frágeis e mais felizes na vida de uma mulher/casal. O EEESMO apoia e presta cuidados desde as necessidades físicas que o pós-parto acarreta até às alterações emocionais e psicológicas que o cuidar de um RN traz, principalmente no caso das primíparas. É sempre importante elucidar e informar a mãe que cada bebé é único e cada um deles responde de forma diferente às diferentes experiências da vida extrauterina, e que isso não significa que o seu papel como mãe é deficiente ou insuficiente. Em muitas instâncias, pude presenciar e intervir junto da mulher quando esta demonstrava sinais de fadiga

e frustração por diversos motivos, seja porque o bebê não parava de chorar ou porque não estava a pegar bem na mama, ou mesmo porque o conseguente do parto não a deixava cuidar do RN como esta desejava – Objetivo 1 do PIE (Apêndice I, p. 15). Nesses momentos, era muito importante a presença de um profissional que pudesse ajudar a mulher a arranjar estratégias e tranquilizá-la sobre as suas competências e, por vezes, cuidar do RN por alguns minutos para que a mãe possa cuidar de si. Durante todo o internamento foi sempre garantido o alojamento conjunto para a mãe e bebê, sendo que as únicas vezes que os RN eram separados da mãe era quando existia necessidade de cuidados pediátricos diferenciados que requeriam internamento em neonatologia.

A complicação no pós-parto mais frequente ao longo das seis semanas de E foram as sucessivas lipotimias no momento do levantar onde, posteriormente, era diagnosticada uma anemia grave, com necessidade de administração de ferro endovenoso ou, por vezes, transfusão de concentrado eritrocitário. Nestes casos, visto que a puérpera não se conseguia levantar, os cuidados ao RN eram prestados pelos enfermeiros, no caso de o pai não estar presente. Para além das lipotimias, também existiram situações de retenção urinária, com necessidade de realizar esvaziamento vesical, estando muitas vezes associado aos efeitos prolongados da analgesia/anestesia. Outras complicações que estiveram presentes foram a punção da dura-máter, no momento da analgesia loco regional, que era diagnosticada no pós-parto pelas cefaleias recorrentes que melhoravam com a adoção da posição de deitada; as náuseas sempre que se realizava levantar e a fotofobia – Objetivo 2 do PIE (Apêndice I, p. 15). Nestas situações era proporcionado à mulher num ambiente com pouca luz, aumentada a hidratação por via endovenosa e incentivado o aumento do aporte hídrico oral; por vezes era administrada medicação analgésica e, devido à necessidade de estar grande parte do tempo deitada, o que consequentemente as incapacitava de prestar cuidados ao RN, existia uma maior carência de intervenção por parte do EEESMO, o que me permitiu ter um maior contacto com estes RN.

A área onde me senti menos à vontade foi na amamentação, nomeadamente nos aspetos relacionados com a posição do bebê/mãe, as características da mama e do mamilo, entre outros, que podem fazer toda a diferença para o sucesso da amamentação. A amamentação realmente é um mundo, onde temos de ter em atenção várias variantes que podem influenciar não só a adaptação do bebê à mama, mas também a da própria mulher à amamentação, e cabe aos EEESMO tentar encontrar estratégias/soluções para ajudar aquela mãe. Algo que tive oportunidade de ver e aprender foi a relactação, onde foi utilizada uma sonda nasogástrica

pediátrica dentro de um biberão com leite e a outra ponta junto ao mamilo para que, ao colocar o bebê à mama este pudesse estimular o mamilo e a produção de leite e, simultaneamente, ser alimentado, sem que perdesse o interesse pela mama. Este tipo de situações, entre outras, fez-me compreender melhor o quão importante é a intervenção do EEESMO no pós-parto, o quanto este pode ser determinante para o sucesso da amamentação quer para o bebê quer para a mãe, mas também para uma transição para a parentalidade serena e preparada não apenas para a mulher, mas também para o pai, tal como o ponto nº 4 do Regulamento n.º 391/2019 (2019, p.13564-13565) anuncia. A avaliação da altura do fundo uterina e a sua consistência revelou-se uma dificuldade, pelo receio de magoar a puérpera, mas com a realização da técnica e ajuda do enfermeiro cooperante fui capaz de ultrapassar esta dificuldade. Outro ponto que se revelou desafiante, foram os registos de enfermagem e a atualização continua do plano de cuidados. Esta lacuna foi sendo colmatada ao longo do E e com a execução dos planos de cuidados, uma vez que a existência dela era devido à minha inexperiência com o programa de trabalho (SClínico) e, à medida que fui gerindo o meu tempo de modo mais eficaz, tornou-se mais fácil ter tempo para aprender e compreender a necessidade de uma atualização contínua dos cuidados, paralela com o estado clínico da puérpera e do RN – Objetivo 4 do PIE (Apêndice I, p. 17).

Indo de encontro com o objetivo 3 definido no PIE para o E no puerpério (Apêndice I, p. 16), durante o E existiram momentos de EpS à mãe e ao pai sobre os cuidados do recém-nascido, a amamentação, a recuperação pós-parto e autocuidados. Também tive a oportunidade de realizar EpS de preparação para a alta – após 48 horas se for parto vaginal e 72 horas se for cesariana - nomeadamente, explicar quando devem ir ao centro de saúde (CS) realizar o rastreio neonatal, quais os recursos disponíveis na comunidade que podem ser úteis durante este período e a importância do acompanhamento no CS.

Durante o E não existiu qualquer situação de perda fetal, contudo, a situação que mais me marcou foi o nascimento de um bebê com trissomia 21, em que os pais, apesar de ser uma gravidez vigiada, não tinham conhecimento do diagnóstico. Neste caso, para além dos cuidados que normalmente são prestados durante o puerpério, houve a necessidade de um apoio emocional e psicológico maior aos pais. Neste tipo de situação, apesar de não existir uma morte física, os pais experienciam o processo de luto, o luto pelo bebê sonhado. Tal como preconiza o ponto 4.3 do Regulamento n.º 391/2019 (2019, p.13564), o EEESMO deve intervir a nível psicológico e emocional junto da puérpera e da família quando detetada uma complicação com

o bebê, de modo a dar suporte àquela família para que o processo de transição a aceitação, que por si só já é desafiador, seja mais fácil e que a puérpera/família se sintam apoiados nesse momento difícil.

Em suma, neste E foi possível perceber como a experiência do parto é diferente para cada mulher, e como este pode influenciar o período pós-parto e a própria interação com o recém-nascido. Considero isso importante, pois realça como os cuidados devem ser diferenciados e personalizados tendo em conta as necessidades de cada mulher no momento, pois o puerpério é uma fase delicada de grandes alterações quer a nível fisiológico, psicológico e emocional na puérpera, o que exige uma capacidade de adaptação da mesma. Algo que me apercebi durante o E foi que é comum, no pós-parto, existir por parte da mulher uma priorização dos cuidados ao recém-nascido e deterioração do seu autocuidado e cabe ao EEESMO perceber quais as necessidades da puérpera e até mesmo como o evento anterior (o parto) influencia a relação díade e a própria mulher, indo assim de encontro ao primeiro processo de *Swanson* o “conhecer”. Para isso é necessário que o EEESMO esteja disponível para estar com a mulher, escutá-la e oferecer respostas simples e concretas, mas que também levem à reflexão de modo a auxiliar a mulher a adquirir competências e reconhecer nela própria as suas necessidades (“estar com”). Ao longo do E foi possível observar como os EEESMO auxiliam a mulher a adquirir competências práticas através do treino, da informação, explicação e suporte em áreas que causem insegurança e/ou incerteza - primeiro banho, amamentação, etc. - o que leva, conseqüentemente, a que a mulher seja capaz de aceder, compreender, refletir e processar informação de modo a tomar uma decisão sobre a saúde dela e do RN consciente (“capacitar”). Para além de capacitar a parturiente, o EEESMO também proporciona cuidados à própria mulher e RN que, se lhe fosse possível, a mesma faria, no entanto, uma vez que também se trata de um período de convalescença do parto, a parturiente necessita de ajuda para conseguir dar respostas às suas próprias necessidades, sendo o EEESMO o profissional mais indicado (“fazer por”). Todas as intervenções do EEESMO para com a parturiente são com o objetivo de, após a alta, esta estar capacitada para cuidar do RN da melhor forma possível, mas sem descuidar dela própria, e é importante logo desde a internamento no puerpério, onde existe ajuda 24 horas por dia, ensinar e explicar isso às mulheres para que consigam reconhecer quando é necessário pedir ajuda sem criar um sentimento de insucesso (“manter a crença”). Pode-se afirmar assim que os EEESMO ocupam um lugar privilegiado que lhes permite estar a par das necessidades

psicológicas, físicas e sociais das mulheres durante períodos de transições de papéis e providenciam as intervenções necessárias para ajudar neste processo de mudança.

Após auscultar as necessidades do serviço, e tendo em conta isso, propus realizar para a equipa de enfermagem uma formação em serviço sobre as *guidelines* internacionais da OMS para perda fetal, que se realizou no dia 5 de janeiro de 2024 (Apêndice VIII). Para além da formação, também elaborei um folheto com as informações e normas do serviço relativamente às visitas e acompanhantes (Apêndice IX), a pedido da enfermeira chefe.

3.4 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

O E na vertente de cuidados de saúde primários, decorreu em dois CS que integram a Unidade Local de Saúde do Alentejo Central. Este E teve a duração de 150 horas, decorrendo entre os dias 8 de janeiro e 16 de fevereiro de 2024.

Num dos CS ficava situada a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), composta por uma equipa multidisciplinar, que compreende enfermeiros (generalistas e especialistas), nutricionistas, psicólogo, fisioterapeuta, uma assistente técnica administrativa e assistentes operacionais de serviços gerais. Na equipa de enfermagem, existiam duas enfermeiras especialistas em ESMO e duas enfermeiras especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sendo uma delas consultora de lactação certificada internacionalmente (IBCLC). A UCC possui vários programas/projetos, no entanto, no que diz respeito à ESMO, existe apenas um projeto, o “Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade”, que conta com o contributo da equipa multidisciplinar - Objetivo 1 do PIE (Apêndice I, p. 19).

Durante a minha estadia na UCC, tive a oportunidade de observar sessões realizadas pela minha enfermeira cooperante, bem como, por outros elementos da equipa, nomeadamente, pela enfermeira IBCLC, que abordou o tema da amamentação, ou a psicóloga, que levou consigo uma contadora de histórias para abordar os desafios e adaptações à maternidade/parentalidade, entre outros. O programa decorreu sempre na Biblioteca Municipal, dando assim acesso às grávidas a informação diferenciada no momento, uma vez que no final de cada sessão eram feitas recomendações de livros e *e-books* sobre o tema abordado que encontravam disponíveis na biblioteca. Infelizmente, não foi possível abordar o tema da perda fetal - através dos sinais de alerta e alarme na gravidez - pois este tema já tinha sido abordado. Todavia, foi-me dada abertura para trabalhar alguns dos outros temas que ainda não

tivessem sido abordado e que não tivessem já um orador atribuído (p.e. alimentação na gravidez - nutricionista). Assim, tendo também em consideração a sessão de EpS realizada no E de gravidez patológica, foi possível colaborar neste projeto com a realização de duas sessões de EpS, uma sobre o “Plano de Parto” (Apêndice X) e outra sobre o “Plano Pós-Parto” (Apêndice XI), que decorreram nos dias 5 e 6 de fevereiro, respetivamente - Objetivo 5 do PIE (Apêndice I, p. 22).

Para além da UCC, o E foi realizado em colaboração com uma Unidade de Saúde Familiar (USF), onde houve oportunidade de assistir, participar e realizar 101 consultas de diferentes tipologias, nomeadamente, Consultas de Saúde Materna (39), Consultas de Revisão do Puerpério (3), Consultas de Planeamento Familiar (29) e no Rastreio do Cancro do Colo do Útero (30) (Apêndice VI).

Durante as consultas, independentemente da tipologia, existiu sempre o objetivo de promover a saúde da mulher, abordando temas relevantes para as clientes e que fossem de encontro com o motivo da consulta. Nomeadamente, nas consultas de Saúde Materna, para além da avaliação dos parâmetros biométricos, exame rápido à urina e serem de consultados os exames realizados, havia abertura para o casal esclarecer dúvidas e receios. A título de exemplo, um dos casais acompanhados apresentava dúvidas sobre a possibilidade de o bebé poder vir a desenvolver algum tipo de anomalia, pois as análises do primeiro trimestre tinham apresentado alguns valores anômalos que, embora a discrepância entre o intervalo considerado normal e os resultados fosse pequena, espoletou preocupação no casal. Foi-lhes explicado que o resultado analítico isolado não é suficiente para fazer o diagnóstico, nem para serem levantadas suspeitas clínicas sobre o bebé que levem a requerer exames complementares; seria necessário esperar pela ecografia, e só se os resultados da ecografia convergissem com os resultados analíticos é que se poderia fazer algum possível diagnóstico clínico de anomalia cromossômica - Objetivo 3 do PIE (Apêndice I, p. 20).

No âmbito do planeamento familiar, promoveu-se a saúde da mulher em qualquer faixa etária, onde foi possível aconselhar e debater sobre métodos contraceptivos, promover de forma saudável uma futura gravidez a mulheres que estavam a planear engravidar; apoiar, escutar e encorajar mulheres que estavam a passar por casos de infertilidade; e apoiar a mulher durante o climatério e a adaptação à menopausa, indo ao encontro do quinto ponto do Regulamento n.º 391/2019 (2019, p.13564) e ao segundo e quarto objetivo do PIE (Apêndice I, p. 20 e p. 21).

Tendo por base, o ponto seis e sete do Regulamento n.º 391/2019 (2019, p.13564-13565), foram também prestados cuidados a mulheres em idade fértil inseridas na comunidade no âmbito do Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero, onde houve oportunidade para realizar citologias em meio líquido, segundo o protocolo da USF, com supervisão e orientação da enfermeira cooperante e do médico presente.

Já nas consultas de revisão do puerpério, era dada abertura para as mulheres falarem e colocarem dúvidas e preocupações sobre a nova rotina que estava a ser criada em casa. Desde questões sobre a amamentação e a sua eficácia, a dúvidas sobre como encontrar o equilíbrio do repouso, os cuidados ao bebé e os cuidados com a casa foram respondidas durante estas consultas, correspondendo assim ao Regulamento n.º 391/2019 (2019, p.13563-13564).

Para além das consultas, neste CS também existia o “Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade”, realizado pela enfermeira cooperante. Foi-me permitido assistir a algumas sessões e houve também a oportunidade de colaborar nas mesmas, com a apresentação da temática “Sinais de Alarme e Alerta durante a Gravidez”, no entanto no dia da sessão as grávidas não compareceram e não houve oportunidade de remarcar. A participação nas sessões de preparação para o parto, quer na UCC quer na USF, foi uma mais-valia para a minha aprendizagem pois permitiu-me assimilar o quão importante é uma grávida estar preparada e segura durante a gravidez e a diferença que isso pode trazer para o momento do parto, como pude constatar no EC seguinte - Objetivo 5 do PIE (Apêndice I, p. 22).

Durante este E não tive contacto com qualquer situação de perda fetal, porém, após falar com a minha orientadora, descobri que o hospital de referência da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central tem com todos os CS da área um projeto sobre a perda fetal promovido por uma médica obstetra, uma médica psiquiatra e uma psicóloga, de modo a dar resposta às necessidades das mulheres e respetivas famílias e como uma forma de manter o acompanhamento fora do meio hospitalar. Todavia, segundo a enfermeira cooperante, não existia grande adesão por parte das mulheres a este projeto, umas por não terem conhecimento e outras por não quererem falar do assunto e avançar com a sua vida o mais rápido possível.

Já no que diz respeito à teoria escolhida, considero estarem presente todos os momentos enunciados por *Swanson*, uma vez que a singularidade do cuidado para com cada mulher, tendo em conta as suas crenças e valores, foi algo recorrente durante os diferentes tipos de consultas, estando o EEESMO presente e criando uma relação baseada no respeito e empatia (conhecer/estar com). Qualquer consulta realizada envolve protocolos pré-determinados que

devem ser utilizados com o objetivo de avaliar/reavaliar os riscos identificados e preocupações das mulheres, e trabalhar de acordo com as necessidades das clientes para dar resposta ao que foi apurado previamente (fazer por). Esta singularidade do cuidado, que ajuda a criar uma relação entre o enfermeiro e o cliente, é fundamental para que o profissional possa promover um cuidado direcionado às particularidades de cada mulher (capacitar) que transmita segurança e tranquilidade sobre as suas condições de saúde (manter a crença). Mesmo existindo um protocolo a seguir durante as consultas, o EEESMO deve estar sempre envolvido no cuidado prestado, pois sem conhecer a mulher e estar com ela, não é possível realizar um cuidado que vise o bem-estar do cliente.

3.5 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no Bloco de Partos

Este E foi desenvolvido no serviço de BP, de um Hospital nível II, da Unidade Local de Saúde da Arrábida, no sentido de acompanhar as grávidas e pessoas significativas no processo do nascimento. O serviço é composto por cinco enfermarias/sala de partos individuais, cada uma com casa-de-banho privada com acesso a duche. Cada quarto tem uma cama articulada que permite à grávida adotar várias posições durante o TP e parto; um monitor de CTG com transmissão em tempo real para os três monitores, divididos entre a sala de enfermagem e o corredor; um reanimador neonatal, onde são prestados os primeiros cuidados aos recém-nascidos; e um armário onde são guardados os diferentes materiais que serão necessários ao longo do TP. Cada sala tem ainda uma bola de pilates e rádio com ligação *bluetooth*, disponível para as parturientes. Este serviço possui também um bloco operatório para a realização de cesarianas e uma sala de recobro, com capacidade para duas mulheres e dois bebés; e reanimador neonatal, onde o RN é observado pelos pediatras e lhe são prestados os primeiros cuidados. Adjunto ao BP, encontra-se o serviço de Urgência obstétrica e em frente situa-se o serviço de internamento para gravidez patológica e ginecologia, que partilham a mesma equipa de saúde.

O estágio decorreu de 19 de fevereiro a 19 de julho de 2024, num total de 500 horas, com o objetivo de prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente e ao RN durante os diferentes estádios do TP, integrando a equipa prestadora de cuidados em sala de partos.

De modo a alcançar o primeiro objetivo traçado no PIE (Apêndice I, p. 24), foram consultadas as normas e protocolos do serviço concomitantemente com questões informais colocadas por mim à minha enfermeira cooperante ou a outro membro da equipa que estivesse disponível no momento. Considero importante referir que toda a equipa foi bastante acolhedora e disponível, o que tornou o processo de adaptação e de aprendizagem mais fácil, possibilitando assim alcançar o primeiro objetivo do PIE com sucesso dentro do período previsto.

Ao longo deste E, sob orientação e supervisão de uma EEESMO, foram desenvolvidas habilidades de avaliação/diagnóstico, planeamento, execução e avaliação que, tendo em conta a ética e responsabilidade profissional, contribuíram para a aquisição de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher e família durante os diferentes estádios do TP e parto - Objetivo 2 e 3 do PIE (Apêndice I, p. 24 e p. 28). Ao longo das 500 horas de E, tive a oportunidade de colocar diversos conhecimentos adquiridos durante o contexto teórico e os precedentes E's, nomeadamente, a importância e validação de um plano de parto, a avaliação do bem-estar materno-fetal em mulheres em TP, a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, entre outros. Muitas destas habilidades constituem competências específicas do EEESMO, que através da prática baseada na evidência e a orientação de outros EEESMO, foram aprimoradas de modo a garantir um cuidado de qualidade e seguro para as grávidas, bebé e família. A identificação de situações desviantes da normalidade foi algo que se demonstrou bastante complexo durante o E, onde inicialmente existiu bastante insegurança sobre o que fazer para tentar corrigir o problema identificado e, apenas com a orientação dos profissionais e vivência diária das situações, fui conseguindo ganhar confiança e autonomia em algumas tomadas de decisões, ainda que sempre com supervisão da EEESMO orientadora. A interpretação do traçado cardiotocográfico foi algo que também exigiu muito estudo e explicação por parte dos EEESMO, pois, apesar de ter sido algo ensinado em contexto teórico, na prática torna-se mais complexo, embora também mais fácil de compreender, onde a interpretação do gráfico, diagnóstico do problema e tomada de decisão tem de ser rápida e temos de estar despertos para os resultados. Outra competência que se revelou desafiadora foi a interpretação do toque vaginal e decorrente cervicometria, principalmente entre os 9 e 10 centímetros de dilatação, e a identificação da posição fetal de acordo com as fontanelas (occipitoanterior/occipitoposterior). Não obstante, considero que, embora o início tenha sido, definitivamente, desafiante e complexo, à medida que o E foi progredindo, as minhas dificuldades foram diminuindo e a minha segurança nas intervenções realizadas foi

umentando, proporcionalmente ao conhecimento adquirido e aprimorado sobre a área da ESMO em contexto de BP.

Durante este E realizei 43 partos eutócicos, participei em 11 partos distócicos (10 ventosas e 1 fórceps), realizei 7 episiotomias, 32 técnicas de sutura [sutura descontínua na pele (ponto simples, ponto simples invertido e ponto *Donatti*) e sutura contínua (simples e intradérmica)], 9 périneos íntegros, prestei cuidados a 41 puérperas e 45 RN saudáveis no puerpério imediato e 4 recém-nascidos de risco que necessitaram de alguma ajuda nas manobras para adaptação extrauterina. Colaborei ainda em várias técnicas e com outros EEESMO e profissionais de saúde, nomeadamente na colocação de cateter de analgesia/anestesia loco-regional, realização de rotura artificial da bolsa de águas (2), monitorização fetal interna (2) e em bloco operatório no caso das cesarianas, onde assisti a 17 cesarianas (Apêndice VI).

Durante o acompanhamento das parturientes e o seu parto, existiu sempre a preocupação da minha parte e da enfermeira cooperante em permitir que a mulher se sentisse incluída no nascimento, fosse através da escolha da posição em que queria parir, da música que tocasse no momento ou da decisão de ser ela a tirar o bebé após a extração da cabeça e dos ombros; reafirmando e validando várias vezes durante todo o processo a sua capacidade de ajudar o seu filho a nascer.

Dos 43 partos eutócicos realizados, em 3 deles foram identificadas distócias mecânicas - 2 distócias de ombros e 1 distócia do mento - onde foram realizadas as manobras preconizadas para estas situações (*McRoberts*, *Rubin I*, *Rubin II*, *Woods* e extração do membro superior posterior) e, para além disso, por vezes existiu a necessidade de executar a técnica de episiotomia. Em nenhum dos partos eutócicos houve a necessidade de fraturar de forma intencional a clavícula fetal, pois a adoção das manobras acima descritas foi suficiente para solucionar a emergência obstétrica. No entanto, num dos partos distócicos ocorreu uma fratura da clavícula, onde mais tarde houve a necessidade de um maior cuidado para com o RN no puerpério imediato. Outra emergência obstétrica detetada durante os partos eutócicos foi a presença de circulares cervicais (6), onde em 3 delas foi necessário realizar a manobra de *Somersault*. Em todos os partos distócicos estavam sempre presentes, pelo menos, 2 pediatras e nos partos eutócicos com emergências obstétricas o pediatra era sempre informado e chamado para observar o RN. Uma das emergências obstétricas que mais me marcou foi o prolapso do cordão umbilical, pois falar em contexto teórico sobre o tema, mesmo tendo existido advertência para a gravidade da situação, foi diferente de ver em tempo real como tudo

se procede e o quão rápido se tem de agir - Objetivo 4 do PIE (Apêndice I, p. 29). Uma área onde senti grande dificuldade foi nas cesarianas, mais precisamente o contexto de bloco operatório, por ser o meu primeiro contacto com uma sala operatória, e confesso que me senti bastante perdida no que fazer dentro do bloco.

Relativamente ao terceiro estágio do TP, a generalidade das dequitações que realizei foram naturais, onde adotei uma atitude expectante, sendo que, por vezes, existiu necessidade de adotar uma atitude mais ativa, onde realizei uma tração controlada do cordão umbilical após sinal de descolamento de placenta, sob supervisão e orientação da EEESMO cooperante do E. Apenas em uma situação foi necessário recorrer à equipa médica para ser realizada uma dequitação manual, devido a uma placenta retida.

No que concerne às técnicas de sutura realizadas durante o E, 8 suturas estão relacionadas com a episiotomia (episiorrafia) e 26 com lacerações do períneo (perineorrafia). A técnica de episiotomia foi necessária em situações de distócias, sofrimento fetal ou défice de elasticidade do períneo, que colocava em causa os outros tecidos no momento da expulsão do feto e a própria progressão do mesmo. Esta decisão foi sempre tomada em conjunto com a enfermeira cooperante e executada sob a sua orientação. No que diz respeito às lacerações, existiram 12 lacerações de grau I, 12 lacerações de grau II e 2 lacerações de grau III a). Nas lacerações de grau I, na sua maioria, não foi necessário suturar ou apenas era feito um único ponto simples de aproximação. As lacerações de grau II ocorreram, maioritariamente, como consequente de algo que eu tive de trabalhar ao longo do E e que foi debatido e explicado pela minha orientadora, que se referem à não realização de maior suporte da cabeça no momento da expulsão da cabeça fetal, fazendo com que esta saísse rápido demais, o que resultava na laceração do períneo. Por sua vez, as lacerações de grau III decorreram da fragilidade dos tecidos do períneo, em que, com o bebé ainda no plano +2 de Lee e adotando medidas de proteção do períneo, já se notava o tecido a esticar ou a abrir, e a episiotomia foi considerada como uma técnica que não iria prevenir a laceração, podendo até agravá-la. A maior dificuldade que senti ao suturar foi a identificação dos planos, qual tecido que ligava com qual e qual o tipo de ponto mais indicado para aquele tecido. Além disso, também senti alguma insegurança nesta técnica, por medo de estar a causar dor ou mais dano à mulher. Esta insegurança foi algo que foi sendo melhorada ao longo do E, em paralelo com a execução da técnica, porém reconheço que ainda é um dos pontos a aperfeiçoar e algo que terei de melhorar ao longo do meu percurso profissional.

No quarto estágio do TP, prestei cuidados à puérpera de forma a identificar desvios à normalidade, nomeadamente a gestão da dor, avaliação dos sinais vitais, da involução uterina, dos lóquios e da ferida perineal. Na grande maioria dos casos, as puéperas eram transferidas para o serviço de puerpério duas horas após o parto. Antes da transferência para este serviço, era retirado o cateter epidural, onde se verificava a integridade do mesmo, a puérpera era auxiliada no levantar e incentivada no uso do WC, de modo a garantir micção espontânea – caso não existisse micção espontânea nas duas horas após o parto e não tivesse havido durante o TP ou o terceiro estágio, era efetuado um esvaziamento vesical; por último, era oferecida uma refeição leve, de modo a garantir a tolerância aos alimentos; o cateter venoso periférico era mantido de forma obturada, em caso de necessidade. Relativamente às cesarianas, o primeiro levantar era realizado no puerpério, mas era permitido à parturiente ingerir líquidos antes da transferência. No que diz respeito ao RN, realizei a observação e respetiva avaliação à adaptação à vida extrauterina e procurei, sempre que possível, que fosse realizado contacto pele a pele logo após o nascimento. Também ajudei na adaptação do RN à mama, vigiei os sinais de boa pega e reflexos de sucção e deglutição, e prestei os cuidados necessários ao RN caso a parturiente não fosse capaz no momento - Objetivo 3 do PIE (Apêndice I, p. 28). Em caso de partos distócicos ou cesarianas, consegui ter mais contacto com os RN logo após o nascimento, onde foi possível realizar a avaliação física do RN, colocar as pulseiras de identificação e anti rauto e administrar a vitamina K, havendo sempre a preocupação de evitar perda de calor do RN, colocando de imediato o gorro e deixando-o coberto por panos aquecidos, mesmo em contacto pele e pele. No decurso do meu E, tive oportunidade de prestar todos os cuidados acima referidos, no entanto, nem sempre foi fácil manter o acompanhamento da puérpera e RN nas duas horas após o parto devido às condições de afluência ao serviço.

Durante todas as fases do TP, os cuidados prestados tiveram por base a teoria do cuidar de *Swanson*, onde cada mulher foi cuidada com base no respeito, individualidade e nas suas crenças - Objetivo 5 do PIE (Apêndice I, p. 31).

Neste serviço existe uma equipa, composta por enfermeiros e EEESMO, dedicada à perda fetal, que fica responsável pela primeira interação com a parturiente e por fornecer formação aos outros membros da equipa, despertando-os para o tema da perda fetal e do luto perinatal. Esta equipa desenvolveu um projeto no serviço que é a “Caixa de Memórias”, onde são recolhidos vários objetos do bebé - fotografias, se os pais quisessem; impressão das mãos e pés do bebé, ecografia, a primeira roupa - são colocados na caixa e entregue aos pais ou guardada

para mais tarde os pais a recolherem. Durante o tempo do meu E tive conhecimento de três perdas fetais tardias, sendo duas delas uma interrupção médica da gravidez. Existe um quarto, que está afastado do BP, destinado para situações de perda fetal, no entanto, a própria equipa reconhece que não é o melhor local, pois fica junto à Urgência Obstétrica e é um quarto que não tem casa de banho privada; não obstante, existem também situações em que as grávidas acabam por ficar no corredor da urgência, principalmente em situações de perda precoce. Devido ao elevado número de utentes internadas no serviço BP, não tive possibilidade de interagir com nenhuma das mães/casais que passaram pela perda do filho, mesmo nos casos da interrupção médica da gravidez em que cumpriam o recobro dentro do serviço BP.

Neste serviço existe um plano de formação em serviço que é feito com meses de antecedência, sendo esta a equipa responsável por assegurar formação aos EEESMO e enfermeiros de cuidados gerais sobre a perda fetal. Porém, as formações destinadas à perda fetal já tinham ocorrido, e a temática a ser abordada no momento era o aleitamento materno e os cuidados ao RN de risco. Todavia, ao longo dos turnos tive oportunidade de partilhar o conhecimento que adquiri através dos resultados da ScR e do estudo complementar na área com os EEESMO do serviço, sugerindo ainda que fosse criado um símbolo de identificação para ser colocado na porta do quarto ou na cama que informasse os profissionais que ali tinha existido uma perda fetal. Com os EEESMO com que falei sobre esta temática, todos se demonstraram interessados, reconheceram que é algo muito importante e necessário investir na área da Saúde Materna, todavia enaltecera a carência de formação sobre a morte e o luto que existe no contexto académico, o que leva a uma falta de preparação e conhecimento em lidar com as mulheres/casais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de elaboração deste relatório e realização dos E's em diferentes contextos, permitiram um aumento da capacidade de interpretar, analisar e formular juízos de forma crítica e reflexiva, conseguindo desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados especializados na área de ESMO.

Ao longo deste percurso, ficou evidente que o EEESMO, além de lidar com os aspetos técnicos do cuidado, também enfrenta o desafio de proporcionar suporte à mulher em diversos momentos da sua vida e em diferentes vertentes. As vivências relatadas neste relatório permitiram a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do EEESMO, assim como a consciencialização de que, mesmo com uma grande carga emocional envolvida, os EEESMO possuem um compromisso significativo com o cuidado humanizado, procurando responder às necessidades das gestantes e respetivas famílias.

Perante os resultados da ScR que antecede este relatório, constata-se que aquilo que os profissionais relatam ao redor do mundo também se reflete em Portugal. Após ter tido contacto com EEESMO que prestam apoio à mulher em diferentes momentos do seu ciclo gravídico-puerperal e que, conseqüentemente, podem ter contacto com uma perda fetal nos diferentes estádios, aprendi que todos eles expressam a mesma insegurança e receio em relação a este tema. Reconhecem a sua importância e a necessidade de se falar mais sobre a perda fetal, no entanto também identificam que a carência de formação de acordo com a evidência científica mais recente se traduz nos cuidados realizados. Uma das razões que os EEESMO enumeraram relacionada com a prestação de cuidados aos casais em luto, foi a falta de tempo para estar com estes casais, o que muitas vezes leva a sentimentos de culpa e perceção de que não fizeram o suficiente. Todavia, algo que aprendi ao longo deste percurso foi que, muitas vezes, cinco minutos bastam para fazer a diferença na forma como aquela mulher/casal vai viver o luto. Desde que a intervenção do profissional com a mulher/casal/família seja feita com base na empatia, compreensão e na transmissão de uma sensação de segurança num momento em que se questiona tudo e todos, esses cinco minutos que o EEESMO disponibilizou já é muito importante e faz a diferença (Amorim, 2024). Mas para que o profissional se sinta à vontade e confortável em realizar estas intervenções, este precisa de ter conhecimento e técnicas sobre como abordar o tema, como não deixar que a perda fetal o afete pessoalmente, e, ao mesmo

tempo, acolher aquela mulher/casal reconhecendo a sua dor e a necessidade de apoio. Assim, penso que se deve apelar à formação dos EEESMO na área do luto perinatal, para que possam prestar melhores cuidados às parturiente e famílias, mas também para que saibam cuidar de si mesmos e não encarem a perda fetal, independentemente do estágio, como algo do qual desejam fugir e/ou isolarem-se.

Não obstante, apesar de ser de extrema importância compreender as vivências dos EEESMO numa situação de perda fetal no contexto de BP, visto que são estes quem tem o primeiro contacto com a mulher/casal, considero que seria também de uma grande relevância compreender as vivências dos enfermeiros de cuidados gerais e EEESMOS que se encontram no puerpério, pois são estes que conseguem ter um contacto mais prolongado com a mulher/casal, no que diz respeito ao tempo de internamento, e vão fazer a ponte com os cuidados na comunidade.

Em suma, a atuação do EEESMO perante a perda fetal vai além da assistência clínica; esta envolve um compromisso ético e emocional com a mulher e a sua família. Posto isto, a perda fetal deve ser abordada de maneira regular nos serviços de Saúde Materna e Obstétrica, de modo a serem criados protocolos e normas que procurem dar resposta a todas as dimensões da saúde da mulher. Isso não só melhora a qualidade do atendimento, mas também fortalece a prática da ESMO, com foco no cuidado empático e no respeito pelas necessidades dos clientes e dos próprios profissionais.

Durante este percurso desenvolvi um pensamento crítico e competências acrescidas, garantindo uma prática profissional ética e legal. Embora não exerça funções na área do Mestrado, penso em estratégias de planear e implementar formas de promover a temática do luto, razão pela qual divulguei o resultado da ScR realizada em eventos científicos - 3º Encontro do EEESMO - ULS Almada/Seixal (Anexo II) e Seminário Internacional Educação Sexual: Promover a Saúde Europeia (Anexo III) - e pretendo realizar formação contínua sobre o tema estudado.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, L. M. de. (2019) Luto parental na perda gestacional: a morte de um sonho. In: Pereira, G. O. (org.). *Tanatologia: desmistificando a morte e o morrer. São Paulo: Sarvier, 2020. cap. 43, p. 162-168.* <http://www.repositorio.ufal.br/jspui/handle/123456789/10870>;
- Amendoeira, J., Silva, M. R. da, Ferreira, M. R., & Dias, H. (2022). *Tutorial Revisão Sistemática de Literatura: A Scoping Review*. Instituto Politécnico de Santarém – ESSaúde, maio de 2022.
- Amorim, M. (2024a) *(Des)Construir a Intervenção do Luto*. [Formação] Escola da Academia do Luto. On-line.
- Amorim, M. (2024b) *Intervenção Profissional no Luto com mentoria em grupo*. [Formação] Escola da Academia do Luto. On-line.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (3ª Ed.). São Paulo, Brasil: Edições 70, Lda. ISBN 978-85-62938-04-7
- Berstain-García, I., Álvarez-Aguirre, A., Huerta-Baltazar, M. I., & Casique-Casique, L. (2022). Teoría de los cuidados de Kristen Swanson: revisión de literatura. *SANUS: Revista De Enfermería*, 7 (18), e212. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.212>;
- Borges, B. A. L. (2019). *Vivência psicológica da gravidez e vinculação pré-natal materna numa amostra de utentes dos cuidados de saúde primários* [Tese de Mestrado - Universidade Católica Portuguesa]. Veritari. <http://hdl.handle.net/10400.14/29983>;
- Carlin, L. R. (2022) *A Enfermagem frente à Morte Fetal: uma revisão integrativa da literatura*. [Trabalho de Conclusão de Curso - Escola de Ciências Biológicas e da Saúde] Repositório Universitário da Ânima. <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/31184>;
- Cruz, R. (2024, outubro, 18) A Perda Gestacional e o Luto Perinatal. *Luto Perinatal*. [Webinar] Ordem dos Enfermeiros. On-line
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Estudo comparativo do número de óbitos e causas de morte da mortalidade infantil e suas componentes (2009-2011)*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_Manuais_DGS/Estudo_Comparativo_Mortalidad_e_Infantil_2009_2011.pdf;

Doka, K. J. (1989) *Disenfranchised grief: recognizing hidden sorrow*. Lexington: Lexington. ISBN: 9780669170818;

Doka, K. J. (2002) *Disenfranchised grief: new directions, challenges and strategies for practice*. Illinois: Research Press. ISBN: 9780878224272;

Fernández-Alcántara, M., Schul-Martin, L., García Caro, M. P., Montoya-Juárez, R., Pérez-Marfil, M. N., & Zech, E. (2020). 'In the hospital there are no care guidelines': experiences and practices in perinatal loss in Spain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(4), 1063–1073. <https://doi.org/10.1111/scs.12816>;

Fernández-Basanta, S., Coronado, C., Bondas, T., Llorente-García, H., & Movilla-Fernández, M. J. (2022). Unravelling the grief of involuntary pregnancy loss: A meta-ethnography of midwives' and nurses' emotional experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (Vol. 36, Issue 3, pp. 599–613). <https://doi.org/10.1111/scs.13028>;

Fernández-Basanta, S., Movilla-Fernández, M. J., Coronado, C., Llorente-García, H., & Bondas, T. (2020). Involuntary pregnancy loss and nursing care: A meta-ethnography. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 17, Issue 5). <https://doi.org/10.3390/ijerph17051486>;

Fowler, S. B., Miller, H. D., & Livingston, T. (2023). The Caring Experience of Fetal Loss and Termination of Pregnancy Through the Eyes of Gynecological Medical and Surgical Nurses. *International Journal for Human Caring*, 27(1), 49–56. <https://doi.org/10.20467/IJHC-2021-0002>;

Gama, M. G. M. da (2014) *O Luto Profissional nos Enfermeiros*. [Tese de Doutorado - Universidade Católica Portuguesa]. Veritati. <http://hdl.handle.net/10400.14/13973>;

Gandino, G., Bernaudo, A., Di Fini, G., Vanni, I., & Veglia, F. (2019). Healthcare professionals' experiences of perinatal loss: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 24(1), 65–78. <https://doi.org/10.1177/1359105317705981>;

Garcia-Catena, C., Ruiz-Palomino, P., Saavedra, S., & Gonzalez-Sanz, J. D. (2023). Nurses' and midwives' perceptions and strategies to cope with perinatal death situations: A systematic

literature review. *Journal of Advanced Nursing* (Vol. 79, Issue 3, pp. 910–921). <https://doi.org/10.1111/jan.15572>;

Gazzola, L. P. L., Leite, H. V., & Gonçalves, M. G. (2020). Comunicando más notícias sobre malformações congénitas: reflexões bioéticas e jurídicas. *Revista Bioética*, 28(1), 38-46. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281365>;

George, F. (2023). *Saúde Publica em Portugal. Do Século XIX ao Novo Millennium até ao Futuro*. Edições Almedina. ISBN 978-989-40-1085-2

Jordan, Z. (s. d.). *About JBI – Who Are We?* <https://jbi.global/about-jbi>

Lacerda, I. C. F. B. (2023). *Estratégias do enfermeiro obstetra no cuidar do casal baseado nas forças*. [Tese de Mestrado - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa] Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/45534>;

Lin, C. H., Liu, Y. C., & Chiang, H. H. (2021). From self-compassion to compassionate action: reflecting on ending life of stillbirth care in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(1), 260–267. <https://doi.org/10.1111/scs.12842>;

Marques, T. (2016) Aceitação e vivência da Gravidez no Casal. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista, (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp 70-72). Lidel. ISBN: 978-989-752-146-1.

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

Martins, L., & Fernandes, R. (2022). Perda e Luto. In E. M. Henriques (Ed.), *O Cuidado Centrado no Cliente – Da Apreciação à Intervenção de Enfermagem* (pp 873-886). Sabooks Editora. ISBN 9789895300648

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

Mills, T. A., Ayebare, E., Mweteise, J., Nabisere, A., Mukhwana, R., Nendela, A., Omoni, G., Wakasiaka, S., & Lavender, T. (2023). 'There is trauma all round': A qualitative study of health workers' experiences of caring for parents after stillbirth in Kenya and Uganda. *Women and Birth*, 36(1), 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.02.012>;

Miranda, A. C. (2016). *Quando a morte antecede o nascimento: atuação do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetria na assistência à mulher que vivência uma morte fetal*. [Tese de Mestrado – Universidade de Évora]. Repositório de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/19521>;

Miranda, A. M., & Zangão, M. O. (2020). Vivências maternas em situação de morte fetal. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), e20037. <https://doi.org/10.12707/RV20037>;

Morgado, C. A. (2021). *A assistência do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no trabalho de parto, face à morte perinatal, e a sua influência no processo de luto da mulher*. [Tese de Mestrado - Escola Superior de Enfermagem do Porto] Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/36026>;

Morim, A. M., & Freitas, C. M. (2024). A perda gestacional na perspectiva do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica: protocolo de uma scoping review. *STUDIES IN HEALTH SCIENCES*, 5(3), e5373. <https://doi.org/10.54022/shsv5n3-001>;

National Library of Medicine (2024). *Welcome to Medical Subject Headings*. <https://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>

Nurse-Clarke, N., DiCicco-Bloom, B., & Limbo, R. (2019). Application of Caring Theory to Nursing Care of Women Experiencing Stillbirth. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 44(1), 27–32. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000494>;

Oliveira, T., da Silva, A., Oliveira, J., Pereira, E. & Trezza, M. (2018). A Assistência de Enfermagem Obstétrica à Luz da Teoria dos Cuidados de Kristen Swanson. *Enfermagem em Foco*, 9(2), 3-6. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n2.1138>;

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019-regulamento-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf>;

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República nº 26/2019, série II <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>;

Osterweis, M.; Solomon, F.; Green, M. (1984). *Bereavement: reactions, consequences, and care*. Institute of Medicine - Committee for the Study of Health Consequences of the Stress of Bereavement. National Academy Press. ISBN: 978-0-309-03438-8;

Ota, E.; da Silva Lopes, K.; Middleton, P.; Flenady, V.; Wariki, W. M. V.; Rahman, M. O.; Tobe-Gai, R. & Mori, R. (2020). Antenatal interventions for preventing stillbirth, fetal loss and perinatal death: An overview of Cochrane systematic reviews. *Cochran e Database of Systematic Reviews*, 2020(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009599.pub2>;

Parkes, C. M. (2009) *Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações*. São Paulo: Summus Editora, 1ª Edição, 2009, p. 282. ISBN: 9788532304995;

Pinto, J. M. de M. (2019). Experiência emocional e processo transformacional em psicoterapia analítica. *Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*, 2019 (10): 55-72. ISSN - 1647-7367. https://www.apppp.pt/revista/vol-10-dez-2019/experiencia-emocional-e-processo-transformacional-em-psicoterapia-analitica_80;

PORDATA. (2024). *Taxa de mortalidade perinatal e neonatal*. <https://www.pordata.pt/portugal/taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529>;

Reis, A. K. (2021). *Ser mulher na vivência do abortamento: um olhar da enfermagem à luz da fenomenologia existencial*. [Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoa]. Repositório Institucional da UFAL. <http://www.repositorio.ufal.br/jspui/handle/123456789/10791>

Silva, M. A. P. (2018). *Intervenções de enfermagem em contexto hospitalar facilitadoras do processo de luto após perda gestacional*. [Tese de Mestrado - Escola Superior de Enfermagem do Porto] Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/27967>;

Swanson, K. (1991). *Empirical Development Of a Middle Range Theory of Caring*. Nursing Research. PMID: 2030995;

UNICEF (2023). *Stillbirth*. <https://data.unicef.org/topic/child-survival/stillbirths/>;

Vilelas, J. (2017). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento* (2ªEd.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo, Lda. ISBN 978-972-618-901-5

Willis P. (2019). Nurses' Perspective on Caring for Women Experiencing Perinatal Loss. *The American journal of maternal child nursing*, 44(1), 46–51.
<https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000490>;

World Health Organization. (2016) *Stillbirth*. https://www.who.int/health-topics/stillbirth#tab=tab_1;

World Health Organization. (2016). *Making every baby count: Audit and review of stillbirths and neonatal deaths*. ISBN 978 92 4 151122 3.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241511223>;

Yenal, K., Tektaş, P., Dönmez, A., & Okumuş, H. (2023). Perinatal Loss: Experiences of Midwives and Nurses. *Omega (United States)*, 87(4), 1174–1188.
<https://doi.org/10.1177/00302228211029143>;

ANEXOS

ANEXO I: Parecer da Comissão de Ética da Unidade De Investigação Do IPSantarém e Autorização do Conselho Administrativo do Hospital

PARECER

COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO IPSANTARÉM

EMISSÃO DE PARECER Nº12-2024ESSS

Identificação do Investigador | Cátia Sofia Barradas Miranda (ESSS)

Identificação do Projeto | *PERDA FETAL: AS VIVÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA*

Constata-se que:

- i. É um projeto de I&D;
- ii. Apresenta fundamentação teórica;
- iii. O cronograma é adequado considerando as diferentes etapas do desenvolvimento do projeto.
- iv. É assegurado o anonimato, sendo eliminados todos os elementos, físicos ou em formato digital, de identificação nominal ou contacto dos participantes;
- v. Inclui o consentimento informado, livre e esclarecido;
- i. Esclarece os riscos potenciais.

Recomenda-se:

- Explicitar no consentimento informado quem salvaguarda os dados e por quanto tempo estes serão mantidos, tal como foi feito na caracterização do trabalho de investigação no pedido de parecer.

Face ao exposto a Comissão de Ética emite parecer favorável porquanto são cumpridos os requisitos éticos no projeto em apreciação.

Santarém, 25 de março de 2024

Pedro Oliveira



(Coordenador)

Rafael Oliveira



(Subcoordenador)

Autorização para realização do estudo sob o título "Perda Fetal: as vivências do enfermeiro especialista de saúde materna"

Gabinete de Investigação Desenvolvimento

G

Para: Cátia Sofia Barradas Miranda

qua, 03/04/2024 17:00

Cc:

Exmas. (os) Senhoras (es),

Encarrega-me o Gabinete de Investigação e Desenvolvimento, de informar que o estudo em epígrafe foi autorizado pelo Conselho de Administração em 15/03/2024.

Mais solicita-se que após término/conclusão do estudo, deverá enviar informação de conclusão e encerramento do mesmo para o e-mail: gid@ulsa.min-saude.pt.

Com os melhores cumprimentos,

Secretariado do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento



ANEXO II: Poster Apresentado no 3º Encontro do EESMO - ULS Almada/Seixal



Nova Realidade, AGIR em Equipa

As Vivências do Enfermeiro Obstetra na Perda Fetal: Uma *Scoping Review*

The Experiences of Obstetric Nurses in Fetal Loss: A Scoping Review

Cátia Miranda¹; Sara Palma²

¹Estudante do 9º Curso de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Escola Superior de Saúde de Santarém. 220000118@esssaude.ipsantarém.pt

²Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Santarém. Investigador no Cento de Investigação e Qualidade de Vida (Cieqv), Portugal e no Cento de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem (CIDNUR), Portugal. sara.palma@esssaude.ipsantarém.pt

1 Introdução

A perda fetal pode ser uma experiência traumática e extremamente dolorosa para todos os envolvidos. O impacto da morte fetal vai além dos pais, estendendo-se à família, aos amigos e aos próprios profissionais de saúde. O suporte e os cuidados prestados pelos enfermeiros são uma componente importantíssima em como o casal irá recuperar da sua perda. Mas para o conseguirem fazer os enfermeiros obstetras, tem de saber trabalhar com a sua própria dor ao lidar com a morte antes da vida.

2 Objetivo

Mapear a evidência científica sobre as experiências do enfermeiro obstetra após uma perda fetal.

3 Metodologia

Realizada uma *Scoping Review* de acordo com a metodologia defendida no *Joanna Briggs Institute*, que responda à questão de investigação "Quais as vivências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no cuidado à mulher após uma perda fetal?". A pesquisa foi realizada nas bases de dados *PubMed* e *EBSCOhost*, entre 2019 e 2023, nos idiomas português, inglês e espanhol.



Fonte imagem: <https://femme.net/nerda-gestacional/>

4 Resultados

Analisados 10 artigos, publicados entre 2020 e 2023. Os enfermeiros obstetras referem sentimentos de tristeza, ansiedade e frustração, exacerbados pela falta de normas/*guidelines*/protocolos nos serviços, desencadeando um cuidado baseado na crença e cultura pessoal em detrimento do conhecimento científico. A carência de formação específica sobre o luto gestacional foi mencionada como uma necessidade. A partilha de experiências e sentimentos entre os pares é apontado como uma das principais ferramentas para a redução da ansiedade e a promoção de cuidado empático.

5 Conclusões

O enfermeiro obstetra, ao lidar com a morte fetal, deve prestar apoio à mãe, ao pai e a si próprio. A forma como cada profissional lida com a perda fetal depende de vários fatores, nomeadamente, a sua história com a perda fetal, a experiência profissional nos cuidados durante o processo de luto gestacional, a cultura em que estão inseridos, formação base e a capacitação em serviço. Deve investir-se na formação dos profissionais em estratégias de lidar com o luto fetal, tal como em espaços de partilha de experiências.

Palavras-Chave: Enfermeiro Obstetra (*Nurse Midwives*); Luto (*Bereavement*); Morte Fetal (*Fetal Death*)

Referências

- Homer, C. S. E., Malata, A., & ten Hoop-Bender, P. (2016). Supporting women, families, and care providers after stillbirths. *The Lancet*, 387(10018), 516–517. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01278-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01278-7)
- Martins, M. V., Valente, V. A., Silva, A. D., Ramalho, C., & Costa, M. E. (2023). "Death is a sensitive topic when you are surrounded by life": Nurses experiences with pregnancy loss. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 35. <https://doi.org/10.1016/j.smhc.2023.100817>
- Miranda, A. M., & Zangão, M. O. (2020). Vivências maternas em situação de morte fetal. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), e20037. <https://doi.org/10.12707/RV20037>
- Miranda, A. C. (2016). Quando a morte antecede o nascimento: atuação do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica na assistência à mulher que vivência uma morte fetal. [Tese de Mestrado – Universidade de Évora]. Repositório de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/19521>
- Yenal, K., Tektaş, P., Dönmez, A., & Okumuş, H. (2023). Perinatal Loss: Experiences of Midwives and Nurses. *Omega (United States)*, 87(4), 1174–1188. <https://doi.org/10.1177/00302226211029143>

ANEXO III: Certificado de participação no Seminário Internacional Educação Sexual: Promover a Saúde Europeia e E-Book



INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH

CERTIFICATE

Cátia Sofia Barradas Miranda

Participated in the International Seminar Sexual Education: Promoting European Health, online mode, which took place on the 18th and 19th of June 2024, at the Escola Superior de Saúde Santarém, Portugal, lasting 12h.

EdSex Project Coordinator

María Sagrario Cantarino, PhD



President of the Scientific Committee

Hélia Dias, PhD



APÊNDICES

APÊNDICE I: Projeto Individual de Estágio

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

Mestranda:

Cátia Miranda

Santarém, outubro de 2023

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA
UC: ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA
ANO LETIVO: 2023/2024

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

Mestranda:

Cátia Miranda

Professora Orientadora:

Sara Palma

Santarém, outubro de 2023

ABREVIATURAS E SIGLAS

CTG - Cardiotocografia

E – Estágio

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	Pág. 3
1 - ENQUEDRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	Pág. 5
2 - METODOLOGIA	Pág. 6
3 – PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES AO LONGO DO ESTÁGIO	Pág. 7
3.1- ESTÁGIO EM GINECOLOGIA	Pág. 7
3.1.1 – Contextualização	Pág. 7
3.1.2 – Plano de Atividades	Pág. 7
3.2 – ESTÁGIO NA GRAVIDEZ PATOLÓGICA	Pág. 9
3.2.1 – Contextualização	Pág. 9
3.2.2 – Plano de Atividades	Pág. 10
3.3 - ESTÁGIO NO PUERPÉRIO	Pág. 13
3.3.1 – Contextualização	Pág. 13
3.3.2 – Plano de Atividades	Pág. 14
3.4 - ESTÁGIO NA COMUNIDADE	Pág. 18
3.4.1 – Contextualização	Pág. 18
3.4.2 – Plano de Atividades	Pág. 19
3.5 - ESTÁGIO NA SALA DE PARTOS	Pág. 23
3.5.1 – Contextualização	Pág. 23
3.5.2 – Plano de Atividades	Pág. 23
4 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	Pág. 32
5 – CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES	Pág. 33
5.1 – CRONOGRAMA DO ESTÁGIO EM GINECOLOGIA	Pág. 33
5.2 - CRONOGRAMA DO ESTÁGIO NA GRAVIDEZ PATOLÓGICA	Pág. 33
5.3 - CRONOGRAMA DO ESTÁGIO NO PUEPÉRIO	Pág. 34
5.4 – CRONOGRAMA DO ESTÁGIO NA COMUNIDADE	Pág. 34
5.5 - CRONOGRAMA DO ESTÁGIO NA SALA DE PARTOS	Pág. 35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Pág. 36

INTRODUÇÃO

A realização deste projeto individual de estágio encontra-se inserida na Unidade Curricular Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), que será dividido em cinco partes tendo em conta o contexto. O primeiro (Ginecologia), segundo (Gravidez Patológica) e terceiro (Puerpério) ensino (E) serão realizados no Hospital Doutor XXXXX; o quarto E (Comunidade) será realizado no Centro de Saúde de XXX; e o quinto E (Bloco de Partos) será realizado no XXXX. O primeiro E tem duração de duas semanas; o segundo, terceiro e quarto E tem duração de seis semanas e o último tem duração de vinte semanas.

Os objetivos gerais desta unidade curricular já se encontram previamente definidos, sendo eles:

- A prestação de cuidados especializados de ESMO à grávida/parturiente/puérpera/feto/recém-nascido e mulher durante o climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, inserida na família e comunidade, integrando todas as atividades que se realizam em cada contexto de estágio e que permitam um conjunto de experiências mínimas obrigatórias para o reconhecimento das qualificações profissionais;
- A mobilização de conhecimentos sólidos sustentados na evidência científica, com assertividade, valores éticos e responsabilidades profissionais;
- A capacitação da pessoa, cliente de cuidados, a mulher/casal/grupo/família nas decisões no quotidiano sobre os cuidados de saúde, competências parentais, promoção da saúde e da qualidade de vida, no que se relaciona com a saúde sexual e reprodutiva com ênfase durante o ciclo gravídico puerperal e ao longo do ciclo reprodutivo.

Com este projeto de intervenção pretende-se avaliar as vivências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO) sobre a morte fetal. A escolha deste tema pende sobre o facto de a morte ser algo que os enfermeiros – generalistas ou especialistas – tem de lidar nos diversos campos da enfermagem. Embora em certas áreas a transmissão desta notícia e a vivência da mesma sejam praticamente inevitáveis e/ou diárias, não é o caso da ESMO. Nesta área é espectável e desejável que a morte e o luto sejam algo que poucos tenham de lidar na prestação

dos cuidados, principalmente quando se refere ao feto. No entanto, na minha opinião, a morte fetal é uma das mais difíceis de lidar enquanto enfermeiro e, por isso, considero importante para a minha futura prática profissional perceber como os EEESMO vivenciam esta perda, perante a mulher/família e com eles mesmos.

A elaboração deste projeto surge com o intuito de delinear as atividades a desenvolver durante os ensinamentos clínicos, de forma a responder aos objetivos propostos, bem como as unidades de competência a mobilizar/atingir, tendo por base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (n.º 391/2019), o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (n.º 140/2019) e os descritores de Dublin.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

A morte fetal é um evento devastador que é definido pela Organização Mundial da Saúde (2016), como a morte anterior à completa expulsão ou extração de um produto da concepção do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez. Essa perda pode ter diversas causas, como malformações congênicas, complicações na placenta, problemas genéticos, infecções ou trauma fetal (Ota et al., 2020).

Segundo a PORDATA (2022), no último ano a taxa de morte perinatal em Portugal foi de 3,3%, mantendo relativamente os valores dos últimos três anos. Esta realidade tem um impacto profundo na saúde mental e emocional dos pais, que enfrentam o luto e a dor da perda de um filho desejado (Lowdermilk & Perry, 2006). No entanto, esta realidade também é vivenciada pelos profissionais de saúde, principalmente pelo EEESMO, que acompanha a mulher e família durante todo o processo (Miranda & Zangão, 2020).

A ESMO têm um papel preponderante no acompanhamento da mulher/família no processo de luto, detendo uma grande influência em como estes vão lidar com a perda (Miranda & Zangão, 2020 e Lowdermilk & Perry, 2006). Porém os EEESMO's deparam-se algumas vezes com dificuldades para abordar e até em executar os cuidados necessários à mulher após a morte fetal (Miranda & Zangão, 2020).

Lidar com a morte nunca é fácil, principalmente num ambiente onde todos os dias nascem bebês, maioritariamente, saudáveis e onde o sorriso e as lágrimas de felicidade são constantes (Miranda & Zangão, 2020). É, por isso, compreensível que o contacto com a morte fetal provoque sentimentos de insegurança e ansiedade por parte dos enfermeiros especialistas, bem como outros sentimentos menos agradáveis (Miranda & Zangão, 2020).

Assim, este projeto tem como finalidade estudar/analisar as vivências do EEESMO após uma perda fetal, onde terá como questão de pesquisa “Quais as vivências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no cuidado à mulher após uma perda fetal?”.

Este projeto, norteador dos meus cuidados ao longo de todo estágio, baseia-se no modelo teórico de Kristen Swanson (Teoria do cuidado).

2 - METODOLOGIA

Para a realização deste projeto será desenvolvida uma ScR segundo o protocolo do *Joanna Brigs Institute*, que responde ao tema escolhido.

Pretende-se ainda desenvolver um estudo de metodologia qualitativa, do tipo exploratório descritivo, onde serão entrevistados EEESMO no Bloco de Partos, utilizando como instrumento de colheita de dados uma entrevista semiestruturada.

3 - PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES AO LONGO DO ESTÁGIO

O planeamento das atividades a desenvolver ao longo dos ensinamentos clínicos, bem como, os objetivos específicos para cada um deles, têm por base as competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1 e D2 (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019), as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica: 1, 2, 3, 4 e 5 (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2019); e a ficha da unidade curricular estágio e relatório em enfermagem de saúde materna e obstétrica providenciada pela escola.

3.1- ESTÁGIO EM GINECOLOGIA

3.1.1 – Contextualização

O E de ginecologia será realizado no Hospital Doutor José Maria Grande em Portalegre, no serviço de consultas externas. As consultas ocorrem nas terças, quartas e quintas todas as semanas. Existe uma enfermeira a cumprir horário fixo que dá apoio a todas as consultas. O internamento de ginecologia, devido às obras de remodelação que estão a ocorrer no serviço de obstetrícia, situa-se no piso 3 que corresponde ao serviço de cirurgia.

Este E tem duração de 2 semanas (50 horas) e tem como objetivos específicos:

- Cuidar da mulher/família no domínio da ginecologia em processos de saúde-doença, em contexto hospitalar, em serviços de ambulatório;
- Promover uma vivência positiva dos processos fisiológicos e patológicos relacionados com as dimensões específicas de intervenção do enfermeiro especialista em SMO ao nível da vivência de processos de saúde/doença ginecológica em contexto hospitalar.

3.1.2 – Plano de Atividades

Objetivo específico	Competências a adquirir	Atividades a desenvolver	Intervenientes/Recursos mobilizados	Data de realização
1 - Conhecer os procedimentos diagnósticos e terapêuticos utilizados na ginecologia.	Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, D1 e D2 Específicas do Enfermeiro ESMO: 6 e 5.2	- Acompanhar médicos e enfermeiros durante a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, como colposcopia, inserção de dispositivos intrauterinos (DIU), criocoagulação, introdução de pessários e colheita de amostras para exames laboratoriais; - Observar atentamente as etapas do procedimento, desde a preparação da paciente até a finalização, a fim de compreender a técnica utilizada e os cuidados necessários.	Enf. ^a Cooperante Equipa Multidisciplinar Cátia Miranda Livros, documentos e outros impressos; Bases de dados científicas.	1 ^a e 2 ^a Semana
2 - Participar de consultas ginecológicas, auxiliando na anamnese, coleta de dados e realização de exames físicos.	Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2 e B3 Específicas do Enfermeiro ESMO: 6 e 5.2	- Acolher as mulheres de forma empática e respeitosa, criando um ambiente acolhedor e seguro; - Auxiliar na preparação das mulheres, disponibilizando material adequado e orientando-as; - Orientar a mulher sobre a posição adequada e auxiliar na colocação do resguardo e na manutenção do conforto durante o exame;	Enf. ^a Cooperante Equipa Multidisciplinar Cátia Miranda	1 ^a e 2 ^a Semana

		- Assessorar o médico ginecologista durante o exame, fornecendo os instrumentos necessários e garantindo a privacidade da mulher.		
--	--	---	--	--

3.2 - ESTÁGIO NA GRAVIDEZ PATOLÓGICA

3.2.1 – Contextualização

O E de gravidez patológica será realizado no XXXX, no serviço de obstetrícia. Este serviço, devido às obras de remodelação que estão a ocorrer, apresenta atualmente uma única ala (ala esquerda), que é constituída por dois gabinetes médicos que dão resposta às consultas de gravidez de termo e gravidez de risco, bem como, às urgências obstétricas e/ou ginecológicas. Este serviço é ainda composto por 5 enfermarias, das quais 3 possuem 2 camas e duas são quartos individuais; 2 salas de parto, gabinete de enfermagem, armazém, copa, vestiários para os enfermeiros e sala dos médicos.

A equipa é constituída por 20 enfermeiros, dos quais 18 são especialistas e 2 são generalistas, que dão apoio a todas as valências.

Este E tem duração de 6 semanas (150 horas) e tem como objetivos específicos:

- Cuidar da mulher grávida/feto/família em situação de risco, em contexto de internamento hospitalar;
- Integrar as equipas de saúde prestadoras de cuidados à mulher grávida/feto/família em processos de saúde-doença;
- Capacitar a mulher grávida/família visando o autocuidado e a tomada de decisão no processo de doença conducente à obtenção de um melhor nível de saúde;
- Planear e realizar sessões de educação para a saúde em grupo e/ou ações de formação em serviço;

- Promover uma vivência positiva dos processos fisiológicos e patológicos relacionados com as dimensões específicas de intervenção do enfermeiro especialista em SMO ao nível da gravidez patológica em contexto hospitalar.

3.2.2 – Plano de Atividades

Objetivo específico	Competências a adquirir	Atividades a desenvolver	Intervenientes/Recursos mobilizados	Data de realização
1 - Compreender os conceitos e características das diferentes condições de gravidez patológica.	Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, D1 e D2 Específicas do Enfermeiro ESMO: 2	- Acompanhar os médicos e enfermeiros durante as consultas de medicina materno-fetal; - Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, patologia associada e/ou concomitante.	Enf. Cooperante Equipa multidisciplinar Cátia Miranda Recursos materiais do serviço; Normas e protocolos do serviço; Livros, documentos e outros impressos; Bases de dados científicas.	Ao longo das 6 semanas

Objetivo específico	Competências a adquirir	Atividades a desenvolver	Intervenientes/Recursos mobilizados	Data de realização
<p>2 - Desenvolver habilidades de avaliação e monitorização da gestante com gravidez patológica.</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C2, D1 e D2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 2</p>	<p>- Participar ativamente nas consultas de medicina materno-fetal;</p> <p>- Realizar exame físico completo, incluindo aferição dos sinais vitais, palpação abdominal (manobras de Leopold) e avaliar a altura do fundo do útero;</p> <p>- Incentivar a gestante a comparecer regularmente às consultas e realizar exames conforme recomendado pelo médico.</p>	<p>Enf. Cooperante</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Cátia Miranda</p> <p>Recursos materiais do serviço;</p> <p>Livros, documentos e outros impressos;</p> <p>Bases de dados científicas.</p>	<p>Ao longo das 6 semanas</p>
<p>3 - Identificar sinais de complicações associados à patologia da gestante.</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C2, D1 e D2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 2</p>	<p>- Planear, implementar e avaliar intervenções à gestante com patologia associada;</p> <p>- Monitorar com regularidade a pressão arterial da gestante para detetar possíveis sinais de pré-eclâmpsia ou hipertensão gestacional;</p> <p>- Realizar monitorização da frequência cardíaca fetal via CTG;</p>	<p>Enf. Cooperante</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Cátia Miranda</p> <p>Recursos materiais do serviço;</p> <p>Livros, documentos e outros impressos;</p> <p>Bases de dados científicas.</p>	<p>Ao longo das 6 semanas</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Interpretar o CTG e identificar discrepâncias da normalidade; - Observar qualquer sinal de hemorragia vaginal, dor abdominal intensa, edema excessivo ou alterações repentinas no peso corporal; - Transmitir a informação à equipa multidisciplinar; - Elaborar registos de enfermagem para assegurar a continuidade dos cuidados. 		
<p>4 - Participar de atividades de educação em saúde, promovendo a conscientização sobre a importância do pré-natal adequado, hábitos de vida saudáveis e adesão às recomendações médicas.</p>	<p>Comuns do Enfermeiro</p> <p>Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C2, D1 e D2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer informações sobre a condição específica da gravidez patológica, seus riscos e complicações possíveis. - Orientar a gestante sobre a importância de seguir as recomendações médicas, como repouso, dieta adequada e restrições de atividade. - Promover hábitos de vida saudáveis, como evitar o consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas. 	<p>Enf. Cooperante;</p> <p>Equipa multidisciplinar;</p> <p>Cátia Miranda</p> <p>Recursos materiais do serviço; Normas e protocolos do serviço;</p> <p>Livros, documentos e outros impressos;</p> <p>Bases de dados científicas.</p>	<p>Entre a 2ª e 6ª semana</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar técnicas de monitoramento fetal em casa, como contar os movimentos fetais e registá-los no livro da grávida; - Promover o plano de parto, aconselhando e apoiando a mulher na decisão. 		
5 - Aprimorar as habilidades de comunicação e empatia no cuidado às gestantes com patologia associada.	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C2, D1 e D2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Oferecer suporte emocional à gestante, fornecendo um ambiente acolhedor e encorajando-a a expressar suas preocupações e medos; - Informar sobre os recursos disponíveis para ajudar a lidar com o estresse e a ansiedade durante a gravidez patológica. 	<p>Enf. Cooperante</p> <p>Enf. Gestora</p> <p>Cátia Miranda</p> <p>Recursos materiais do serviço; Normas e protocolos do serviço;</p>	<p>Ao longo das 6 semanas</p>

3.3 - ESTÁGIO NO PUERPÉRIO

3.3.1 – Contextualização

O E de gravidez patológica será realizado no XXXXX, no serviço de obstetrícia. Este serviço, devido às obras de remodelação que estão a ocorrer, apresenta atualmente uma única ala (ala esquerda), que é constituída por dois gabinetes médicos que dão resposta às consultas de gravidez de termo e gravidez de risco, bem como, às urgências obstétricas e/ou ginecológicas. Este serviço é ainda composto por 5 enfermarias, das quais 3 possuem 2 camas e duas são quartos individuais; 2 salas de parto, gabinete de enfermagem, armazém, copa, vestiários para os enfermeiros e sala dos médicos.

A equipa é constituída por 20 enfermeiros, dos quais 18 são especialistas e 2 são generalistas, que dão apoio a todas as valências.

Este E tem duração de 6 semanas (150 horas) e tem como objetivos específicos:

- Cuidar da puérpera/recém-nascido/casal/família em processos de saúde-doença, em contexto de internamento hospitalar;
- Integrar as equipas de saúde prestadoras de cuidados à mulher puérpera/recém-nascido/casal integrados na família em processos

de saúde-doença;

- Capacitar a mulher puérpera/recém-nascido/casal /família visando o autocuidado e a tomada de decisão na transição

desenvolvimental em curso;

- Planear e realizar sessões de educação para a saúde em grupo e/ou ações de formação em serviço;
- Promover uma vivência positiva dos processos fisiológicos e patológicos relacionados com as dimensões específicas de intervenção do enfermeiro especialista em SMO ao nível do puerpério e período neonatal em contexto hospitalar.

3.3.2 – Plano de Atividades

Objetivo específico	Competências a adquirir	Atividades a desenvolver	Intervenientes/Recursos mobilizados	Data de realização
<p>1 - Compreender os conceitos e fases do puerpério, integrando a equipa durante a prestação dos cuidados.</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1 e D2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Obter conhecimento da metodologia de trabalho; - Colaborar com a equipa multidisciplinar para garantir uma abordagem integrada e abrangente; - Fornecer cuidados de enfermagem adequados às necessidades de cada mulher no puerpério. 	<p>Enf. Cooperante;</p> <p>Equipa multidisciplinar;</p> <p>Cátia Miranda;</p> <p>Recursos materiais do serviço; Normas e protocolos do serviço;</p> <p>Livros, documentos e outros impressos;</p> <p>Bases de dados científicas.</p>	<p>Entre a 1ª e 3ª Semana</p>
<p>2 - Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-parto.</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1 e D2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido; - Examinar o períneo; - Se existirem, avaliar as lacerações e/ou episiotomia; - Se existir, avaliar a incisão da cesariana; - Observar de sinais de infeção e/ou hemorragia; - Avaliar a amamentação; - Verificar se o recém-nascido apresenta boa pega; 	<p>Enf. Cooperante;</p> <p>Equipa multidisciplinar;</p> <p>Cátia Miranda;</p> <p>Livros, documentos e outros impressos;</p> <p>Bases de dados científicas.</p>	<p>Ao longo das 6 semanas</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Realizar observação física do recém-nascido; - Identificar complicações que podem ocorrer no pós-parto; - Administrar medicamentos prescritos pelo médico, conforme necessário e de acordo com as orientações; - Transmitir a informação à equipa multidisciplinar. 		
<p>3 – Realizar ensinios à mulher/família, respeitando os valores, crenças e desejos de cada um</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C2, D1 e D2</p> <p>Especificas do Enfermeiro ESMO: 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar a mulher/família na transição para a parentalidade; - Explicar as orientações sobre higiene perineal e cuidados com a sutura; - Realizar o ensino sobre os cuidados de higiene ao recém-nascido; - Incentivo à amamentação; - Oferecer apoio durante a amamentação; - Ajudar a mãe no posicionamento correto do bebé; - Explicar os sinais de uma boa pega, garantindo uma boa adaptação à mama; 	<p>Enf. Cooperante; Equipa multidisciplinar; Cátia Miranda; Livros, documentos e outros impressos; Bases de dados científicas.</p>	<p>Ao longo das 6 semanas</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Informar e explicar sobre os sinais de alerta a estar atenta no recém-nascido; - Explicar o esquema vacinal do recém-nascido; - Informar sobre os recursos disponíveis na comunidade e explicar a importância do acompanhamento no centro de saúde. 		
4 - Desenvolver habilidades de organização e gestão do cuidado, incluindo gestão de tempo, priorização das tarefas e acompanhamento	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, C1, C2, D1</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de enfermagem; - Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de apoio à mulher e família durante o período de luto após morte fetal/neonatal; - Elaborar e atualizar plano de cuidados. 	<p>Enf. Cooperante;</p> <p>Cátia Miranda;</p> <p>Recursos materiais do serviço; Normas e protocolos do serviço;</p>	Entre a 2ª e 5ª semana
5 - Aprimorar as habilidades de comunicação e empatia no cuidado às puérperas e recém-nascido.	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C2, D1 e D2</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre as orientações para as visitas e acompanhantes do serviço, através da elaboração de um folheto informativo tendo por bases o documento redigido pelo serviço; 	<p>Enf. Cooperante;</p> <p>Enf. Gestora;</p> <p>Cátia Miranda;</p> <p>Recursos materiais do serviço; Normas e protocolos do serviço;</p>	Ao longo das 6 semanas

	<p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 4</p>	<p>- Informar, orientar e apoiar a puérpera nos autocuidados e nos cuidados ao recém-nascido;</p> <p>- Oferecer suporte emocional à puérpera, promovendo um ambiente acolhedor e encorajando-a a expressar suas preocupações e medos;</p> <p>- Disponibilidade para apoiar na amamentação.</p>		
--	--	--	--	--

3.4 - ESTÁGIO NA COMUNIDADE

3.4.1 – Contextualização

O E na comunidade será realizado no Centro de Saúde XXX, concretamente na Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidade de Saúde Familiar do XXX.

Este E tem duração de 6 semanas (150 horas) e tem como objetivos específicos:

- Cuidar da mulher/mãe/casal/filho/família e grupos-alvo em processos de saúde-doença, em diferentes contextos da comunidade e nas diferentes dimensões da SMO;
- Integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à mulher/mãe/casal/filho/família, grupos e comunidade em processos de saúde e doença;
- Capacitar a mulher/mãe/casal/filho/família e grupos de recursos visando o autocuidado e a autovigilância;
- Planear e realizar sessões de educação para a saúde em grupo e/ou ações de formação em serviço;

- Promover uma vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com as dimensões específicas de intervenção do enfermeiro especialista em SMO ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

3.4.2 – Plano de Atividades

Objetivo específico	Competências a adquirir	Atividades a desenvolver	Intervenientes/Recursos mobilizados	Data de realização
1 - Familiarizar com as políticas e protocolos de atendimento na saúde materna e obstétrica à comunidade, compreendendo o papel do EEESMO nesse contexto.	Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, B3, D1 e D2 Específicas do Enfermeiro ESMO: 1, 5.1, 5.3 e 7	- Identificar as principais diretrizes relacionadas ao papel do EEESMO na comunidade; - Leitura dos protocolos existentes no serviço; - Colaborar com a equipa multidisciplinar, para garantir uma assistência integrada e de qualidade; - Compartilhar casos clínicos com a equipa de enfermagem e discutir o plano de cuidados, tendo em conta o papel do EEESMO na comunidade.	Enf. Cooperante; Equipa multidisciplinar; Cátia Miranda; Recursos materiais do serviço; Normas e protocolos do serviço; Livros, documentos e outros impressos; Bases de dados científicas.	Entre a 1ª e 3ª semana

<p>2- Promover a saúde da mulher na área da saúde sexual e reprodutora, planeamento familiar e período preconcepcional</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, D1 e D2 Específicas do Enfermeiro ESMO: 1 e 7</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informar e orientar a mulher sobre os diferentes tipos de métodos contraceptivos; - Prevenir doenças sexualmente transmissíveis, através da partilha de informação e avaliação de comportamentos de risco; - Participar nos rastreios e exames relacionados à saúde da mulher; - Promover uma decisão informada no âmbito do planeamento familiar e preconcepcional 	<p>Enf. Cooperante; Equipa multidisciplinar; Cátia Miranda; Recursos materiais do serviço; Livros, documentos e outros impressos; Bases de dados científicas.</p>	<p>Ao longo das 6 semanas</p>
<p>3 - Cuidar da mulher/casal no período pré-natal</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, D1 e D2 Específicas do Enfermeiro ESMO: 1 e 7</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participar em consultas pré-natais; - Fornecer informações e orientações sobre a importância dos cuidados pré-natais, incluindo as consultas pré-natais, exames de rotina, suplementação vitamínica e hábitos de vida saudáveis; - Realizar exames físicos e de rotina, como monitorização de pressão arterial, avaliação do peso, auscultação dos batimentos cardíacos fetais e avaliação do crescimento uterino; - Monitorizar o desenvolvimento fetal; 	<p>Enf. Cooperante; Equipa multidisciplinar; Cátia Miranda; Recursos materiais do serviço; Livros, documentos e outros impressos; Bases de dados científicas</p>	<p>Ao longo das 6 semanas</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Promover uma escolha informada, esclarecendo dúvidas e facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade; - Interpretar e esclarecer exames e análises realizados; - Apoiar a mulher/casal neste período de transição, ajudando-os a lidar com as mudanças físicas e emocionais da gestação, bem como na preparação para a parentalidade; - Registrar adequadamente todas as informações relevantes e intervenções realizadas, garantindo a continuidade e a qualidade dos cuidados ao longo da gestação. 		
4 – Prestar cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e menopausa	Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, D1 e D2	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer informações e orientações sobre as mudanças hormonais e físicas que podem ocorrer; - Ensinar estratégias para atenuar os sintomas associados a este período, como técnicas de relaxamento, exercício físico e alterações na dieta; 	<p>Enf. Cooperante; Equipa multidisciplinar; Cátia Miranda; Recursos materiais do serviço; Livros, documentos e outros impressos;</p>	Ao longo das 6 semanas

	Específicas do Enfermeiro ESMO: 1, 5.1, 5.3 e 7	<ul style="list-style-type: none"> - Abordar questões relacionadas à saúde sexual e intimidade; - Acompanhar regularmente a mulher no climatério, fornecendo suporte contínuo, avaliando a eficácia das intervenções realizadas e ajustando o plano de cuidados conforme necessário; - Oferecer apoio emocional durante este período e encorajar a procura de suporte social, terapia e outras formas de cuidado psicossocial, se necessário. 	Bases de dados científicas	
5 - Participar ativamente do planeamento e implementação de programas de educação em saúde materna e obstétrica na comunidade.	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B3, C2, D1 e D2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 1, 5.1, 5.3 e 7</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as necessidades individuais, familiares e da comunidade; - Participar de visitas domiciliárias para fornecer informações e orientações personalizadas para as mulheres e famílias da comunidade; - Partilhar informação sobre os benefícios do aleitamento materno, incluindo informações sobre as técnicas de amamentação, os cuidados com a mama e a importância do vínculo mãe-bebé; 	<p>Enf. Cooperante;</p> <p>Equipa multidisciplinar;</p> <p>Cátia Miranda;</p> <p>Normas e protocolos do serviço;</p> <p>Livros, documentos e outros impressos;</p> <p>Bases de dados científicas</p>	Entre a 4ª e 6ª semana

		- Colaborar na criação de materiais educativos, como folhetos, <i>posters</i> e/ou sessões de educação para a saúde, que sejam apropriados para a população-alvo.		
--	--	---	--	--

3.5 - ESTÁGIO NA SALA DE PARTOS

3.5.1 – Contextualização

O E no bloco de partos será realizado XXXXXXXX, no serviço de obstetria.

Este E tem duração de 20 semanas (500 horas) e tem como objetivos específicos:

- Cuidar da parturiente e recém-nascido em processos de saúde-doença;
- Integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e recém-nascido em processos de saúde e doença;
- Capacitar a parturiente/casal visando o autocuidado e a tomada de decisão na vivência do processo de parto;
- Promover a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com trabalho de parto e parto ao nível dos cuidados

hospitalares.

3.5.2 – Plano de Atividades

Objetivo específico	Competências a adquirir	Atividades a desenvolver	Intervenientes/Recursos mobilizados	Data de realização
1 - Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do bloco de partos	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Visitar o bloco de partos, para obter conhecimento do espaço físico e recursos existentes; - Identificar o circuito da mulher e acompanhante/família; - Leitura dos protocolos existentes para o bloco de partos; - Conhecer e participar nos processos de segurança existentes para proteção de profissionais/utentes e para os recém-nascidos; - Conhecer e aprender a utilizar corretamente os equipamentos e materiais utilizados no Bloco de Partos; - Observação das atividades de coordenação da equipa multidisciplinar; - Conhecer a metodologia de trabalho. 	<p>Enf. Cooperante;</p> <p>Equipa multidisciplinar;</p> <p>Cátia Miranda;</p> <p>Recursos materiais do serviço; Normas e protocolos do serviço.</p>	<p>Entre a 1ª a 2ª semana</p>
2 - Desenvolver competências na prestação de cuidados de	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acolher a grávida/família num ambiente calmo, diminuindo a ansiedade e promovendo a confiança; 	<p>Enf. Cooperante;</p> <p>Equipa multidisciplinar;</p> <p>Cátia Miranda;</p>	<p>Ao longo das 20 semanas</p>

<p>enfermagem especializados à mulher/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto;</p>	<p>B1, B2, B3, C2, D1 e D2 Especificas do Enfermeiro ESMO: 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Transmitir disponibilidade para a grávida/família expor receios/dúvidas/necessidades; - Transmitir informação sobre os procedimentos que serão efetuados, com linguagem clara e perceptível; - Identificar os sinais de trabalho de parto; - Promover o plano de parto, aconselhar e apoiar a mulher na decisão; - Avaliar o bem-estar materno-fetal (exame físico, exame obstétrico, manobras de Leopold, auscultação dos batimentos cardíacos fetais, monitorização externa fetal (cardiotocografia), preenchimento do Boletim de Saúde da Grávida); - Avaliar a progressão do trabalho de parto, através da cervicometria, de modo a identificar: as características do colo, posição, grau de apagamento, dilatação, integridade das membranas amnióticas, grau de descida do feto, tipo de apresentação, posição e variedade da apresentação; 	<p>Recursos materiais do serviço; Normas e protocolos do serviço; Livros, documentos e outros impressos; Bases de dados científicas.</p>	
---	---	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre os movimentos respiratórios e as técnicas de relaxamento, como massagem, duche, bola de pilates, deambulação, que devem adotar entre as contrações; - Incentivar a parturiente a adotar a posição que se sente mais confortável; - Vigiar da eliminação vesical e em caso de retenção urinária proceder ao esvaziamento; - Administrar terapêutica prescrita, conforme necessário e de acordo com as orientações; - Preparar a sala de partos e o material necessário para o parto; - Fornecer suporte emocional, encorajamento e conforto à mulher durante o trabalho de parto; - Sugerir técnicas não farmacológicas para o controlo da dor; - Guiar a parturiente durante os esforços expulsivos; - Executar episiotomia/episiiorrafia, quando necessário; 		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Cortar o cordão umbilical, perguntando antes ao acompanhante/parturiente se querem ser os próprios a fazê-lo; - Avaliar o índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto de vida; - Avaliar os sinais de descolamento da placenta; - Auxiliar na expulsão da placenta através de tração controlada do cordão e ligeira pressão suprapúbica, observando a sua integridade e características; - Verificar a formação do globo de segurança de <i>Pinard</i>; - Observar o canal vaginal para despiste de possíveis lacerações; - Monitorar a mãe para possíveis complicações pós-parto; - Promover o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem; - Realizar registos de enfermagem decorrentes da prestação de cuidados. 		
--	--	--	--	--

<p>3 - Participar ativamente nos cuidados de enfermagem no puerpério imediato.</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C2, D1 e D2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a recuperação da mãe; - Promover o vínculo mãe-bebê/pai-bebê/pai-mãe-bebê; - Observar o recém-nascido, despistando possíveis malformações; - Vigiar a involução uterina; - Avaliação das perdas hemáticas, quanto à quantidade e características; - Vigiar a eliminação vesical e em caso de retenção urinária proceder ao esvaziamento; - Incentivar a amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido; - Aliviar o desconforto do períneo, aplicando gelo, se necessário; - Vigiar a glicemia capilar há 2ª hora de vida, nos casos de recém-nascidos de baixo peso; recém-nascidos filhos de mães com Diabetes Gestacional ou Diabetes prévia à gravidez; e recém-nascidos com dificuldade em adaptar-se à mama quando detetados sinais de hipoglicémia; 	<p>Enf. Cooperante;</p> <p>Equipa multidisciplinar;</p> <p>Cátia Miranda;</p> <p>Recursos materiais do serviço; Normas e protocolos do serviço;</p> <p>Livros, documentos e outros impressos;</p> <p>Bases de dados científicas.</p>	<p>Ao longo das 20 semanas</p>
--	--	---	--	--------------------------------

		<ul style="list-style-type: none"> - Promover o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem; - Realizar ensinamentos de acordo com a situação, que promovam o empoderamento da mulher/família; 		
4- Aprender e atuar perante complicações e emergências obstétricas	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C2, D1 e D2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar a admissão da mulher/grávida no serviço de urgência obstétrica; - Realizar a avaliação inicial: identificar o motivo de ida à urgência e elaboração do processo clínico e obstétrico; - Estabelecer uma comunicação clara e empática com a mulher/família, demonstrando empatia e respeito pela situação; - Identificar sinais e sintomas de alerta para situações de urgência ou emergência; - Aprender a atuar de modo a reduzir as situações de risco; - Oferecer um ambiente seguro e acolhedor para que possam expressar suas emoções e 	<p>Enf. Cooperante;</p> <p>Equipa multidisciplinar;</p> <p>Cátia Miranda;</p> <p>Recursos materiais do serviço; Normas e protocolos do serviço;</p> <p>Livros, documentos e outros impressos;</p> <p>Bases de dados científicas.</p>	Entre a 5ª e a 20ª semana

		<p>fazer perguntas, respondendo de forma honesta e precisa;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar a saúde materna e fetal para facilmente ser detetadas complicações adicionais; - Integrar a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados durante um parto distócico (ventosa, fórceps e cesariana); - Administrar medicação necessária, segundo prescrição médica e protocolos do serviço; - Acompanhar e apoiar a mulher durante todo o procedimento; - Explicar e tranquilizar a mulher/família sobre os procedimentos a serem realizados; - Apoiar a mulher e família no processo de luto, se necessário; - Realizar registos completos e precisos de todas as intervenções realizadas, incluindo informações sobre o parto, cuidados pós-parto e orientações fornecidas à mulher/família. 		
--	--	---	--	--

<p>5 - Aprimorar as habilidades de comunicação e empatia no cuidado à mulher em trabalho de parto.</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C2, D1 e D2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 3</p>	<p>- Explicar de forma simples e clara os procedimentos que serão realizados, os possíveis resultados e as opções disponíveis;</p> <p>- Fornecer informações de forma clara e honesta, garantindo o consentimento informado;</p> <p>- Validar as emoções da mulher e oferecer suporte adequado.</p>	<p>Enf. Cooperante;</p> <p>Cátia Miranda;</p> <p>Recursos materiais do serviço; Normas e protocolos do serviço;</p>	<p>Entre a 2ª e 20ª semana</p>
--	--	---	---	--------------------------------

4 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No contexto dos cuidados de ESMO, como na investigação ou ensinamentos clínicos que visam a aquisição de competências, os fenómenos estudados emergem das relações humanas, sendo imperativo uma atitude baseada nos princípios e direitos fundamentais de todos os participantes.

Durante este projeto de estágio a ética estará sempre presente no compromisso em agir de acordo com os princípios morais e valores éticos, garantindo a integridade, a transparência e o respeito nas atividades realizadas. Todas as intervenções serão norteadas pela responsabilidade, respeito pelos direitos humanos e excelência do exercício profissional.

É imprescindível respeitar a privacidade e a confidencialidade das informações obtidas durante o estágio, sendo necessário obter consentimento adequado antes de coletar dados pessoais ou sensíveis, além de garantir a segurança e o sigilo dessas informações durante todo o processo.

Ao me pautar por estas considerações éticas, pretendo contribuir para a construção de um ambiente de trabalho saudável, ético e profissional.

5 - CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

5.1 – CRONOGRAMA DO ESTÁGIO EM GINECOLOGIA

Semanas Objetivos	1ª Semana	2ª Semana
Objetivo 1		
Objetivo 2		

5.2 - CRONOGRAMA DO ESTÁGIO NA GRAVIDEZ PATOLÓGICA

Semanas Objetivos	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	5ª Semana	6ª Semana
Objetivo 1						
Objetivo 2						
Objetivo 3						
Objetivo 4						
Objetivo 5						

5.3 - CRONOGRAMA DO ESTÁGIO NO PUERPÉRIO

Semanas Objetivos	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	5ª Semana	6ª Semana
Objetivo 1						
Objetivo 2						
Objetivo 3						
Objetivo 4						
Objetivo 5						

5.4 – CRONOGRAMA DO ESTÁGIO NA COMUNIDADE

Semanas Objetivos	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	5ª Semana	6ª Semana
Objetivo 1						
Objetivo 2						
Objetivo 3						
Objetivo 4						
Objetivo 5						

5.5 - CRONOGRAMA DO ESTÁGIO NA SALA DE PARTOS

Semanas Objetivos	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	5ª Semana	6ª Semana	7ª Semana	8ª Semana	9ª Semana	10ª Semana	11ª Semana	12ª Semana	13ª Semana	14ª Semana	15ª Semana	16ª Semana	17ª Semana	18ª Semana	19ª Semana	20ª Semana
Objetivo 1																				
Objetivo 2																				
Objetivo 3																				
Objetivo 4																				
Objetivo 5																				

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Miranda, A. M., & Zangão, M. O. (2020). Vivências maternas em situação de morte fetal. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), e20037. <https://doi.org/10.12707/RV20037>

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391>

Ota, E.; da Silva Lopes, K.; Middleton, P.; Flenady, V.; Wariki, W. M. V.; Rahman, M. O.; Tobe-Gai, R. & Mori, R. (2020). Antenatal interventions for preventing stillbirth, fetal loss and perinatal death: An overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(12), CD009599. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009599.pub2>

Perry, S. E. (2006). *Perda e Luto Perinatal*. In Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (2006) *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed., pp. 981-1005). Loures: Lusodidata. ISBN 978-9898075-16-1.

PORDATA. (2022). *Taxa de mortalidade perinatal e neonatal*. <https://www.pordata.pt/portugal/taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529>

World Health Organization. (2016). *The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM*. Recuperado de: <https://reliefweb.int/report/world/who>

Apêndice II: *Scoping Review*

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

**AS VIVÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA NA PERDA FETAL: UMA SCOPING REVIEW**

Mestranda:
Cátia Miranda

Santarém, 2024

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

AS VIVÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA NA PERDA FETAL: UMA *SCOPING REVIEW*

Mestranda:

Cátia Sofia Barradas Miranda, 220000118

Professor(a) Orientador(a):

Sara Elisabete Cavaco Palma

Santarém, 2024

Título de Revisão

As Vivências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Perda fetal:
Uma *Scoping Review*

Autores

Cátia Miranda¹

Sara Palma²

Resumo

A perda fetal é uma experiência traumática e extremamente dolorosa para todos os envolvidos. O impacto da morte fetal vai além dos pais, estendendo-se à família, aos amigos e aos próprios profissionais de saúde. O suporte e os cuidados prestados pelos enfermeiros são uma componente importantíssima em como o casal irá recuperar da sua perda. Mas para o conseguirem fazer os EEESMO, tem de saber trabalhar com a sua própria dor ao lidar com a morte antes da vida

Objetivo: Mapear as vivências científicas sobre as experiências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica após uma perda fetal.

Método: Realizada uma *Scoping review* de acordo com a metodologia do *Joanna Briggs Institute*.

Resultados: Analisados 10 artigos, publicados entre 2020 e 2023. Os Enfermeiros Obstetras referem sentimentos de tristeza, ansiedade e frustração, exacerbados pela falta de normas/*guidelines*/protocolos nos serviços, desencadeando um cuidado baseado na crença e cultura pessoal em detrimento do conhecimento científico. Existe uma carência de formação específica sobre o luto gestacional. A partilha de experiências e sentimentos entre os pares é apontado como uma das principais ferramentas para a redução da ansiedade e a promoção de cuidado informado e empático. Os enfermeiros reconhecem a necessidade de dizer adeus ao bebé e pedir desculpa, o que realça o luto desautorizado dos profissionais.

Conclusão: O EEESMO, ao lidar com a morte fetal, deve prestar apoio à mãe, ao pai e a ela própria. A forma como cada profissional lida com a perda fetal depende de vários fatores, nomeadamente, a sua história com a perda fetal, a experiência profissional nos cuidados durante o processo de luto gestacional, a cultura em que estão inseridos, formação base e a capacitação em serviço.

Palavras-chave: Enfermeiro Obstetra; Luto; Morte Fetal

¹ Estudante do 9º Curso de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Escola Superior de Saúde de Santarém.

² Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Santarém. Santarém. Portugal. Membro integrado no Cento de Investigação e Qualidade de Vida (Cieqv), Portugal. Investigador convidado no Cento de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem (CIDNUR), Portugal

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
METODOLOGIA.....	5
ESTRATÉGIA DE PESQUISA	6
SELEÇÃO DE ESTUDOS	7
RESULTADOS	9
DISCUSSÃO DE RESULTADOS	9
CONCLUSÃO	16
FINANCIAMENTO	17
CONFLITO DE INTERESSES	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
APÊNDICES	23
APÊNDICE I: ESTRATÉGIA DE PESQUISA	24
APÊNDICE II: ARTIGOS ELEGÍVEIS	26
APÊNDICE III: ESTUDOS EXCLUIDOS E RAZÃO	29
APÊNDICE IV: CARACTERISTICAS DOS ESTUDOS INCLUIDOS	31

INTRODUÇÃO

A gravidez é um processo fisiológico, que acarreta uma série de mudanças físicas e psicológicas com o intuito de preparar a mulher para a chegada do novo ser (Franco, 2016). A maternidade e paternidade são etapas da vida muitas vezes associadas com sucesso, vida e felicidade, onde o “bebê sonhado” passa para um “bebê real”, o que por si é motivo de grande celebração (Mézerac, 2006; Marques, 2016). No entanto, no mesmo sítio onde se felicitam os pais pelo nascimento do seu bebê, podem acontecer partos com um desfecho negativo, como uma situação de perda/morte fetal (Morgado, 2021).

A morte fetal, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2016), é a morte anterior à completa expulsão ou extração de um produto da concepção do corpo da mãe, independentemente da idade gestacional. Essa perda pode ter diversas causas, como malformações congênitas, complicações na placenta, problemas genéticos, infeções ou trauma fetal (Ota et al., 2020). Embora os valores tenham vindo a diminuir ao longo dos anos devido aos avanços tecnológicos, 1 em cada 72 nascimentos resulta num bebê sem vida no momento do parto (nado-morto), estimando-se que exista uma morte fetal a cada 17 segundos em todo o mundo (UNICEF, 2023). Em Portugal, os valores têm-se mantido relativamente estáveis nos últimos 3 anos, com uma taxa de morte perinatal de 3,3% (PORDATA, 2022).

Para MacDonald et al. (2005), a perda de um filho pode ser uma experiência traumática e extremamente dolorosa. Quando confrontado com a morte do feto, os pais sentem-se traídos, enganados e fracassados, sendo impedidos de viver os sonhos, fantasias e planos que criaram ao longo da gravidez (Miranda & Zangão, 2020). Na presente *Scoping Review*, será utilizado o conceito de morte fetal e perda fetal como sinónimos.

O processo de luto após uma perda é algo complexo e dinâmico, que engloba a personalidade da pessoa, com todas as suas características e cultura, tornando-o único para cada pessoa (Montero, 2011). O luto é a resposta normal e saudável a uma perda, onde não existem momentos certos ou errados, atitudes adequadas ou desadequadas ou até mesmo um prazo de validade (Almeida, 2019). Quando a morte visita a maternidade há uma quebra da ordem natural da vida, por esse motivo o luto gestacional é percecionado por alguns como algo incompreensível e, certamente, algo difícil de lidar

para muitos (Almeida, 2019). Esta reação emocional à perda fetal pode ser vivida de várias maneiras, mas cabe ao profissional que presta apoio neste momento olhar para as emoções e sentimentos da pessoa em luto e questionar-se a si próprio como pode ajudá-la a gerir a sua dor (Montero, 2011).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) desenvolve intervenções de destaque numa situação de perda fetal, pois é este que acompanha a mulher/casal durante todo o seu ciclo gravídico-puerperal, mesmo que o desfecho não seja o desejado (Miranda, 2016). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019) faz parte das competências específicas do EEESMO prestar cuidados à mulher/casal em situações que possam afetar negativamente a sua saúde no período pós-natal, nomeadamente intervir junto a estes, durante o período de luto em caso de morte fetal/neonatal, prestando apoio de forma digna, respeitosa e tolerante.

No entanto, o impacto da morte fetal vai muito além dos pais, estendendo-se à família, aos amigos e aos próprios profissionais de saúde (Miranda & Zangão, 2020). É muito difícil para qualquer profissional lidar com a morte, principalmente quando esta atinge o começo da vida (Martins et al., 2023), uma vez que estas situações são impactantes, traumáticas e mexem com as emoções e sentimentos de todos os envolvidos (Miranda, 2016). No caso de uma perda fetal o EEESMO é visto como uma parte chave dos cuidados prestados aos pais, onde além de lidar com os aspetos clínicos, o EEESMO também é responsável por acolher, apoiar e auxiliar os pais, proporcionando suporte e orientação durante esse momento tão delicado (Yenal et al., 2023).

Assim, pode-se afirmar que a perda fetal é um processo onde os profissionais também têm de lidar com as próprias emoções, mesmo sendo especializados na área (Gandino et al., 2019). A experiência emocional por si só é um elemento importante no desenvolvimento humano, que leva ao desenvolvimento da personalidade de cada um (Pinto, 2019), mas quando associada com algo negativo, como a perda fetal, pode causar desconforto, *stress*, insegurança e ter um impacto profissional e pessoal (Garcia-Catena et al., 2023). É também frequente que os próprios profissionais se questionem sobre as suas capacidades/competências em lidar com o trauma de perder um filho e todas as emoções envolvidas nesse processo (Yenal et al., 2023).

O suporte e os cuidados prestados pelos profissionais de saúde são uma componente importantíssima em como o casal irá recuperar da sua perda (Homer et al., 2015). Mas para o conseguirem fazer os EEESMO, tem de saber trabalhar com a sua própria dor ao lidar com a morte antes da vida (Homer et al., 2016). Embora nos últimos anos tenha existido um aumento de

informação referente à morte fetal, esta é abordada, maioritariamente, com o foco nas necessidades e experiências dos pais/famílias após a morte (Brigagão et al., 2021). Relativamente às experiências dos profissionais de saúde que prestam cuidados aos pais, a evidência científica ainda é escassa (Fernández-Basanta et al., 2022), principalmente em Portugal. Contudo, acredita-se que explorar as vivências destes profissionais, compreender como lidam com estas situações e identificar quais as necessidades e dificuldades dos mesmos durante e após a prestação de cuidados, pode levar a um aperfeiçoamento dos cuidados (Homer et al., 2016; Fernández-Basanta et al., 2022).

Lidar com a morte não é fácil, pois tal como Parkes (2009) afirma o luto é o preço que pagamos pelo amor, logo ao lidar com o luto estamos também a lidar com o amor. Amor por um ser que foi criado a partir e com amor, amor por um futuro que não foi vivido, amor por poder ajudar pessoas em todas as situações da sua vida e quando elas mais precisam. Assim, o EEESMO, ao lidar com a morte fetal, deve prestar apoio à mãe, ao pai e a ele próprio (Lin et al., 2021). Ou seja, prestação de cuidados a estes pais por parte dos EEESMO, deve ir para além da componente técnica; deve ser estabelecida uma relação terapêutica que olhe para o casal de forma individual, e tendo em conta todas as suas dimensões (Fernández-Basanta et al., 2020).

Com base no exposto, pretende-se mapear a evidência científica existente sobre as vivências do EEESMO na prestação de cuidados à mulher após a morte fetal.

METODOLOGIA

A presente revisão da literatura foi desenvolvida de acordo com a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* para uma *scoping review*.

Numa primeira fase, norteadas pela mnemónica P-C-C³, foi definida a questão “Quais as vivências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no cuidado à mulher após uma perda fetal?”. Este estudo terá como participantes os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no contexto hospitalar e a Perda Fetal, Vivências do EEESMO, Cuidados de Enfermagem e Experiências Emocionais como conceitos.

Desta questão de revisão, emergiram termos, validados como descritores de pesquisa e respetiva *SCOPE NOTE* na plataforma *MeSH⁴ Browser*. Assim, foram obtidos os seguintes descritores *MeSH: Fetal Death⁵; Stillbirth⁶; Nurse Midwife⁷*. Também foi utilizado termos naturais como *Midwife* e *Emotinal Experience*. Foram definidas as bases de dados e plataformas para a identificação de artigos: *PubMed* e *EBSCOhost*. Na plataforma *EBSCOhost* foram selecionadas quatro bases de dados: *CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Plus Collection* e *Mediclatina*.

Serão incluídos na pesquisa todos os tipos de estudos, em português, inglês e espanhol e texto completo. Inicialmente não foi definido friso temporal, mas pelo elevado número de artigos encontrados, optou-se por realizar a pesquisa entre 2019 e 2023 para aceder à evidência mais recente sobre a temática.

³ P-C-C: População de interesse – Conceito da área de interesse – Contexto de cuidados

⁴ *MeSH: Medical Subject Headings*

⁵ *Fetal Death*: Morte da criança em desenvolvimento no útero. O nascimento de um feto morto é um nado-morto.

⁶ *Stillbirth*: O evento em que um feto nasce morto ou nado-morto.

⁷ *Nurse Midwife*: Enfermeiros profissionais com formação pós-graduada em obstetria.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A estratégia de pesquisa tem como objetivo a identificação de artigos científicos que contribuam para dar resposta à questão de investigação.

Foram realizadas várias tentativas de pesquisa com os diversos descritores e combinações entre eles, mas que não trouxeram contributo para a investigação. Desta forma, optou-se por adicionar à pesquisa termos naturais, resultando na expressão de pesquisa: "(Fetal Death OR Stillbirth) AND (Midwives OR Nurse Midwives) AND Emotional Experiences".

Com vista à uniformização da linguagem, foi assumido, para a seleção dos descritores *MeSH*, que o termo de *midwife* corresponde ao estatuto de EEESMO, com base na *International Confederation of Midwives* (2019) e no parecer Nº 03/2010 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

A pesquisa foi efetuada no dia 18 de outubro de 2023 entre as 10h e 18h nas bases de dados PubMed e EBSCOhost. Na plataforma online EBSCOhost foram utilizadas quatro bases de dados: CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Plus Collection e Medclatina. De seguida, foram introduzidos limitadores universais e realizada a Estratégia de Pesquisa em cada plataforma, com cada descritor de forma isolada, e seguida da conjugação com os descritores booleanos AND e OR (Apêndice II, pág. 24).

SELEÇÃO DOS ESTUDOS

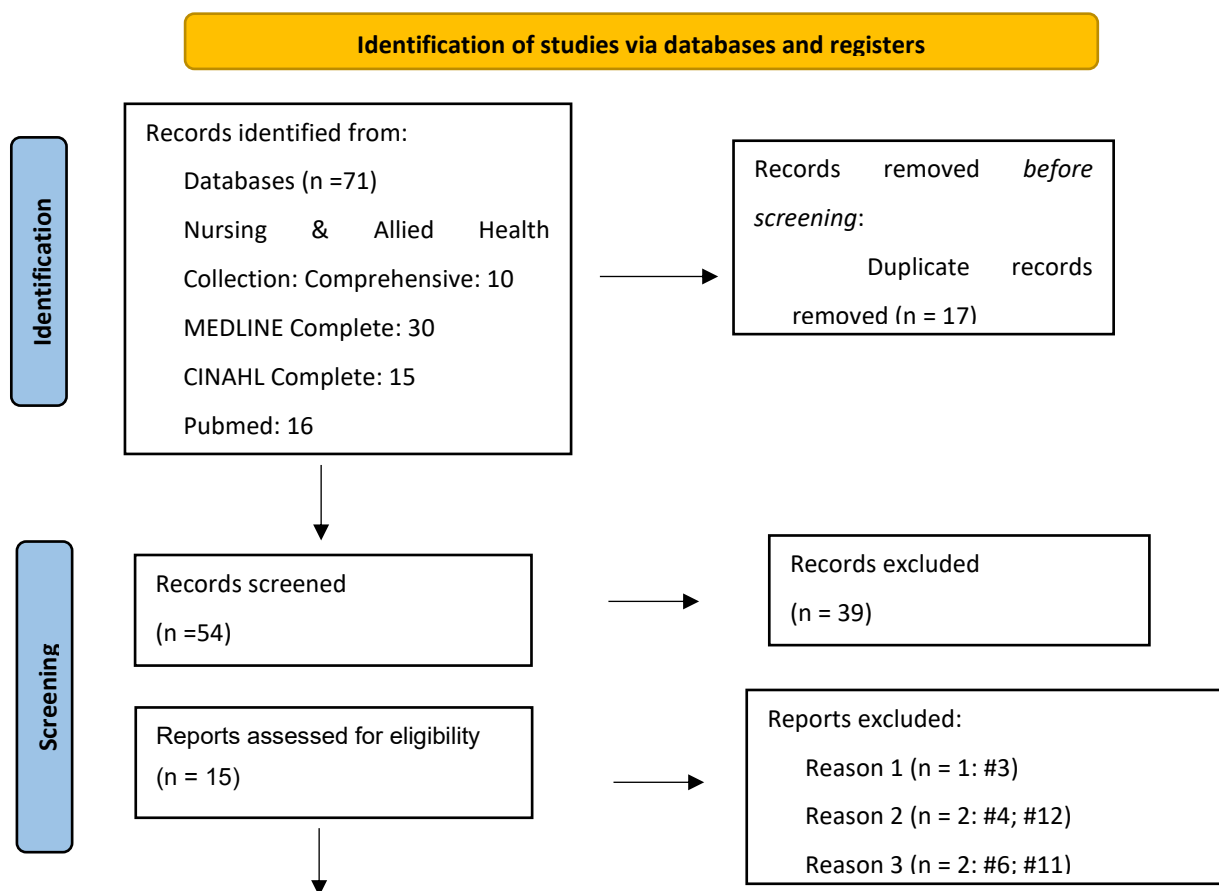
Foi elaborado o fluxograma (PRISMA 2020) (Figura 1) tendo por base a pesquisa efetuada.

Na primeira fase do PRISMA (*Identification*), foram identificados 71 artigos nas bases de dados correspondentes e, posteriormente, rejeitados 17 artigos por se encontrarem duplicados.

Na segunda fase (*Screening*), procedeu-se à leitura do título e *abstract* dos 54 artigos, dos quais foram excluídos 39 por não corresponderem aos critérios de inclusão, restando 15 artigos elegíveis para leitura integral (Apêndice II). Destes 15 artigos foram excluídos um total de 5 artigos: os artigos 3 foi rejeitado por não apresentar metodologia; os artigos 4 e 12 foram excluídos por não irem de encontro ao objetivo da pesquisa; e os artigos 6 e 11 foram rejeitados porque os participantes não correspondiam aos do estudo. Estes artigos podem ser consultados no Apêndice III.

Da pesquisa realizada, foram encontrados 10 estudos.

Dois revisores independentes examinaram todos os títulos e resumos elegíveis tendo existido consenso entre os mesmos, não sendo necessária discussão com um terceiro revisor.



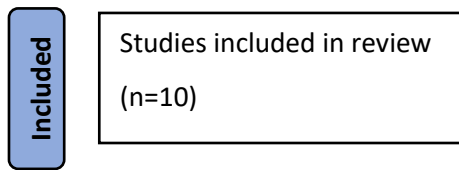


Figura 1 - Diagrama da pesquisa desenvolvida. Fonte: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, *et al.* A declaração PRISMA 2020: uma diretriz actualizada para a comunicação de revisões sistemáticas. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71, disponível em: <http://www.prisma-statement.org/>

RESULTADOS

A presente *scoping review* resulta da leitura e análise de 10 artigos, realizados entre 2020 e 2023. Cinco estudos foram realizados em Espanha, um na Turquia, um nos EUA, um em Taiwan um na Austrália e um em Portugal. Dois estudos são qualitativos e descritivos, três qualitativos, exploratórios e descritivos; um qualitativo de análise fenomenológica, uma revisão sistemática da literatura, dois meta-etnográficos e um quantitativo, multicêntrico e transversal.

Os dados extraídos de cada artigo estão reunidos num documento de extração de dados, baseado no proposto pelo *Joanna Briggs Institute*, que se encontra em apêndice (Apêndice IV).

Os resultados trouxeram contributo para a análise, reflexão e discussão realizada sobre o tema em estudo.

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O apoio emocional que o EEESMO oferece à mulher, exige uma grande capacidade de gestão das suas próprias emoções (Lopes, 2022). O relato dos profissionais sobre as emoções e sentimentos que experienciam quando lidam com uma perda fetal, nomeadamente a tristeza, a infelicidade, o *stress*, a ansiedade, a insegurança, entre outros, é algo transversal a todos os artigos analisados, e, muitos ainda descrevem a experiência como traumática e dolorosa (Fernández-Alcántara et al., 2020; Fernández-Basanta et al., 2020, 2022; Lin et al., 2021; Fowler et al., 2023; Garcia-Catena et al., 2023; Martínez-García et al., 2023; Martins et al., 2023; Mills et al., 2023; Yenal et al., 2023). No entanto, apesar de reconhecerem a perda fetal como algo desafiante, também há profissionais que conseguem ver algo positivo ao terem a oportunidade de prestar cuidados e apoiar os pais neste momento difícil. Este sentimento, com o seu trabalho, ocorreu quando os profissionais puderam desenvolver uma abordagem holística na forma de atuação, o que permitiu proporcionar à mulher/família momentos com o bebé, ajudando-os a criar memórias e acompanhamento/apoio durante o pós-parto (Garcia-Catena et al., 2023). Os EEESMO que demonstram atitudes positivas perante os cuidados após a morte fetal, encaram estas situações como algo de grande responsabilidade, mas também de uma grande honra (Fernández-Basanta et al., 2020). Lin et al. (2023) e Yenal et al. (2023) destacam ainda que um profissional que consiga ter compaixão consigo próprio consegue ter uma atitude mais positiva

perante estas situações e uma maior facilidade na prestação dos cuidados, sem se sentir julgado, isolado ou necessitar de refletir sobre a experiência durante muito tempo.

Porém, isto não invalida a necessidade que alguns profissionais expressam, de dizerem adeus ao bebé, de fazer o luto, um luto sem direitos, um luto desautorizado (Lin et al., 2021). O conceito do luto desautorizado foi criado por Doka (1989;2002), onde o autor o define como um luto onde as pessoas que estão a sofrer por uma perda não podem assumir e/ou reconhecer de forma aberta a sua experiência; é uma situação onde o luto não pode ser expresso publicamente e não é socialmente compreendido/apoiado. O mesmo autor também afirma que, pelo facto de a pessoa que está a passar por este processo de luto não ver o seu sofrimento reconhecido e, conseqüentemente, apoiado, trará problemas adicionais a essas pessoas, porque diminui e/ou elimina as possíveis redes de apoio (Doka, 2002).

Em alguns artigos, são os próprios profissionais que afirmam ter necessidade de dizer adeus e pedir desculpa ao bebé, pois apesar de a relação entre o profissional e bebé ter durado pouco tempo, esta existe e há necessidade por parte do profissional de colocar um ponto final (Fernández-Alcántara et al., 2020; Lin et al., 2021; Fowler et al., 2023; Garcia-Catena et al., 2023). Os sentimentos e emoções que resultam dos cuidados à mulher/casal e nados-mortos não terminam quando acaba o turno; estes têm um impacto antes, durante e após o trabalho (Fowler et al., 2023), mas os sentimentos, emoções e até mesmo o luto que os profissionais vivenciam é algo que apenas os próprios podem experienciar e onde, até os pares, podem não o reconhecer (Lin et al., 2021). Isto porque, ido ao encontro do que é deferido por Doka (1989;2022), este sofrimento, por parte de um profissional de saúde, não é e não pode ser reconhecido publicamente ou aceite pela sociedade, principalmente quando se trata de um ser que muitos nem consideram humano (Lin et al., 2021). Os EEESMO que sentiram necessidade de dizer adeus ao bebé reconhecem que é um mecanismo de *coping*, muitas vezes decorrente das suas próprias crenças, mas também referem que é uma forma de dar humanidade ao bebé (Fernández-Alcántara et al., 2020; Lin et al., 2021; Fowler et al., 2023).

Todavia, apesar de o luto ser um fenómeno cultural e social, este também é um fenómeno psicobiológico (Osterweis et al., 1984) e, tal como referido anteriormente, os EEESMO que lidam com a morte fetal experienciam grandes sentimentos de tristeza e culpa após a prestação dos cuidados, o que desencadeia um trabalho individual de confronto das perdas, que, muitas vezes, oscila entre o evitamento e a intrusão (Gama, 2014; Lin et al., 2021), ocasionalmente justificado pela falta das palavras certas/não saber o que dizer (Mills et al., 2023).

A maioria dos EEESMO afirmam que uma das formas com que lidam com este tipo de perda é evitá-la, o que leva à exacerbação do sentimento de tristeza e a uma sensação isolamento, principalmente quando não existe o apoio da equipa (Fernández-Alcántara et al., 2020). Esta sensação de isolamento também ocorre quando o profissional que está a prestar cuidados ao casal em luto se sente colocado de parte pela equipa, ou seja, quando colegas de equipa julgam os cuidados e a forma como estes são realizados, tecem comentários sobre o apoio e acompanhamento daquele profissional e o tempo que este fica junto ao casal/família, não existindo entreajuda para com o colega (Fernández-Alcántara et al., 2020; Fernández-Basanta et al., 2022). Quando o apoio ocorre e existe apoio, entreajuda e orientações por parte da equipa, colegas mais experientes, chefes e possibilidade de partilha das vivências, os profissionais de saúde demonstram níveis de stress menos elevados e um maior à vontade e facilidade na prestação de cuidados aos pais em luto, um cuidado em que os próprios conseguem reconhecer que aquilo que fizeram/disseram teve um impacto positivo (Fernández-Basanta et al., 2020).

Os EEESMO detêm competências para cuidar e acompanhar a mulher desde o período preconcepcional, através do planeamento familiar; no decorrer da gravidez, guiando a mulher e família durante todo o processo e prestando cuidados sempre que necessário; e durante todo o pós-parto, assistindo na adaptação da mulher e família a uma nova fase, que acarreta mudanças e desafios (OE, 2019).

Para aquela mulher/casal, a experiência da perda fetal, é única em todos os aspetos envolventes (mesmo não se tratando do primeiro filho), por isso as intervenções a implementar devem ultrapassar os aspetos técnicos dos cuidados e, por vezes, é necessário ir além do papel do enfermeiro (Koch, 2015; Fernández-Basanta et al., 2020; Yenil et al., 2023). O processo de luto após uma perda fetal e a recuperação podem ser amenizados por um cuidado informado e empático por parte dos profissionais de saúde (Silveira, 2021). É da competência do EEESMO intervir junto da mulher/casal em caso de luto por morte fetal, devendo conceber, planear, implementar e avaliar intervenções que deem apoio à mulher neste período, nos diferentes contextos da sua atuação profissional (OE, 2019), opinião corroborada por vários autores (Osterweis, 1984; Koch, 2015; Silveira, 2021), quando afirmam que o EEESMO, perante uma perda fetal, deve providenciar cuidados à mulher que deem resposta, não só à vigilância física necessária no pós-parto, mas também ao grande vazio que a perda de um filho traz, antes e após a morte.

No entanto, a evidencia analisada chama a atenção para a falta de formação por parte dos EEESMO na área do luto gestacional, que contribui não só para um cuidado menos eficaz, mas também para a insatisfação do profissional, o que desencadeia sentimentos e emoções negativas (Garcia-Catena et al., 2023). A morte fetal e o conseqüente luto são um dos aspetos mais exigentes nos cuidados que os EEESMO desenvolvem junto da pessoa cuidada, sendo raros os profissionais que relatam algum tipo de formação, preparação e/ou orientação para estas situações (Mills et al., 2023). A experiência do profissional com situações de perda fetal é para muitos EEESMO a única fonte de “formação”, e é através da vivência destes casos que adquirem e desenvolvem competências nos cuidados ao casal num processo de luto (Fernández-Alcántara et al., 2020; Lin et al., 2021; Martins et al., 2023). Garcia-Catena et al. (2023) e Martínez-García et al. (2023) demonstram que os EEESMO com mais anos de profissão e, conseqüentemente mais experiência em situações de morte fetal, são também aqueles que reportam uma visão mais positiva sobre os cuidados praticados e que se demonstram mais disponíveis para oferecer o suporte/apoio que a mulher e família necessita. Para além disso, a maioria dos profissionais demonstra interesse em desenvolver o seu conhecimento sobre o luto e perda fetal, afirmando terem mais confiança nos seus cuidados quando lhes é dada a oportunidade (Garcia-Catena et al., 2023; Martínez-García et al., 2023).

Osterweis (1984) expõe que um dos fatores que limita a atenção dada às famílias em luto por parte dos profissionais, para além da escassez de formação das equipas, é o facto de as instituições de saúde não reconhecerem a sua responsabilidade no acompanhamento do luto; o stress que a prestação de cuidados a pessoas que experienciaram uma perda exerce sobre os profissionais; e a necessidade de tempo para realizar atividades com estas pessoas de modo a apoiá-las no seu processo de luto. Os artigos analisados corroboram Osterweis (1984), ao destacarem a exaustão que os EEESMO sentem após lidarem com uma situação de perda fetal, principalmente se for algo recorrente. Isto porque, existem várias emoções, maioritariamente negativas, que estão presentes, e se não existir um bom sistema de apoio para o enfermeiro, dentro e fora da equipa, essas emoções e sentimentos podem se tornar demasiado dolorosas. Algo que Fowler et al. (2023) sugere na prestação de cuidados de enfermagem após uma morte fetal, é que estes sejam realizados em camadas (começar por compreender as emoções, depois passar para as atitudes e por fim as ações), ou como Yenai et al. (2023) sugere, de forma individualizada e flexível, em que o casal deve ter atribuído mais que um enfermeiro. Um EEESMO que presta apoio aos pais em luto não deve provocar dor e/ou desconforto, físico, psicológico ou emocional (Yenai et al., 2023). Não obstante, um EEESMO que esteja a lidar uma morte fetal e o inevitável luto da família, não deve, ao mesmo tempo, estar a prestar cuidados a

famílias com bebês saudáveis, pois são situações que requerem uma grande alteração nas emoções, sentimentos e do próprio saber estar do profissional, sem este ter tempo para perceber e/ou assimilar o que está a vivenciar e o significado para si (Fowler et al., 2023). Para além disso, o facto de o EEESMO estar a prestar cuidados a duas situações distintas ao mesmo tempo, faz com que não tenha tempo e disponibilidade para estar com cada casal da forma que gostaria, o que pode causar frustração e revolta no profissional (Fernández-Basanta et al., 2022; Yenal et al., 2023).

Cardoso et al. (2013), afirma que qualquer profissional que realiza cuidados a uma pessoa fora da possibilidade de cura, necessita de formação/orientação que lhe dê ferramentas para lidar com a situação da melhor forma possível. Outra situação que todos os estudos apontaram como uma grande necessidade para as maternidades são protocolos e *guidelines* em como agir em situações de morte fetal, principalmente nos cuidados e apoio aos pais. Fernandez-Alcántara et al. (2020) e Martínez-García et al. (2023) expõem que, a falta de *guidelines* nos serviços relativamente à morte fetal, faz com que não exista continuidade nos cuidados, pois cada profissional reage e atua perante a morte de maneira diferente, o que irá causar uma grande diversificação dos cuidados, podendo gerar desconforto e confusão para a mulher/casal e criar conflitos na equipa. Muitos dos profissionais expressam que, devido à carência de uma linha orientadora para os seus cuidados, estes são praticados frequentemente de forma instintiva, com base nas próprias crenças, fé, cultura e compaixão (Garcia-Catena et al., 2023). Nos poucos serviços onde existe alguma forma de protocolo/*guideline*, estas foram criadas pelos enfermeiros, na grande maioria a título pessoal, onde apenas os próprios as utilizam (Fernández-Alcántara et al., 2020). Contudo, existem *guidelines* internacionais para a morte fetal emitidas pela Organização Mundial da Saúde em 2016 e reavaliadas periodicamente, que a grande maioria dos profissionais desconhecem, tal como aponta Martínez-García et al. (2023).

Para além da escassez de orientações, vários autores também apontam para a falta de condições físicas que os serviços apresentam para estas situações, como algo que irá interferir no luto dos pais de forma negativa e, conseqüentemente, levar à insatisfação dos profissionais com o seu trabalho (Fernández-Alcántara et al., 2020; Mills et al., 2023). Em alguns casos, o serviço de ginecologia é sugerido como o local ideal para a mulher que sofreu uma perda fetal, pois está longe de qualquer estímulo que lhe lembre o seu bebé – o som dos batimentos cardíacos fetais, o choro dos bebês, etc. – ou seja, é um local mais isolado. Porém, tal como Fernández-Basanta et al. (2020) afirma, é necessário e importante tratar estas mulheres como mães e não apenas como um útero vazio e, sendo o serviço de ginecologia maioritariamente cirúrgico, não consegue dar resposta às necessidades

emocionais da mulher e família naquele momento, levando a que as mulheres que são colocadas neste serviço refiram sentir-se abandonadas. Assim, deve ser criado, dentro do serviço de obstetrícia, um espaço onde estas mães e famílias possam estar perto da equipa, mas que ao mesmo tempo tenham privacidade, para que lhes seja permitido fazer o luto sem medos e sem vergonhas (Fernández-Basanta et al., 2020; Martins et al., 2023).

É no hospital onde começa o processo de luto, e como este é conduzido pode influenciar a forma como a mulher/casal vão vivenciar este processo após a alta hospitalar (Fernández-Alcántara et al., 2020; Martínez-García et al., 2023; Mills et al., 2023). Assim Martins et al. (2023) afirma que o internamente de puerpério devia ser apenas o início do processo terapêutico e seu acompanhamento. Uma das *guidelines* que a OMS (2016) sugere, mas que raramente é aplicada, é a criação uma consulta e/ou programa *follow up* que dê continuidade aos cuidados para além do hospital e que permita à mulher/casal lidar com a perda de uma forma acompanhada (Martínez-García et al., 2023). Em Portugal, a OE (2023) reconhece a necessidade de uma consulta de *follow up* após a morte fetal, que se insira nos cuidados de saúde primários, de forma a haver resposta na comunidade para estas situações, dando continuidade aos cuidados e prevenindo o abandono que as mulheres referem após o parto.

Conclusão

A principal conclusão alcançada foi que a forma como cada profissional lida com a perda fetal depende de vários fatores, nomeadamente, a sua história com a perda fetal, a experiência profissional nos cuidados durante o processo de luto gestacional, a cultura em que estão inseridos, formação base e a capacitação em serviço.

Assim, e indo de encontro aos artigos analisados, exalta-se a necessidade e sugere-se a criação de *guidelines*/protocolos para os serviços de obstetria relativamente aos cuidados a ter para com o bebé que morreu e, principalmente, para o apoio e cuidado a ter para com pais que perderam o seu filho.

Deve-se ainda promover e incentivar a partilha de experiências por parte dos EEESMO, pois ajuda a lidar com o stress e ansiedade da situação e ajuda a combater o sentimento de isolamento, promovendo a entreaajuda entre os profissionais e a autoconfiança nos próprios cuidados. Uma vez que não foram encontrados estudos em português e em Portugal com a nossa expressão de pesquisa, recomenda-se o investimento de estudos primários com os enfermeiros portugueses que experienciam estas situações de forma a que as intervenções implementadas vão ao encontro das suas necessidades.

FINANCIAMENTO

A presente revisão não é financiada.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não existirem conflitos de interesse.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. M. de. (2019) Luto parental na perda gestacional: a morte de um sonho. In: Pereira, G. O. (org.). *Tanatologia: desmistificando a morte e o morrer. São Paulo: Sarvier, 2020. cap. 43, p. 162-168.* <http://www.repositorio.ufal.br/jspui/handle/123456789/10870>;
- Brigagão, J. I. M., Gonçalves, R., & da Silva, B. M. C. (2021). The Perspective of Healthcare Professionals on Birth of Stillborn. *Psicologia e Sociedade*, 33. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33235676>;
- Cardoso, D. H., Muniz, R. M., Schwartz, E., & Arrieira, I. C. de O.. (2013). Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(4), 1134–1141. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400032>;
- Doka, K. J. (1989) *Disenfranchised grief: recognizing hidden sorrow*. Lexington: Lexington. ISBN: 9780669170818;
- Doka, K. J. (2002) *Disenfranchised grief: new directions, challenges and strategies for practice*. Illinois: Research Press. ISBN: 9780878224272;
- Fernández-Alcántara, M., Schul-Martin, L., García Caro, M. P., Montoya-Juárez, R., Pérez-Marfil, M. N., & Zech, E. (2020). ‘In the hospital there are no care guidelines’: experiences and practices in perinatal loss in Spain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(4), 1063–1073. <https://doi.org/10.1111/scs.12816>;
- Fernández-Basanta, S., Coronado, C., Bondas, T., Llorente-García, H., & Movilla-Fernández, M. J. (2022). Unravelling the grief of involuntary pregnancy loss: A meta-ethnography of midwives’ and nurses’ emotional experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (Vol. 36, Issue 3, pp. 599–613). <https://doi.org/10.1111/scs.13028>;
- Fernández-Basanta, S., Movilla-Fernández, M. J., Coronado, C., Llorente-García, H., & Bondas, T. (2020). Involuntary pregnancy loss and nursing care: A meta-ethnography. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 17, Issue 5). <https://doi.org/10.3390/ijerph17051486>;
- Fowler, S. B., Miller, H. D., & Livingston, T. (2023). The Caring Experience of Fetal Loss and Termination of Pregnancy Through the Eyes of Gynecological Medical and Surgical Nurses. *International Journal for Human Caring*, 27(1), 49–56. <https://doi.org/10.20467/IJHC-2021-0002>;

- Franco, J. (2016). *Fisiologia da Gravidez*. In M. Néné, M. Rosália & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (2/56-57). Lisboa: Lidel. ISBN: 9789897521461;
- Gama, M. G. M. da (2014) *O Luto Profissional nos Enfermeiros*. [Tese de Doutoramento - Universidade Católica Portuguesa]. Veritati. <http://hdl.handle.net/10400.14/13973>;
- Gandino, G., Bernaudo, A., Di Fini, G., Vanni, I., & Veglia, F. (2019). Healthcare professionals' experiences of perinatal loss: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 24(1), 65–78. <https://doi.org/10.1177/1359105317705981>;
- Garcia-Catena, C., Ruiz-Palomino, P., Saavedra, S., & Gonzalez-Sanz, J. D. (2023). Nurses' and midwives' perceptions and strategies to cope with perinatal death situations: A systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing* (Vol. 79, Issue 3, pp. 910–921). <https://doi.org/10.1111/jan.15572>;
- Homer, C. S. E., Malata, A., & ten Hoop-Bender, P. (2016). Supporting women, families, and care providers after stillbirths. *The Lancet*, 387(10018), 516–517. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01278-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01278-7);
- Isabelle de Mézerac. (2006). *Um Filho para a Eternidade* (1ª edição). Pincípiã. ISBN: 9728818807;
- International Confederation of Midwives (2019) *Essential Competencies for Midwifery Practice*. <https://internationalmidwives.org/resources/essential-competencies-for-midwifery-practice/>;
- Koch, M. C. M. P. (2015). *Ultrapassar a Perda Involuntária da Gravidez: Um Modelo de Intervenção de Enfermagem*. [Tese de Doutoramento - Universidade Católica Portuguesa]. Veritati. <http://hdl.handle.net/10400.14/18293>;
- Lin, C. H., Liu, Y. C., & Chiang, H. H. (2021). From self-compassion to compassionate action: reflecting on ending life of stillbirth care in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(1), 260–267. <https://doi.org/10.1111/scs.12842>;
- Lopes, C. A. dos S. (2022). *Contributos da Dança na Experiência de Parto Positiva: Cuidado do Enfermeiro Obstetra* [Tese de Mestrado - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/44134>;
- Macdonald M. E., Liben S., Carnevale F. A., Rennick J. E., Wolf S. L., Meloche D., Cohen S. R. (2005). Parental perspectives on hospital staff members' acts of kindness and commemoration after a child's death. *Pediatrics*, 116, 884–890. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1980>;
- Martínez-García, E., Lara-Rodríguez, H., Álvarez-Serrano, M. A., González-García, A., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., & Pérez-Morente, M. Á. (2023). Good practices in perinatal bereavement care in public maternity hospitals in Southern Spain. *Midwifery*, 124. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103749>;

- Martins, M. V., Valente, V. A., Silva, A. D., Ramalho, C., & Costa, M. E. (2023). "Death is a sensitive topic when you are surrounded by life": Nurses experiences with pregnancy loss. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 35. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100817>;
- Mills, T. A., Ayebare, E., Mweteise, J., Nabisere, A., Mukhwana, R., Nendela, A., Omoni, G., Wakasiaka, S., & Lavender, T. (2023). 'There is trauma all round': A qualitative study of health workers' experiences of caring for parents after stillbirth in Kenya and Uganda. *Women and Birth*, 36(1), 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.02.012>;
- Miranda, A. M., & Zangão, M. O. (2020). Vivências maternas em situação de morte fetal. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), e20037. <https://doi.org/10.12707/RV20037>;
- Miranda, A. C. (2016). *Quando a morte antecede o nascimento: atuação do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia na assistência à mulher que vivência uma morte fetal*. [Tese de Mestrado – Universidade de Évora]. Repositório de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/19521>;
- Montero, S. M. P., Sánchez, J. M. R., Montoro, C. H., Crespo, M. L., Jaén, A. G. V. & Tirado, M. B. R. (2011). A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(6), p. 1-8. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421966018>;
- Morgado, C. A. (2021). *A assistência do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no trabalho de parto, face à morte perinatal, e a sua influência no processo de luto da mulher*. [Tese de Mestrado - Escola Superior de Enfermagem do Porto] Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/36026>;
- Nurse-Clarke, N., DiCicco-Bloom, B., & Limbo, R. (2019). Application of Caring Theory to Nursing Care of Women Experiencing Stillbirth. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 44(1), 27–32. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000494>;
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Parecer nº 03/2010 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Parecer3_MCEESMO.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019_regulamento-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Pronúncia da Ordem dos Enfermeiros - Norma sobre Organização dos Cuidados de Saúde na Preconceção, Gravidez e Puerpério*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27918/sai-oe_2023_130.pdf;

- Osterweis, M.; Solomon, F.; Green, M. (1984). *Bereavement: reactions, consequences, and care*. Institute of Medicine - Committee for the Study of Health Consequences of the Stress of Bereavement. National Academy Press. ISBN: 978-0-309-03438-8;
- Ota, E.; da Silva Lopes, K.; Middleton, P.; Flenady, V.; Wariki, W. M. V.; Rahman, M. O.; Tobe-Gai, R. & Mori, R. (2020). Antenatal interventions for preventing stillbirth, fetal loss and perinatal death: An overview of Cochrane systematic reviews. *Cochran e Database of Systematic Reviews*, 2020(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009599.pub2>;
- Parkes, C. M. (2009) *Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações*. São Paulo: Summus Editora, 1ª Edição, 2009, p. 282. ISBN: 9788532304995;
- Pinto, J. M. de M. (2019). Experiência emocional e processo transformacional em psicoterapia analítica. *Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*, 2019 (10): 55-72. ISSN - 1647-7367. https://www.apppp.pt/revista/vol-10-dez-2019/experiencia-emocional-e-processo-transformacional-em-psicoterapia-analitica_80;
- PORDATA. (2022). *Taxa de mortalidade perinatal e neonatal*. <https://www.pordata.pt/portugal/taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529>;
- Silveira, G. M. M. da. (2021). *Vivência do luto inesperado por perda gestacional tardia*. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/43753>;
- UNICEF (2023). *Stillbirth*. <https://data.unicef.org/topic/child-survival/stillbirths/>;
- World Health Organization. (2016). *Making every baby count: Audit and review of stillbirths and neonatal deaths*. ISBN 978 92 4 151122 3. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511223>;
- World Health Organization. (2016) *Stillbirth*. https://www.who.int/health-topics/stillbirth#tab=tab_1;
- World Health Organization. (2019). *Every Newborn Action Plan*. ISBN: 9789240005082 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005082>;
- World Health Organization. (2021). *Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response: Materials to Support Implementation*. ISBN 978-92-4-003666-6 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036666>;
- Yenal, K., Tektaş, P., Dönmez, A., & Okumuş, H. (2023). Perinatal Loss: Experiences of Midwives and Nurses. *Omega (United States)*, 87(4), 1174–1188. <https://doi.org/10.1177/00302228211029143>

APÊNDICES

APÊNDICE I: ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Search	Query	Records retrieved EBSCO	Records retrieved PUBMED
#1	FETAL DEATH	4,271	4,494
#2	STILLBORN	3,293	3,232
#3	MIDWIVES	13,927	19,132
#4	NURSE MIDWIVES	3,320	591
#5	EMOTIONAL EXPERIENCES	2,805	20,120
#6	FETAL DEATH OR STILLBORN	8,927	5,613
#7	MIDWIVES OR NURSE MIDWIVES	33,046	18,772
#8	(FETAL DEATH OR STILLBORN) AND (MIDWIVES OR NURSE MIDWIVES)	41,080	262
#9	(FETAL DEATH OR STILLBORN) AND (MIDWIVES OR NURSE MIDWIVES) AND EMOTIONAL EXPERIENCES	55	16

APÊNDICE II: ARTIGOS ELEGÍVEIS

1. Yenal, K., Tektaş, P., Dönmez, A., & Okumuş, H. (2023). Perinatal Loss: Experiences of Midwives and Nurses. *Omega (United States)*, 87(4), 1174–1188. <https://doi.org/10.1177/00302228211029143>
2. Garcia-Catena, C., Ruiz-Palomino, P., Saavedra, S., & Gonzalez-Sanz, J. D. (2023). Nurses' and midwives' perceptions and strategies to cope with perinatal death situations: A systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing (Vol. 79, Issue 3, pp. 910–921)*. <https://doi.org/10.1111/jan.15572>;
3. Latiff, H., Saime, N.S., Idris, D.R., Mohamad, S.M., Husaini, A., Matassan, N.S., Syam, A., & Abdul-Mumin, K.H. (2023). Providing care to couples experiencing pregnancy loss. *British Journal of Midwifery*. 31 (3). 172-176. <https://doi.org/10.12968/bjom.2023.31.3.172>;
4. Willcox, M. L., Okello, I. A., Maidwell-Smith, A., Tura, A. K., van den Akker, T., & Knight, M. (2023). Maternal and perinatal death surveillance and response: a systematic review of qualitative studies. *Bulletin of the World Health Organization*, 101(1), 62–75G. <https://doi.org/10.2471/BLT.22.288703>;
5. Fowler, S. B., Miller, H. D., & Livingston, T. (2023). The Caring Experience of Fetal Loss and Termination of Pregnancy Through the Eyes of Gynecological Medical and Surgical Nurses. *International Journal for Human Caring*, 27(1), 49–56. <https://doi.org/10.20467/IJHC-2021-0002>;
6. McNamara, K., Smith, A., Shine, B., Cregan, M., Prihodova, L., O'Shaughnessy, A., Martin, A., Macdonald, J., Kingston, P., Fitzpatrick, C., Hennessy, M., & O'Donoghue, K. (2022). Addressing obstetricians' awareness of compassion, communication, and self-care when caring for families experiencing stillbirth: Evaluation of a novel educational workshop using applied drama techniques. *PLoS one*, 17(11), e0277496. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277496>;
7. Fernández-Basanta, S., Coronado, C., Bondas, T., Llorente-García, H., & Movilla-Fernández, M. J. (2022). Unravelling the grief of involuntary pregnancy loss: A meta-ethnography of midwives' and nurses' emotional experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences (Vol. 36, Issue 3, pp. 599–613)*. <https://doi.org/10.1111/scs.13028>;

8. Lin, C. H., Liu, Y. C., & Chiang, H. H. (2021). From self-compassion to compassionate action: reflecting on ending life of stillbirth care in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(1), 260–267. <https://doi.org/10.1111/scs.12842>;
9. Fernández-Alcántara, M., Schul-Martin, L., García Caro, M. P., Montoya-Juárez, R., Pérez-Marfil, M. N., & Zech, E. (2020). 'In the hospital there are no care guidelines': experiences and practices in perinatal loss in Spain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(4), 1063–1073. <https://doi.org/10.1111/scs.12816>;
10. Fernández-Basanta, S., Movilla-Fernández, M. J., Coronado, C., Llorente-García, H., & Bondas, T. (2020). Involuntary pregnancy loss and nursing care: A meta-ethnography. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 17, Issue 5). <https://doi.org/10.3390/ijerph17051486>;
11. Mills, T. A., Roberts, S. A., Camacho, E., Heazell, A. E. P., Massey, R. N., Melvin, C., Newport, R., Smith, D. M., Storey, C. O., Taylor, W., & Lavender, T. (2022). Better maternity care pathways in pregnancies after stillbirth or neonatal death: a feasibility study. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), 634. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04925-3>;
12. Shakespeare, C., Merriel, A., Bakhbaki, D., Baneszova, R., Barnard, K., Lynch, M., Storey, C., Blencowe, H., Boyle, F., Flenady, V., Gold, K., Horey, D., Mills, T., & Siassakos, D. (2019). Parents' and healthcare professionals' experiences of care after stillbirth in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-summary. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 126(1), 12–21. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15430>;
13. Martínez-García, E., Lara-Rodríguez, H., Álvarez-Serrano, M. A., González-García, A., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., & Pérez-Morente, M. Á. (2023). Good practices in perinatal bereavement care in public maternity hospitals in Southern Spain. *Midwifery*, 124. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103749>;
14. Mills, T. A., Ayebare, E., Mweteise, J., Nabisere, A., Mukhwana, R., Nendela, A., Omoni, G., Wakasiaka, S., & Lavender, T. (2023). 'There is trauma all round': A qualitative study of health

workers' experiences of caring for parents after stillbirth in Kenya and Uganda. *Women and Birth*, 36(1), 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.02.012>;

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

APÊNDICE III: ESTUDOS EXCLUÍDOS E RAZÃO

Razão de Exclusão	Artigos
<p>Razão nº 1: Sem metodologia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ [7] Providing care to couples experiencing pregnancy loss (3).
<p>Razão nº 2: Não corresponde ao objetivo da pesquisa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Maternal and perinatal death surveillance and response: a systematic review of qualitative studies (4). ◆ Parents' and healthcare professionals' experiences of care after stillbirth in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-summary (12).
<p>Razão nº 3: Participantes não correspondem</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Addressing obstetricians' awareness of compassion, communication, and self-care when caring for families experiencing stillbirth: Evaluation of a novel educational workshop using applied drama techniques (6). ◆ Better maternity care pathways in pregnancies after stillbirth or neonatal death: a feasibility study (11).

APÊNDICE IV: CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUIDOS

Nº	Nome do artigo; Autores; Ano; País de origem	Objetivo(s)	Participantes	Metodologia	Resultados	Principais contributos para a questão de revisão
1	<p>“<i>Perinatal Loss: Experiences of Midwives and Nurses.</i>”; Yenal, K., Tektaş, P., Dönmez, A., & Okumuş, H.; 2021; Turquia.</p>	<p>Determinar as experiências das parteiras e enfermeiras que prestam cuidados a famílias com perdas perinatais.</p>	<p>Amostra: 10 <i>midwives</i> e 5 enfermeiros que trabalham nas clínicas de perinatologia, trabalho de parto e parto num hospital público da província de Izmir, Turquia</p>	<p>Estudo qualitativo e descritivo. Realizadas entrevistas semiestruturadas, com perguntas de resposta aberta, com duração de 30min. Critérios de inclusão: Trabalhar durante pelo menos dois anos em clínicas de perinatologia ou de trabalho de parto e parto; Experiência em</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quatro temas principais: o efeito emocional, a prática, as formas de lidar com a situação e as dificuldades; • A experiência ajuda a lidar com maior facilidade a perda fetal/luto; • Sentimento de não conseguir fazer o suficiente, por não haver tempo ou por não se saber o que dizer/fazer; • É mais fácil reconhecer a dor e 	<p>É mais difícil lidar com situações de morte fetal tardia.</p> <p>Praticar um cuidado com flexibilidade, de modo a torná-lo o mais individualizado possível.</p> <p>Cuidar com compaixão e empatia; utilizar técnicas de comunicação; usar o toque; usar o silêncio; linguagem simples.</p> <p>Falta de formação, protocolos e <i>guidelines</i> sobre como lidar com a morte fetal e respetivas famílias.</p> <p>Os profissionais sentem-se melhor com eles próprios</p>

				<p>cuidar de mulheres que sofreram perda perinatal.</p>	<p>sofrimento da mulher quando a própria enfermeira passou pela mesma situação; é mais fácil mostrar empatia;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saber que se está a prestar em “bom” cuidado fez com que as <i>midwives</i>/enfermeiras se sentissem mais confortáveis na sua prática; • Devem ser prestados cuidados individualizados, mesmo que não vão de encontro as regras do serviço; • Existe partilha de sentimentos/emoções dentro da equipa, e os profissionais sentem 	<p>quando identificam que estão a prestar um “bom” cuidado, um cuidado que vai além do “fazer”.</p>
--	--	--	--	---	--	---

					<p>que os ajuda a lidar melhor com a perda;</p> <ul style="list-style-type: none"> Os profissionais referem falta de treino e orientação em como proceder nestas situações e como abordar a mulher/família; Falta de protocolos e <i>guidelines</i> sobre como proceder com o feto após o nascimento. 	
2	<p><i>“Nurses’ and midwives’ perceptions and strategies to cope with perinatal death situations: A systematic literature review.”;</i></p>	<p>Sintetizar os resultados existentes de estudos quantitativos e qualitativos que exploram as</p>	<p>Enfermeiros e <i>midwives</i> que tenham lidado com morte perinatal.</p>	<p>Revisão sistemática da literatura.</p> <p>Utilizado mnemónica PICO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Os enfermeiros e <i>midwives</i> podem sentir-se satisfeitos e felizes em prestar cuidados num contexto de perda fetal, pois sentem que estão a prestar cuidados humanizados, 	<p>A experiência ajuda a lidar com as situações de morte fetal, o que torna a situação menos stressante.</p> <p>Os EEESMO fazem o luto profissional e pessoal.</p>

	<p>Garcia-Catena, C., Ruiz-Palomino, P., Saavedra, S., & Gonzalez-Sanz, J. D.; 2023; Espanha.</p>	<p>experiências e estratégias de <i> coping </i> dos enfermeiros e <i> midwives </i> em situações de morte perinatal.</p>	<p>Número de participantes: 2196</p>	<p>A pesquisa foi efetuada nas bases de dados <i> Web of Science </i>, PubMed, Scopus, CINALH e Dialnet, entre janeiro de 2000 e março de 2021.</p> <p>Resultaram 13 estudos para análise.</p>	<p>que trazem conforto e compaixão para as famílias. Este olhar sobre a morte perinatal é mais proeminente nos profissionais com mais experiência;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os profissionais de saúde que se mostram mais empáticos nestas situações, demonstram níveis reduzidos de <i> burnout </i>; • A maioria dos estudos demonstram um déficit no treino dos profissionais para lidar com o luto após morte perinatal, no entanto grande maioria dos profissionais afirma 	<p>Perante a morte fetal, existe profissionais que conseguem manter atitude positiva onde existem altos níveis de satisfação e experiências positivas. No entanto, isto só acontece quando os profissionais sentem que estão a praticar um cuidado individualizado, que ajuda os pais no seu processo de luto – Praticar um cuidado empático leva a níveis de stress mais baixos.</p> <p>A maioria dos profissionais deseja desenvolver o seu conhecimento sobre o luto perinatal e demonstra mais confiança nos seus cuidados quando este lhe é oferecido.</p>
--	---	---	--------------------------------------	--	---	---

					<p>também estar aberto e expectante para programas/cursos sobre o tema;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Devido à falta de formação e <i>guidelines</i>, os profissionais expressam que os seus cuidados são instintivos, baseados nas próprias crenças, fé, cultura e compaixão. 	
5	<p><i>"The Caring Experience of Fetal Loss and Termination of Pregnancy Through the Eyes of Gynecological and Surgical Nurses."</i>; Fowler, S., Miller,</p>	<p>Iluminar a experiência dos enfermeiros que prestam cuidados a mulheres que sofrem uma perda fetal e/ou interrupção da gravidez numa unidade médico-</p>	<p>Amostra: 9 enfermeiros</p>	<p>9 Estudo qualitativo, exploratório e descritiva. Realizadas entrevistas semiestruturadas. Amostragem de conveniência. Critérios de inclusão:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O tema principal identificado foi que este tipo de cuidados é uma experiência em camadas. Os dois subtemas resultantes foram: ter um base de forças e uma caixa envolvente de desconforto e angústia; 	<p>Este tipo de experiência ocorre em camadas: primeiro as emoções e depois as ações e atitudes. A empatia é algo que deve e tem de estar presente ao prestar cuidados após uma perda fetal. Sentimento de culpa.</p>

	<p>H. & Livingston, T.; 2023; Estados Unidos da America.</p>	<p>cirúrgica ginecológica.</p>		<p>enfermeiros registados que trabalham ou colaboram na unidade médico-cirúrgica ginecológica num hospital do sudeste dos Estados Unidos. Enfermeiros com experiência profissional entre 2 e 20 anos a trabalhar com mulheres e nados-mortos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A experiência de cuidar de mulheres e nados-mortos não termina quando acaba o turno, ela tem um impacto antes, durante e após o trabalho; • Deve haver uma prestação de cuidados em camadas, onde o enfermeiro que dá apoio e conforto não pode provocar dor, física ou psicológica. Assim deve ser atribuído estes utentes mais de um enfermeiro; • O trabalho em equipa, fé e mecanismos de <i> coping </i> são de extrema 	<p>É importante a mulher/casal ter um enfermeiro de referência, que se mantenha a mesma durante o internamento e que está lá para apoiar e dar conforto no que for necessário, sem mentiras e/ou omissões. Esta não executa tarefas que possam causar dor/desconforto.</p> <p>A comunicação é uma das principais ferramentas para a prestação de cuidados nestas situações.</p>
--	--	--------------------------------	--	--	--	---

					<p>importância para lidar com estas situações;</p> <ul style="list-style-type: none"> Os enfermeiros expressam necessidade de “dizer adeus” ao feto e pedir desculpa. 	
7	<p><i>“Unravelling the grief of involuntary pregnancy loss: A meta-ethnography of midwives’ and nurses’ emotional experiences.”;</i> Fernández-Basanta, S., Coronado, C., Bondas, T., Llorente-García, H., & Movilla-</p>	<p>Sintetizar as experiências emocionais de <i>midwives</i> e enfermeiros na prestação de cuidados a pais que sofreram uma perda involuntária da gravidez.</p>	<p>Número de participantes: 129 enfermeiros e <i>Midwives</i></p>	<p>Uma abordagem meta-etnográfica a 10 estudos, através das sete fazes de síntese de Noblit e Here.</p> <p>Foi utilizada uma estratégia de pesquisa sistemática abrangente nas bases de dados PubMed, Scopus, CINAHL, PsychINFO e <i>Web of Science</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Emergiram 3 temas: procurar o significado da perda, fatores determinantes para a expressão do luto e afastar-se da perda; As mortes também afetam a vida dos profissionais dentro e fora do serviço; Quando existe explicação para a morte (ex. malformações), ajuda os profissionais a lidar com os seus sentimentos e a 	<p>Falta de formação; as instituições não estão preparadas para estas situações; falta de acompanhamento.</p> <p>Uma vez que a morte do feto também afeta os profissionais, os EEESMO têm de encontrar formas de lidar com a situação dentro e fora do trabalho, apoiando-se muitas vezes na sua cultura e fé. Por vezes, ao tentar lidar com a morte da forma como esta deve ser encarada pelos</p>

	<p>Fernández, M. ;2022; Espanha.</p>			<p>em agosto de 2019 e atualizada em junho de 2020.</p>	<p>oferecer melhores cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formação, treino sobre o luto e a experiência profissional anterior fazem com que os profissionais fiquem mais confortáveis na prestação de cuidados e torna-os mais confiantes no seu trabalho; • As situações de morte fetal podem fazer com que a prestação de cuidados seja realizada à tarefa, o que causa uma despersonalização dos cuidados e, conseqüentemente, uma desconexão com os pais; 	<p>profissionais de saúde, torna os cuidados distantes e desumanizados.</p> <p>Os colegas nem sempre são benéficos, pois limitam o círculo social no qual a experiência é partilhada e podem ter uma perspectiva negativa sobre os cuidados prestados, pois veem a morte como um erro/falha profissional.</p>
--	--	--	--	---	---	---

					<ul style="list-style-type: none"> Os profissionais de saúde têm de encontrar um equilíbrio entre as necessidades do próprio e do outro, mas só o consegue fazer de forma correta e eficaz se existir organização nesse sentido dentro da instituição. 	
8	<p><i>"From self-compassion to compassionate action: reflecting on ending life of stillbirth care in nursing."</i>; Lin, C. H., Liu, Y. C., & Chiang, H. H. ;2021; Taiwan</p>	<p>Explorar as experiências dos enfermeiros em relação ao trabalho de parto emotivo na prestação de cuidados a nados-mortos; Refletir sobre as ações de</p>	<p>Amostra: 10 enfermeiros, com experiência profissional entre 1 e 30 anos a trabalhar na área. Sete participantes estiveram presentes em oito reuniões;</p>	<p>Método de investigação qualitativa de análise fenomenológica interpretativa; Foram realizadas oito sessões de reflexão em grupo, numa sala de partos de um</p>	<ul style="list-style-type: none"> Os enfermeiros praticam ações de compaixão nos cuidados aos nados-mortos; Três grandes temas: desdobramento do seu sofrimento nos cuidados, envolvimento com os pais e adaptação para 	<p>Muitos dos enfermeiros que prestam cuidados ao recém-nascido morto, independente da sua experiência profissional, expressam um sentimento de luto sem direito. Ao lidar com uma perda fetal, o enfermeiro deve prestar apoio à mãe, ao pai e a ele próprio.</p>

		<p>enfermagem compassivas para com um nado-morto.</p>	<p>dois participaram em sete e um participante em seis.</p>	<p>hospital universitário no norte de Taiwan; Os próprios enfermeiros apresentaram os temas que queriam partilhar ou discutir com base nos seus próprios pensamentos e experiências emocionais; A amostra foi selecionada através da técnica de amostra intencional.</p>	<p>oferecer cuidados com compaixão;</p> <ul style="list-style-type: none"> Os cuidados são realizados centrados nas necessidades dos pais e não nas regras estipuladas, o que leva a uma maior compaixão, para além daquela que as regras permitem; Os enfermeiros também têm necessidade de dizer adeus ao bebé morto, pois também existiu uma relação entre ambos, embora tenha sido breve e curta; Os enfermeiros também passam pelo processo de luto 	<p>É importante partilhar as experiências com a perda fetal entre os pares, e aceitá-las sem julgamento.</p>
--	--	---	---	--	---	--

					embora não possa ser validade ou reconhecido publicamente;	
9	<p>“In the hospital there are no care guidelines’ experiences and practices in perinatal loss in Spain.”;</p> <p>Fernández-Alcántara, M., Schul-Martin, L., García-Caro, M., Montoya-Juárez, R., Pérez-Marfil, M.N. & Zech, E.; 2020; Espanha.</p>	<p>Examinar as práticas específicas e as experiências emocionais subjetivas de profissionais que tipicamente assistem a perdas perinatais no contexto hospitalar em Espanha.</p>	<p>Amostra: 16 profissionais (4 enfermeiros, 4 <i>midwives</i>, 4 assistentes de enfermagem, 2 neonatologistas, 1 psicologista e 1 trabalhador de uma agência funerária) de três hospitais públicos na região de Granada.</p>	<p>Estudo qualitativo, descritivo-exploratório.</p> <p>Amostra intencional ou seletiva, com base na representação máxima dos participantes e das situações.</p> <p>Entrevista semiestruturada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Emergiram três grandes temas: cuidados baseados em <i>guidelines</i> para o bebé/feto; variabilidade no apoio emocional oferecido às famílias; e cuidados e interação com a equipa de saúde; • Uma vez que existe <i>guidelines</i> para com os cuidados com o bebé/feto, torna mais fácil praticar um cuidado humanizado com o mesmo; como se estivesse vivo; 	<p>Existem diretrizes para os aspetos mais técnicos dos cuidados com o bebé/feto o que permite uma prática mais humanizada. No entanto, faltam protocolos/<i>guidelines</i> em como cuidar e apoiar os pais, o que leva a que os cuidados sejam altamente influenciados pelas crenças e cultura de cada profissional.</p> <p>A falta de normas em como agir em situações de morte fetal faz com que exista grandes discrepâncias nos cuidados prestados dentro do mesmo serviço/equipa, o que</p>

				<ul style="list-style-type: none"> Os profissionais manifestam a necessidade de eles próprios realizarem rituais de despedida para o feto, principalmente quando os pais não podem ou não querem. Muitos usam estes rituais como mecanismos de <i>coping</i>; Enfermeiros, <i>midwives</i> e assistentes de enfermagem são considerados como os profissionais de referência na prestação de cuidados aos pais após a perda fetal, sendo considerados como os mais capacitados para tal; 	<p>pode gerar conflitos nas equipas.</p> <p>Falta de continuidade dos cuidados após alta hospitalar.</p> <p>Necessidade de equipas multidisciplinares nos cuidados aos pais/família após morte fetal.</p>
--	--	--	--	---	---

					<ul style="list-style-type: none">• O cuidar com empatia foi identificado como a principal ferramenta dos enfermeiros, <i>midwives</i> e assistentes de enfermagem;• Muitos profissionais preferem evitar lidar com situações de morte fetal, pois cria sentimentos de isolamento e tristeza, principalmente quando não há o apoio da equipa;• Falta de condições físicas nos serviços para os pais/família fazer o luto	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>sem medos e vergonhas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • O apoio profissional aos pais, sem custos monetários adicionais, termina no momento da alta, o que não possibilita a continuidade dos cuidados. 	
10	<p><i>“Involuntary Pregnancy Loss and Nursing Care: A Meta-Ethnography.”;</i> Fernández-Basanta, S., Movilla-Fernández, M. J., Coronado, C., Llorente-García, H.</p>	<p>Sintetizar as experiências dos enfermeiros e das <i>midwives</i> na prestação de cuidados aos pais após uma perda involuntária da gravidez.</p>	<p>Número de participantes: 129 enfermeiros e <i>Midwives</i></p>	<p>Uma abordagem meta-etnográfica de 10 estudos, através das sete fazes de síntese de Noblit e Here. Foi utilizada uma estratégia de pesquisa sistemática abrangente nas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cinco temas predominantes: forças que apagam a luz, força para entrar na escuridão, evitar tropeçar, tatear na escuridão, e feridas depois de lidar com a escuridão; • É importante tratar as mulheres como mães e, principalmente, 	<p>O tipo de cuidado/apoio prestado também depende do serviço onde as mulheres são internadas. O serviço de ginecologia pode ser para alguns uma boa alternativa para a maternidade em situações de perda fetal, no entanto, a ginecologia, sendo um serviço predominantemente</p>

	<p>& Bondas, T.; 2020; Espanha</p>			<p>bases de dados PubMed, Scopus, CINAHL, PsychINFO e Web of Science em agosto de 2019.</p>	<p>como seres humanos, e não apenas como um útero vazio/evacuado;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe demasiada burocracia para algo que já é difícil de lidar/abordar junto dos pais; • Deve haver partilha das próprias emoções como os pais/família? Expressar as emoções pode ser uma estratégia de comunicação ou está a “roubar” o sofrimento dos pais? • As experiências profissionais anteriores foram a fonte de conhecimento sobre 	<p>cirúrgico, foca mais os seus serviços em aspetos técnicos e pode não oferecer o apoio emocional necessário.</p> <p>É difícil lidar com uma morte fetal, não só como profissional, mas também como pessoa. Existe uma grande responsabilidade em lidar com os pais em luto, onde muitas vezes é necessário a pessoa certa, no momento certo, que diga/faça a coisa certa.</p> <p>O conhecimento sobre como atuar perante uma perda fetal oferece segurança, confiança e conforto na prestação de cuidados.</p>
--	--	--	--	---	---	--

					<p>como lidar com uma perda fetal;</p> <ul style="list-style-type: none"> • O medo do desconhecido faz com que os cuidados sejam praticados à tarefa, e que não exista priorização do apoio emocional aos pais. Isto torna o cuidado superficial e descontínuo. 	
13	<p>“<i>Good practices in perinatal bereavement care in public maternity hospitals in Southern Spain.</i>”; Martínez-García, E., Lara-Rodríguez, H., Álvarez-Serrano, M. A.,</p>	<p>Avaliar as atitudes e as práticas de cuidados das <i>midwives</i> e enfermeiras em relação aos cuidados com a morte e o luto perinatal;</p>	<p>Amostra: 117 enfermeira e <i>midwives</i> que trabalham em serviços obstétricos, cirúrgicos ou de urgência (79 <i>midwives</i> e 38 enfermeiros).</p>	<p>Estudo quantitativo, multicêntrico e transversal efetuado em cinco maternidades da província de Granada. Foi aplicado o questionário</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existe grande discrepância entre as <i>guidelines</i> internacionais e o que é praticado, principalmente ao nível das opções de parto (apenas 10.3% oferece opções) e consultas de 	<p>O facto de não existir <i>guidelines</i> estabelecidas nos serviços provoca uma grande variabilidade de intervenções, que nem sempre são benéficas e pode gerar confusão.</p> <p>A experiência profissional torna mais fácil lidar com</p>

	<p>González-García, A., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., & Pérez-Morente, M. Á.; 2023; Espanha.</p>	<p>Determinar o seu grau de adaptação às normas internacionais; E identificar possíveis diferenças nos fatores pessoais entre aqueles que melhor se adaptam às recomendações internacionais.</p>		<p>Lucina (23 questões com três tipos de resposta: sim, não, não sei), que explora as emoções, crenças e conhecimentos dos profissionais que prestam cuidados a mulheres que sofrem perda fetal ou natimorto. Foi avaliado o perfil de cada participante, a história profissional e as conformidades relacionadas com os domínios do respeito, cuidados</p>	<p><i>follow-up</i> (apenas 23.9% encaminha);</p> <ul style="list-style-type: none"> A maioria dos participantes, consideram importante lidar com o bebé como se estivesse vivo (93.2%) e que o bebé deve ficar com os pais pelo tempo que estes acharem necessário (84.6%); Os profissionais reconhecem a importância das consultas de <i>follow-up</i> no pós-parto e, bem com, os recursos que são oferecidos às famílias para lidar com o luto após a alta hospitalar; 	<p>situações de morte fetal; mais do que a formação académica. É mais fácil prestar cuidados quando se lida com a parte física do que com a parte psicológica e emocional. Falta <i>guidelines</i>/protocolos/normas nos serviços e não há difusão entre os profissionais das <i>guidelines</i> que já existem.</p>
--	--	--	--	---	--	---

				<p>no parto, criar memórias e os cuidados pós-parto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • As opiniões mais discrepantes das recomendações internacionais foram: interromper a gravidez o mais rapidamente possível (57%), levar o bebê imediatamente se os pais não o quiserem ver (49.6%), utilizar sedação farmacológica durante o parto (26.5%) e recomendar uma futura gravidez o mais rapidamente possível (10.3%); • Devido à falta de <i>guidelines</i> e evidência científica nos cuidados, as características pessoais e crenças tem um grande peso nas 	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>intervenções praticadas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter uma formação de pelo menos 2h sobre luto perinatal e ter experiência pessoal com a situação, foram associadas com um maior respeito e maior abertura para criar memórias. 	
14	<p>“«<i>There is trauma all round</i>»: <i>A qualitative study of health workers' experiences of caring for parents after stillbirth in Kenya and Uganda.</i>” Mills, T. A., Ayebare, E.,</p>	<p>Explorar as experiências vividas pelos profissionais de saúde na prestação cuidados a mulheres e famílias em luto, em instalações no</p>	<p>Amostra: 61 profissionais de saúde (37 enfermeiras-<i>midwives</i>, 12 <i>midwives</i> e 10 médicos) que prestam regularmente cuidados a</p>	<p>Estudo qualitativo. Amostra intencional de profissionais de saúde, empregados em cinco centros urbanos, periurbanos e maternidades semirrurais em</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Emergiram três temas: (1) ganhar experiência através da prática e desenvolver competências, tais como, a comunicação, ultrapassar barreiras e desafios e ter contacto com o bebé; (2) o impacto emocional da 	<p>Mesmo nos países de baixo e médio rendimento, onde a morte fetal atinge números elevados, existe uma grande preocupação com os cuidados prestados à família após uma perda fetal, o que leva a sentimentos de culpa e responsabilidade por parte dos profissionais.</p>

	<p>Mweteise, J., Nabisere, A., Mukhwana, R., Nendela, A., Omoni, G., Wakasiaka, S., & Lavender, T.; 2022; Australia.</p>	<p>Quênia e no Uganda.</p>	<p>mulheres e famílias após morte de um bebê.</p>	<p>Nairobi, Quênia Ocidental, Kampala e Uganda Central. Entrevista individual realizada por assistentes de investigação experientes, com formação em obstetrícia ou enfermagem. Realizados questionários para recolher dados demográficos e práticos.</p>	<p>morte fetal, que inclui sentimentos de culpa, dificuldade em lidar com as famílias e queixas/reclamações; e, por último, (3) problemas relacionados com a falta de apoio organizacional e a cultura;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de formação fora ou dentro do serviço e inexistência de protocolos; • Grande dificuldade na comunicação com a mulher, com omissões e atrasos da informação; 	<p>Existe uma grande falha na comunicação entre os profissionais e as famílias, onde por vezes se passa a mensagem, intencionalmente, de insensibilidade e falta de empatia.</p> <p>Necessidade de formação na área da morte, luto e comunicação de más notícias.</p> <p>As condições físicas dos serviços influenciam a vivência da morte fetal.</p>
--	--	----------------------------	---	---	--	---

					<ul style="list-style-type: none">• Partilha de informação entre os colegas é considerada benéfica para desenvolver competências;• Preocupação com o pós-alta, onde os sentimentos de perda e luto podem ter consequências sociais na vida do casal;• Culturalmente, a morte fetal é vivida como uma traição dos profissionais de saúde para com as mulheres, o que provoca sentimentos de culpa dos profissionais com eles próprios, mas também por parte da	
--	--	--	--	--	---	--

					mulher/casal, que pode levar a reclamações ou até mesmo processos jurídicos. As instituições de saúde não protegem os profissionais.	
15	<p>“«<i>Death is a sensitive topic when you are surrounded by life</i>»: Nurses experiences with pregnancy loss.”;</p> <p>Martins, M. V., Valente, V. A., Silva, A. D., Ramalho, C., & Costa, M. E.; 2023; Portugal</p>	<p>Explorar as experiências dos enfermeiros, que lidam com a perda gestacional, comunicam com os doentes e facilitam o luto.</p>	<p>População: enfermeiros que trabalham no Departamento de Obstetrícia e Departamento Materno-Fetal</p> <p>Amostra: 16 enfermeiros (15 mulheres e 1 homem; 6 com especialidade na área da obstetrícia)</p>	<p>Estudo qualitativo exploratório.</p> <p>Realizado entrevistas semiestruturadas, individuais</p> <p>Experiência profissional entre 3 e 15 anos no serviço.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Três temas: condições de trabalho stressantes, impacto na vida pessoal e personalização da comunicação enfermeiro-utente; Necessidade de formação na área do luto e mais apoio organizacional nestas situações, onde a partilha de casos é considerada útil; 	<p>Reconhecimento da necessidade de formação especializada na morte/luto.</p> <p>Facilitar a referenciação para apoio psicológico profissional, sem censura por parte de outros profissionais.</p> <p>Reuniões regulares de equipa para partilhar experiências (enfermeiros, psicólogos, obstetras, etc.)</p> <p>Partilha de sentimentos através da partilha de casos.</p> <p>Centrar os cuidados na mulher/casal, facilitando o</p>

					<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar as instalações, de modo que a mulher/casal possa ter privacidade e silêncio; • As emoções dos utentes têm um impacto nos enfermeiros; • A empatia e a comunicação são as ferramentas mais importante, que permite mostrar apoio, conforto e promover uma decisão informada; • Os cuidados de enfermagem prestados vão evoluindo/melhorando com as experiências; 	<p>processo de luto e tornando os cuidados mais humanizados.</p> <p>As perdas fetais tardias são consideradas mais difíceis de lidar porque, para além da perda do bebé, houve já alterações físicas, preparações em casa e da família adjacente e existe um bebé sonhado e desejado.</p>
--	--	--	--	--	---	---

					<ul style="list-style-type: none">• Lidar com a morte fetal é algo desafiador, mas privilegiado também;• Os cuidados prestados no serviço de internamento deviam ser apenas o início do processo terapêutico.	
--	--	--	--	--	--	--

Apêndice III: Guião de Entrevista Semiestruturada

Guião de Entrevista para Realizar aos EEESMO

“Perda Fetal: Vivências do EEESMO”

Entrevista nº _____ Data: ___/___/___ Hora de Início: ___:___H Hora de Término: ___:___H

Recursos materiais utilizados: _____

Caracterização da amostra:

- Idade: _____ anos
- Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____
- Género: ___ Feminino ___ Masculino ___ Outro
- Estado civil: ___ Solteiro(a) ___ Casado(a) ___ Divorciado(a) ___ Viúvo(a) ___ Outro
- Local de residência: ___ Urbano ___ Rural
- Filhos: ___ Não ___ Sim Quantos? _____
- Religião: _____
- Habilitações Literárias: _____
- Profissão: _____ Anos de Serviço: _____

Guião da Entrevista (Questões de resposta aberta)

1. Que sentimentos despertam em si a perda fetal? Qual a sua atitude perante estas situações?
2. Qual a sua atitude perante estas situações? O que faz? Como se sente? Qual a atitude que adota na prestação de cuidados ao casal após a comunicação da perda fetal? Dê exemplos da sua prática.
3. Em algum momento sentiu que os cuidados prestados à mulher/casal a vivenciar a morte fetal poderia ter sido melhor? Poderia ter intervindo de forma diferente?
4. Quais as dificuldades que se depara no acompanhamento/apoio ao casal durante o processo de luto? Como as ultrapassa?
5. O que acha que poderia ser feito para ajudar os enfermeiros a lidarem com estas situações? Quem deveria apoiar?
6. Considera que a formação académica a/o preparou para lidar com situações de perda fetal? Sente necessidade de formação adicional? Se sim, qual formação sugere?
7. Existe mais alguma coisa que gostaria de acrescentar sobre este assunto?

Apêndice IV: Consentimento Informado

Consentimento Informado Livre e Esclarecido para os Profissionais de Saúde

Título do estudo: *“Perda Fetal: as vivências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”*

Investigador Responsável: Cátia Sofia Barradas Miranda

Estudo realizado sob orientação da Sra. Prof.^a Doutora Sara Elisabete Cavaco Palma, professora adjunta da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Este estudo é realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém/Instituto Politécnico de Santarém, com o **objetivo** de: Identificar e compreender as vivências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na prestação de cuidados após uma situação de perda fetal.

Os dados para o estudo são colhidos através de entrevista. Solicito que responda às questões de forma espontânea. Não existe respostas certas ou erradas e as suas opiniões e experiências são imprescindíveis para este estudo.

Considera-se que a sua participação e a divulgação dos resultados deste estudo venham a contribuir para o aprimoramento dos cuidados de enfermagem prestados às mulheres/casais que passam por uma situação de perda fetal, bem como para futuros estudos/divulgações nesta área.

Eu, _____, ao ter recebido as informações do estudo e, consciente dos direitos que tenho, consinto em participar no mesmo, sabendo que:

- Será mantido o anonimato e confidencialidade, sobre a minha identidade, bem como, as minhas respostas;
- A garantia de esclarecimento de qualquer dúvida relacionada com o estudo;
- Participe ou não, ou se me recusar a responder a alguma questão não serão afetados os serviços.
- A qualquer momento posso anular a minha participação no estudo;
- Não receberei nenhum benefício direto como resultado da minha participação;
- Os dados recolhidos através das entrevistas serão tratados e guardados em ficheiro próprio, com acesso exclusivo pelo investigador. Serão destruídos 5 anos após o término do estudo, garantindo os princípios éticos inerentes a qualquer estudo (anonimato, autodeterminação, justiça e confidencialidade);
- Os resultados da investigação ser-me-ão proporcionados, se os solicitar, e caso tenha alguma pergunta acerca do estudo, devo contactar a investigadora responsável pelo contacto: Cátia Miranda, email: 220000118@ipsantarém.pt

Fui informado(a) que esta participação é totalmente voluntária.

Li este consentimento e concordo em participar	Li, expliquei e conduzi a entrevista
____/____/____	____/____/____
EEESMO Participante	Investigador

Apêndice V: Análise de Conteúdo das Entrevistas

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	Unidade de contexto
Perda Fetal	Sentimentos e emoções	Nos casais	Tristeza	“(…), e neste caso o primeiro sentimento é a tristeza (…) Tristeza. Frustração.” (EESMO 1)
			Sofrimento	“(…) normalmente sente-se logo que o casal/mulher está a sofrer (…)” (EESMO 1); “(…) cai sempre uma lágrima.” (EESMO 4)
		Nos profissionais	Frustração	“(…) foi uma situação que me deixou muito frustrada enquanto EESMO” (EESMO 4)
			Impotência	“(…) Um grande sentimento de impotência.” (EESMO 3)
Perda Fetal	Cuidados de enfermagem	Facilitadores	Depende da idade gestacional	“Também depende do tipo de perda gestacional (…)” (EESMO 1); “Quanto mais tarde for a perda mais impacto tem no que nós sentimos.” (EESMO 2); “(…) é mais duro quando é uma idade gestacional mais avançada.” (EESMO 3); “(…) as perdas no início da gravidez eram mais fáceis de lidar e aceitar (…)” (EESMO 4)
			Cuidado Empático	“É necessário falar ou ficar em silêncio, mas estar presente.” (EESMO 1); “É necessária uma atitude baseada na empatia (…) Às vezes o silêncio é o que se pretende mais nesse momento (…)” (EESMO 2); “Focar-me sobretudo neles e ser eu aqui um veículo facilitador.” (EESMO 3)

	Barreiras à prestação de cuidados	Pessoais	Falta de preparação	<p>“(…) senti que não tinha formação suficiente (…) Eu quero estar presente, mas sinto que ainda não consigo (…) durante algum tempo não consegui estar ao pé da mulher (…)” (EEESMO 1);</p> <p>“Acho que a comunicação é a minha maior dificuldade, a escolha das palavras mais certas num momento tão difícil.” (EEESMO 2);</p>
		Estruturais	Gerir as próprias emoções	<p>“Aquilo que receio sempre é não conseguir gerir as minhas próprias emoções (…) Não faz mal ficar sensibilizado, mas se calhar não deve ser mais que eles.” (EEESMO 1);</p> <p>“A maior dificuldade é mesmo distanciar-nos, distanciar-nos emocionalmente da situação (…) estamos a combater com os nossos menos e inseguranças.” (EEESMO 3);</p> <p>“Ultrapassar é difícil, porque na realidade nós não conseguimos ultrapassar, vamos lidando.” (EEESMO 4)</p>
			Espaço físico desadequado	<p>“Nós não temos um serviço preparado para perda fetal,</p>

			<p>Falta de suporte das instituições</p>	<p>desabafar” (EEESMO 1); “Seria importante haver tempo e espaço para existirem as reuniões de equipa que permitissem a partilha e isso não existe, não temos esse tempo (...) É necessário haver partilha, partilha de experiências.” (EEESMO 2); “Devia haver oportunidade para se falar abertamente sobre estas situações e como elas nos fazem sentir (...)” (EEESMO 3).</p> <p>“(...) somos nós que estamos a tentar arranjar uma solução, os enfermeiros, não é ninguém do hospital (...) não tenho a sensação de que reconhecem, para já, que também para os profissionais é difícil.” (EEESMO 1); “(...) não acho que a instituição esteja preocupada com os seus profissionais, em nenhum aspeto.” (EEESMO 2).</p>
--	--	--	--	---

		Formativo	Formação em serviço/continua	<p>“O luto deve ser abordado logo na formação base, e depois o luto gestacional mais aprofundado na especialidade (...) É necessário haver formação mesmo sobre o luto pré-natal.” (EEESMO 1); “Não é só ter mais empatia para com os casais e estar mais desperta para a situação, é preciso formar.” (EEESMO 2); “Na formação de base não houve qualquer referência e na formação da especialidade não me recordo de haver esta abordagem (...) A formação é muito importante, não só para o cuidado ao casal, mas também para o nosso próprio autocuidado.” (EEESMO 3); “É também necessário formar e partilhar as experiências, acho que é o básico.” (EEESMO 2); “(...) formações, que são importantes nesta área.” (EEESMO 3); “(...) estamos numa fase de formação e de</p>
--	--	-----------	------------------------------	--

			Uniformização de cuidados	<p>criação do grupo de trabalho.” (EEESMO 4).</p> <p>“Os serviços que abordam este tema deviam proporcionar formação (...) Temos de uniformizar os procedimentos, porque nem todos trabalhamos da mesma maneira (...)” (EEESMO 2).</p>
--	--	--	---------------------------	--

Apêndice VI: Síntese do Registo de Atividades

Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family Counseling and health promotion	29
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant women:	104
• Exames pré-natais/Prenatal Examinations (100)	
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor:	43
• Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40)	
• Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries	0
• Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiples births	0
• Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births	11
• Episiotomia/Episiotomy	7
• Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy	32
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at the risk	53
• Gravidez/Pregnancy (40)	
• Trabalho de parto/Labor	16
• Puerpério/Puerperium	18
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/Supervision and care to the women in the postnatal period (100)	107
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/Supervision and care to the healthy new-born (100)	104
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the new-born in need of special care	9
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology	67
Prática simulada/Simulated practice:	
• Prática de manobras de Leopold/Leopold's maneuver practice	
• Prática de partos eutócicos/Practice of eutocic births	2
• Prática de partos pélvicos/ Practice of breech births	1
• Prática de distocias de ombros/Shoulder dystocia practice	1
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/Pratice on episiorrhaphy, periniorrhaphy	

Santarém, 2024Estudante/Student Rúbia Sofia Barreiros TeixeiraProfessor/Teacher Sara Elisabete Caraco PalmaAssinado por: **Maria da Conceição Fernandes Santiago**


Num. de Identificação: 08560601

Coordenador do curso/The course coordinator _____


Apêndice VII: Sessão “Plano de Parto”



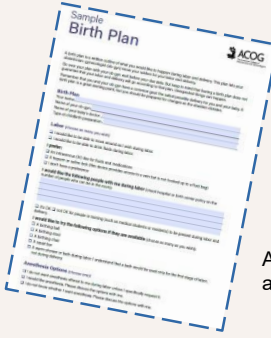
Exemplos




Ordem dos Enfermeiros,
2017



Centro Hospitalar do Algarve,
2017



American College of Obstetricians
and Gynecologists, 2022



Hospital [redacted]

"Plano de Parto, uma forma Consciente de Nascer"

Plano de Parto Tabela

Cara equipa de Obstetrícia do Hospital [redacted] este documento regista as preferências para o nascimento do meu(nosso) bebé para condições consideradas normais na esperança de criar a melhor experiência possível para todos os intervenientes.

Grata(os) antecipadamente pela vossa atenção e profissionalismo.

Nome da Grávida: _____

Nome do Bebê: _____

Data Provável do Parto:
 __/__/__

AS MINHAS PREFERÊNCIAS	
ACOMPANHANTE Responsável pelo internamento	Identificação: <ul style="list-style-type: none">- Nome- Grau de parentesco- Contacto Telefónico

[- 1 pessoa por utente;
- O acompanhante deverá ser sempre o mesmo durante o internamento;
- Companheiro/Mãe/Irmã/Sogra/Pessoa de Referência.]

ALIMENTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">- Tipo de dieta (geral, vegetariana, vegan, etc)- Se deseja ingerir alimentos e/ou líquidos durante o trabalho de parto- Intolerâncias e/ou Alergias alimentares- Alergias a medicamentos
--------------------	--

ALIMENTAÇÃO	Exemplos: “Gostaria de poder beber água ou chá.” “Gostaria de poder comer.” “Sou intolerante à lactose” “Sou alérgica à penicilina”

[Durante a fase ativa do trabalho de parto poderá ser recomendado comer apenas coisas leves (ex.: gelatina)]

(Ordem dos Enfermeiros, 2017 e Centro hospitalar do Algarve, 2017)

ALIVIO DA DOR	- Epidural: Sim ou Não - Métodos não Farmacológicos: » Deambular/mudar de posição » Bola de Pilates » Duche » Aplicação de calor/frio » Massagem » Musicoterapia » Aromoterapia » Cromoterapia » ...

Atenção: Dependendo da progressão do trabalho de parto, pode não haver tempo para a analgesia.

<p>ALIVIO DA DOR</p>	<p>Exemplos: “Gostaria de receber a epidural o mais cedo possível.”</p> <p>“Gostaria que não me oferecessem a epidural, a não ser que eu a solicite.”</p> <p>“Desejo poder usar métodos de alívio da dor como, por exemplo, a bola de pilates, duche e saco de água quente.”</p> <p>“Desejo poder ouvir música, reduzir a luz ou ajustar a temperatura da sala para meu conforto.”</p>
----------------------	---

(Ordem dos Enfermeiros, 20017 e Centro hospitalar do Algarve, 2017)

<p>DEAMBULAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none">- Se deseja caminhar durante o trabalho de parto- Se deseja dançar durante o trabalho de parto
--------------------	---

DEAMBULAÇÃO	Exemplos: "Gostaria de ter liberdade de movimentos durante o trabalho de parto"
-------------	--

MONITORIZAÇÃO E CONDUÇÃO	<ul style="list-style-type: none">- Soroterapia- Indução do trabalho de parto ou uso de medicação indutora- Rotura artificial da bolsa de águas- Tricotomia: Sim ou Não- CTG de forma contínua ou intermitente
--------------------------------	--

[Se estiver com analgesia epidural ou perfusão de indutores do trabalho de parto, é essencial que se mantenha a monitorização contínua.]

MONITORIZAÇÃO E CONDUÇÃO	<p>Exemplos: “Gostaria que não me fossem administrados líquidos por via endovenosa (soro).”</p> <p>“Não desejo depilação, clister ou esvaziamento vesical a não ser que seja mesmo necessário.”</p> <p>“Não me oponho que seja administrada medicação para acelerar o trabalho de parto, se necessário.”</p> <p>“Gostaria de não estar ligada ao CTG continuamente. Se o bebé estiver bem, preferia que fizessem monitorização intermitente.”</p>
--------------------------------	--

(Ordem dos Enfermeiros, 2017 e Centro hospitalar do Algarve, 2017)

NASCIMENTO Parto Vaginal	<ul style="list-style-type: none">- Escolher a posição em que que parir (posição ginecológica, 4 apoios, de lado, sentada, etc.);- Se que ver e/ou sentir o bebé;- Se autoriza que seja realizada episiotomia;- Quem irá cortar o cordão umbilical;- Se pretende que seja realizada a colheita de células estaminais;- Se pretende ver ou que seja realizado algum cuidado especial com a placenta.
---------------------------------	--

[Tendo em conta o bem estar da mãe e do feto, poderá existir pedidos que não são possíveis de realizar.]

NASCIMENTO	<p>Exemplos: “Desejo que o meu (acompanhante) esteja presente durante o parto.”</p> <p>“Pretendo parir na posição ginecológica/sentada, utilizando o banco de parto.”</p> <p>“Gostaria de tocar na cabeça do bebê assim que começar a coroar (estiver à vista).”</p> <p>“Gostaria de um espelho para ver o nascimento do meu bebê.”</p> <p>“Gostaria de ser sujeita a episiotomia apenas se o procedimento for necessário para a segurança do bebê.”</p> <p>“Desejo que o cordão só seja cortado quando deixar de pulsar.”</p> <p>“Desejo ser eu/o meu (acompanhante) a cortar o cordão umbilical.”</p> <p>“Gostaria que fosse realizado contacto pele assim que o bebê nasce.”</p> <p>“Desejo ver a placenta após o nascimento.”</p>
------------	--

(Ordem dos Enfermeiros, 2017 e Centro hospitalar do Algarve, 2017)

NASCIMENTO	<ul style="list-style-type: none">- Se gostaria de ver o momento do nascimento ou não;- Quem irá cortar o cordão umbilical;- Quem será a primeira pessoa a pegar no bebê, após a avaliação dos profissionais;
Cesariana	

<p>NASCIMENTO</p> <p>Cesariana</p>	<p>Exemplos: “Gostaria que baixassem a cortina no momento do nascimento.”</p> <p>“Desejo que o meu (acompanhante) esteja presente o momento do parto”</p> <p>“Desejo que o cordão só seja cortado quando deixar de pulsar.”</p> <p>“Desejo que o meu (acompanhante) corte o cordão umbilical.”</p> <p>“Gostaria que fosse realizado contacto pele assim que possível.”</p> <p>“Desejo ver a placenta após o nascimento.”</p>
------------------------------------	---

(Ordem dos Enfermeiros, 2017 e Centro hospitalar do Algarve, 2017)

<p>CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO</p>	<ul style="list-style-type: none">- Se deseja amamentar assim que o bebé nasce;- Quem quer que vista a primeira roupa do bebé após o nascimento;- Quem pretende que realize o 1º banho;
--	---

CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO	<p>Exemplos: “Gostaria que o bebê fosse posto no meu colo imediatamente após o nascimento.”</p> <p>“Desejo amamentar na primeira hora e que o bebê fique no meu colo nesse período.”</p> <p>“Gostaria que os exames ao bebê fossem realizados na minha presença.”</p> <p>“Desejo que o meu (acompanhante) vista a primeira roupa ao bebê”</p> <p>“Desejo que o primeiro banho seja dado por nós.”</p>
---------------------------------	--

(Ordem dos Enfermeiros, 2017 e Centro hospitalar do Algarve, 2017)

AMAMENTAÇÃO	<p>- Como deseja alimentar o seu bebê?</p> <ul style="list-style-type: none">» Leite Materno Exclusivo» Leite Artificial» Misto
-------------	---

AMAMENTAÇÃO	<p>Exemplos: "Gostaria de dar de mamar na primeira hora a seguir ao parto."</p> <p>"Desejo fazer uma amamentação em horário livre."</p> <p>"Não desejo biberão, chupetas, bicos de silicone ou leite artificial, irei amamentar o meu filho naturalmente."</p> <p>"Gostaria que não oferecessem suplemento ou chuchas ao bebé sem o meu consentimento."</p> <p>"Desejo utilizar formula para alimentar o meu bebé."</p>
-------------	--

(Ordem dos Enfermeiros, 2017 e Centro hospitalar do Algarve, 2017)

OUTRAS PREFERÊNCIAS	<p>"Para além dos itens mencionados, gostaria ainda..."</p> <p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Em caso de cesariana;- A roupa que pretende utilizar no hospital- Etc.
------------------------	--

Nota: Preencha o Plano de Parto Tabela baseando-se no Guia Informativo para elaboração do Plano de Parto existente na maternidade.

(Ordem dos Enfermeiros, 2017 e Centro hospitalar do Algarve, 2017)



Elabore e/ou valide o seu plano de parto junto de um profissional de saúde.

Bibliografia

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2022). *Sample Birth Plan*. <https://www.acog.org/womens-health/health-tools/sample-birth-plan>

Centro Hospitalar Universitário do Algarve. (2017). *Plano de Parto*. Recuperado de https://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2017/06/plano_de_parto_ptm.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Parecer nº 7/2012 do Conselho Jurisdicional. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Plano de Parto: Escolhas que marcam a vida...* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11951/af_aleitamentomaterno_vf.pdf

Ordem dos enfermeiros. (2017). *Direitos Humanos na Gravidez, Parto e Pós-parto: Plano de Parto – Exemplos*. Recuperado de <https://view.publitas.com/p222-14781/plano-de-parto-exemplos-1-e-2/page/1>

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Plano de Parto* [Cartaz]. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14926/cartaz-plano-de-parto_vf.pdf

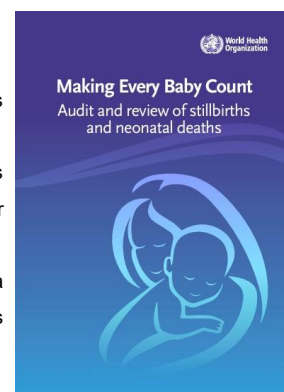
Apêndice VIII: Sessão de Formação em Serviço “Perda Fetal: *Guidelines* Internacionais”

Perda Fetal: Guidelines Internacionais

2016

Objetivos:

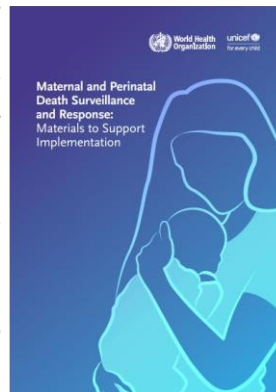
- Avaliar o impacto dos nados-mortos e das mortes neonatais, incluindo as tendências em termos de números e causas de morte
- Gerar informações sobre os fatores modificáveis que contribuem para os nados-mortos e as mortes neonatais e utilizar essas informações para orientar as ações destinadas a evitar mortes semelhantes no futuro; e
- Procurar responsabilidade pelos resultados e obrigar os responsáveis pela tomada de decisões a prestar a devida atenção e a responder ao problema dos nados-mortos e das mortes neonatais.



2021

Objetivos:

- Avaliar o impacto das mortes maternas, dos nados-mortos e das mortes neonatais, incluindo os números e causas de morte;
- Gerar informação sobre os fatores modificáveis que contribuem para a morte evitável e utilizar a informação para orientar a ação, a fim de evitar mortes semelhantes no futuro;
- Promover a confidencialidade e uma cultura "sem culpa";
- Responsabilização pelos resultados e obrigar os responsáveis pela tomada de decisões a dar a devida atenção e resposta ao problema das mortes maternas, dos nados-mortos e das mortes neonatais;
- Fornecer exemplos de formulários e orientações que podem ser adaptados ao contexto local;
- Compilar e estabelecer ligações com ferramentas, recursos e a base de provas para a Vigilância e Resposta ao óbito materno e perinatal.



WHO, 2021



Fig. 1 - Modelo para a prática de cuidados respeitosos e de apoio após a perda perinatal.

Stillbirth CRE, 2019

Boa Comunicação

Uma boa comunicação implica encontrar as palavras certas, a abordagem certa e ter em atenção tanto ao que é dito como à forma como é dito.

A comunicação deve proporcionar conforto e evitar aumentar a angústia dos pais.

Boa comunicação: transmite sensibilidade e compaixão; oferece informação clara, honesta e compreensível; e demonstrar respeito pelas necessidades e preferências individuais

WHO, 2016; Boyle et. al, 2020; WHO, 2021

Boa Comunicação (*Guidelines*)

Dar aos pais informações claras, de forma sensível e atempada, utilizando uma linguagem compreensível e não técnica.

Ser empático, objetivo e recetivo. Responder às perguntas dos pais, reconhecer quando algo é desconhecido ou incerto e procurar informações de que os pais possam necessitar.

Incluir ambos os pais na comunicação e na tomada de decisões e perguntar-lhes se desejam a presença de uma pessoa de apoio. Reconhecer as diferentes reações ao luto e apoiar os pais na expressão das suas emoções e preocupações.

Utilizar a palavra "bebé" e questionar os pais se têm um nome para o bebé. Em caso afirmativo, pedir autorização para chamar o bebé por esse nome. Não se referir ao bebé como "feto", "coisa" ou "produto da conceção".

Complementar a informação verbal com informação escrita ou eletrónica precisa e centrada nos pais, que estes possam ler quando estiverem prontos.

WHO, 2016; Stillbirth CRE, 2019; WHO, 2021

Boa Comunicação (*Guidelines*)

- ✓ Ter em conta que o **stress e o luto** podem afetar significativamente a forma como as pessoas absorvem, retêm e respondem à informação:
 - Repetir as informações e verificar se o pais compreenderam e a necessidade de mais informações;
 - Utilizar perguntas abertas para ajudar a personalizar as informações;
 - Dar tempo aos pais para processarem a informação ao seu próprio ritmo e para fazerem perguntas;
 - Antecipar reações emocionais intensas, incluindo a raiva, e ser capaz de apoiar os pais na sua dor.



WHO, 2016; Stillbirth CRE, 2019; WHO, 2021

Boa Comunicação (*Guidelines*)

Transmissão de más notícias

- ✓ Comunicar a má notícia de forma clara, sensível e honesta. A informação deve ser transmitida por um profissional de saúde que possa discutir os pormenores com os pais;
- ✓ Manter os pais informados sobre tudo, minimizando os atrasos na partilha de informação;
- ✓ Não deixar os pais sozinhos sem informação. Caso a mulher compareça sozinha, deve ser contactado uma pessoa de apoio identificada pela própria. Até essa pessoa chegar, o profissional de saúde que a acolheu deve acompanhá-la;
- ✓ Aconselhar os pais em caso de incerteza, assegurando que estão a ser feitos todos os possíveis para determinar o estado do bebé, e oferecer para ficar junto destes ou para responder a perguntas.

WHO, 2016; Stillbirth CRE, 2019; WHO, 2021

Tomada de decisão compartilhada

Deve ser dado ao casal o poder de decisão sobre tudo o que irá acontecer após a transmissão da má notícia. A decisão deve ser tomada com base na informação que lhes é oferecida, e tendo em conta os riscos que pode existir.

A mulher deve ter autonomia de decisão sobre todos os momentos do trabalho de parto e parto.

Apoiar os pais na tomada de decisões exige mais do que uma única conversa. É essencial dar aos pais opções, tempo para considerarem essas opções e oportunidades para discutirem e reverem as suas decisões.

WHO, 2016; Stillbirth CRE, 2019; WHO, 2021

Tomada de decisão compartilhada (*Guidelines*)

- ✓ Oferecer apoio e suporte sem fazer juízos de valor;
- ✓ Apoiar os pais nas suas próprias decisões e evitar suposições sobre o que os pais vão escolher. Perguntar o que é importante para eles e quais são as suas preocupações;
- ✓ Reconhecer que os pais podem sentir-se inseguros ou desconfortáveis em relação às suas decisões. Utilizar o enquadramento de "outras pessoas" (por exemplo, "Outros pais acharam por vezes útil ...") para ajudar a normalizar as decisões e ajudar os pais a explorar as opções;
- ✓ Perguntar se os pais querem que outras pessoas participem na tomada de decisões (ex.: membros da família, outros profissionais de saúde ou líderes espirituais) e, ao mesmo tempo, permita que os pais tenham tempo para si próprios;
- ✓ Dar oportunidade aos pais de fazerem perguntas e explorarem as suas preocupações mais do que uma vez com um profissional de saúde informado, experiente e de confiança. Proporcionar aos pais a oportunidade de reverem as suas decisões, mas informando-os sobre questões críticas (ex.: o tempo até à autópsia; como a condição do bebé pode mudar).

WHO, 2016; Stillbirth CRE, 2019; WHO, 2021

Tomada de decisão partilhada (*Guidelines*)



Trabalho de parto e Parto

- ✓ Estabelecer o que os pais pretendem para os seus cuidados na altura do nascimento, incluindo se preferem estar longe da maternidade, se tal for possível. Tomar providências para que o companheiro ou outra pessoa de apoio possa ficar no seu quarto 24h, se assim o desejar;
- ✓ Perguntar a todos os pais se têm necessidades religiosas, culturais ou espirituais e facilitar os pedidos sempre que possível;
- ✓ Ter em conta as necessidades específicas de grupos vulneráveis que possam ter um historial de traumas e perda;
- ✓ Os pais devem receber informações claras sobre as opções de parto e devem ser explicados os riscos e benefícios de cada uma delas;

WHO, 2016; Stillbirth CRE, 2019; WHO, 2021

Tomada de decisão partilhada (*Guidelines*)



Trabalho de parto e Parto

- ✓ Fornecer informações claras e compreensíveis sobre as opções do momento, modo e local do parto, bem como sobre as opções de alívio da dor, tendo em conta os desejos, objetivos e preocupações dos pais. Aconselhar os pais que um trabalho de parto e um parto vaginal podem trazer benefícios físicos e emocionais, em comparação com uma cesariana sem indicação;
- ✓ Se os pais desejarem, desenvolver com eles um plano de parto que contenha o planeamento da morte do bebé, incluindo o tipo de cuidados a prestar ao bebé, as interações com o bebé e quaisquer rituais culturais, espirituais ou outros.
- ✓ Permitir que os pais passem o tempo que desejarem em privado com o seu bebé que morreu; Devem ser discutidas questões práticas, incluindo os cuidados e o transporte do corpo do bebé, e questões legais relevantes, quando os pais estiverem prontos.

WHO, 2016; Stillbirth CRE, 2019; WHO, 2021

Tomada de decisão partilhada (*Guidelines*)



Trabalho de parto e Parto

- ✓ Discutir o valor de uma autópsia com os pais em todos os casos de morte perinatal e oferecer-lhes a opção do procedimento. Explicar as várias opções de autópsia, incluindo exames menos invasivos e por etapas. Sempre que possível, a discussão deve ser conduzida por um médico sénior que tenha estabelecido uma relação e compreensão com os pais.
- ✓ Assegurar aos pais que o bebé será sempre tratado com cuidado e respeito e que será feito tudo o que for possível para compreender a causa da morte, incluindo investigações padrão e revisão dos cuidados prestados.
- ✓ Abordar questões que possam ser importantes para os pais, incluindo saber onde está o bebé, se podem acompanhar o bebé à morgue e se podem voltar a ver o bebé.
- ✓ O relatório da autópsia e todos os procedimentos que foram realizados devem ser explicados cuidadosamente e com uma linguagem simples por um médico sénior que tenha estabelecido uma relação e compreensão com os pais.

WHO, 2016; Stillbirth CRE, 2019; WHO, 2021

Reconhecimento da parentalidade

O reconhecimento da paternidade requer ações por parte dos profissionais de saúde que apoiem a **criação de memórias duradouras**.

Estas ações permitem que os pais se encontrem e conheçam o seu bebé, que tenham contacto com o seu bebé e se envolvam em atividades parentais, e que colecionem recordações tangíveis do seu bebé.



WHO, 2016; Stillbirth CRE, 2019; WHO, 2021

Reconhecimento da parentalidade(*Guidelines*)

- ✓ Apoiar as decisões dos pais de ver e pegar ou não no bebé, reconhecendo que qualquer uma das opções é válida e que os pais também podem alterar uma decisão inicial;
- ✓ Validar a paternidade e apoiar a criação de memórias:
 - Assegurar aos pais que o seu bebé será sempre tratado com cuidado e respeito;
 - Utilizar uma linguagem e ações suaves e carinhosas ao interagir com o bebé;
 - Fornecer informações sobre o bebé (ex.: peso, comprimento, cor do cabelo);
 - Apoiar as atividades parentais, como segurar, dar banho, vestir e despir o bebé;
 - Oferecer a todos os pais a oportunidade de ver e segurar o seu bebé imediatamente após o nascimento, incluindo o contacto pele a pele com o bebé;
- ✓ Preparar os pais para ver e pegar no bebé, dando-lhes informações relevantes sobre o aspeto físico, o tamanho, o tónus e a temperatura do bebé;

WHO, 2016; Stillbirth CRE, 2019; WHO, 2021

Reconhecimento da parentalidade(*Guidelines*)

- ✓ Assegurar que sejam oferecidas a todos os pais (em mais de uma ocasião):
 - Fotografias que contem a história do seu bebé, incluindo: o trabalho de parto e o nascimento; fotografias do seu bebé, deles próprios e de outras pessoas com o bebé;
 - Recordações tangíveis do bebé (ex.: etiquetas de identificação, madeixas de cabelo, impressões de mãos e pés);
 - Oportunidades de envolver os irmãos e outros membros da família;
 - Oportunidades para rituais comemorativos, como a cerimónia do nome, a bênção ou o batismo.
- ✓ Discutir com os pais a possibilidade de guardarem as recordações do seu bebé nos registos hospitalares, para serem recolhidas mais tarde, se optarem por não as levar para casa;
- ✓ Fornecer aos pais informações sobre as opções de enterro, cremação e funeral que estão disponíveis para os bebés e apoiá-los na tomada de uma decisão sem pressas.

WHO, 2016; Stillbirth CRE, 2019; WHO, 2021

Apoio eficaz



Um apoio eficaz implica a prestação de apoio emocional, informativo e prático imediato e contínuo aos pais e a outros membros da família.

Os profissionais de saúde devem reconhecer que os pais passaram pela **experiência do nascimento e morte de um bebé ao mesmo tempo**.

WHO, 2016; Stillbirth CRE, 2019; WHO, 2021

Apoio Eficaz (*Guidelines*)

- ✓ Tratar com sensibilidade as necessidades de cuidados físicos pós-parto das mães, incluindo lactação, lóquios, contraceção e atividade física;
- ✓ Fornecer aos pais orientações sobre as reações comuns ao luto perinatal e sobre o que esperar, incluindo informações escritas ou eletrónicas para que as possam consultar quando estiverem prontos;
- ✓ Assegurar que os pais saem do hospital com os dados de contacto para acompanhamento 24h e informações escritas sobre fontes de apoio contínuas (telefone, online e presencial), incluindo organizações de apoio aos pais;
- ✓ Reconhecer que as necessidades e preferências de apoio dos pais variam e que as informações escritas complementam, mas não substituem, a comunicação empática cara a cara. Garantir que as mães recebem, pelo menos, uma chamada ou visita de acompanhamento de um profissional de saúde devidamente qualificado após a alta hospitalar (de preferência, até 24h após a alta).

WHO, 2016; Stillbirth CRE, 2019; WHO, 2021

Apoio Eficaz (*Guidelines*)

- ✓ Oferecer a todos os pais uma **consulta de follow-up** realizada no prazo de, no máximo, 12 semanas após a morte do bebê. Deve ser realizada por um profissional de saúde com experiência em luto perinatal, que conheça os pais e o caso, e que capaz de abordar os aspetos clínicos e emocionais da morte do bebê. O local da consulta deve ser cuidadosamente considerado para evitar angústia desnecessária. Na consulta deve ser abordado:
 - Discussão dos acontecimentos que levaram à morte do bebê;
 - Discussão sobre as decisões e intervenções efetuadas durante os cuidados prestados à mãe;
 - Os resultados das investigações clínicas maternas e das investigações *post-mortem* perinatais;
 - As implicações para futuras gravidezes;
 - Encaminhamento para outros testes ou consultas, se necessário; e
 - Discussão sobre o luto e a forma como os pais lidam com a situação.
- ✓ Estabelecer e utilizar vias de encaminhamento para os pais que possam estar em risco de luto complicado devido a fatores relacionados com a morte, antecedentes médicos ou pessoais, circunstâncias sociais ou outros fatores de stress.

WHO, 2016; Stillbirth CRE, 2019; WHO, 2021

Resposta da Organização



A resposta organizacional é necessária para criar as condições e estruturas formais que promovam o apoio e permitam aos profissionais de saúde prestar cuidados. Reconhecer que os **cuidados de luto perinatal respeitosos e solidários são uma responsabilidade partilhada entre a organização e os profissionais de saúde**, é fundamental para o desenvolvimento de ambientes que permitam e apoiem cuidados sustentados nas melhores evidências.

No entanto, também é importante reconhecer e encontrar formas de gerir o impacto da morte perinatal nos profissionais de saúde, para que seja possível prestar os melhores cuidados aos pais ao mesmo tempo que se promove o bem-estar dos prestadores de cuidados.



WHO, 2016; WHO, 2021; Boyle et. al, 2020;

Resposta da Organização (*Guidelines*)

- ✓ Cada maternidade deve estabelecer e promover o compromisso de prestar os melhores cuidados de luto perinatal. Devem estar disponíveis e ser utilizadas por todo o pessoal relevante políticas e diretrizes baseadas em dados concretos.
- ✓ A formação e o apoio dos profissionais são fundamentais para a prestação dos melhores cuidados no luto perinatal:
 - Todos os profissionais de saúde em maternidades devem ter formação em cuidados de luto perinatal que cumpra as normas adequadas, reflita as evidências atuais e aborde as políticas locais relevantes;
 - O apoio formal e entre pares deve estar prontamente disponível para os profissionais de saúde que trabalham com morte perinatal;
 - A tutoria, a supervisão e a formação especializada devem ser apoiadas para reforçar a capacidade, a sustentabilidade e a excelência dos cuidados no luto perinatal;
 - Devem ser proporcionadas oportunidades aos estudantes e recém-licenciados para obterem formação e orientação adequadas em matéria de cuidados perinatais em caso de luto;

WHO, 2016; WHO, 2021 Rivaldi et. al, 2018

Resposta da Organização (*Guidelines*)

- ✓ Cada maternidade deve estabelecer e implementar protocolos e políticas locais relativos a:
 - A utilização de um símbolo universal a ser reconhecido por todo o pessoal que interage com os pais para indicar que um bebé morreu;
 - Opção de cuidados paliativos perinatais, quando um bebé tem uma doença que limita a vida diagnosticada durante a gravidez;
 - A gestão das recordações, incluindo a sua preservação em nome dos pais;
 - Vias de encaminhamento para pais que possam estar em risco de luto complicado;
 - Utilização de tecnologias de comunicação adequadas, tais como serviços de tele-saúde para instalações em zonas rurais e remotas;
- ✓ Assegurar que todos os profissionais de saúde que apoiam as famílias em luto estejam familiarizados com os processos para a realização de autópsias perinatais, incluindo os cuidados ao bebé;
- ✓ Estabelecer rituais comemorativos, como um Serviço de Recordação anual, para os pais cujos bebés tenham morrido;

WHO, 2016; WHO, 2021 Rivaldi et. al, 2018

Resposta da Organização (*Guidelines*)

- ✓ Desenvolver ligações e parcerias com serviços locais relevantes para cuidados paliativos perinatais e cuidados e apoio ao luto pós-hospitalar, incluindo organizações de apoio aos pais, associações ou clínicas;
- ✓ Estabelecer processos de recolha de dados para monitorizar e avaliar regularmente a qualidade dos cuidados em caso de luto, na perspetiva dos pais e dos profissionais de saúde, e comunicar regularmente os resultados.



WHO, 2016; WHO, 2021 Rivaldi et. al, 2018

Resposta da Organização (*Guidelines*)



Profissionais de Saúde

- ✓ Todos os profissionais da equipa devem ter alguma formação sobre o luto;
- ✓ O enfermeiro que seja designado como responsável pelos cuidados ao casal, deve ser o profissional com mais formação em cuidados no luto;
- ✓ Devem ser atribuídos pelo menos dois enfermeiros para a prestação dos cuidados aos pais, em cada turno;
- ✓ Com a aprovação da mãe, avisar os profissionais de saúde relevantes (ex.: médico de família, serviços de pediatria, etc) da morte do bebé ou da sua morte iminente, de modo a que as consultas existentes sejam canceladas e que sejam ativados outros tipos de acompanhamento adequado. Sempre que possível, isto deve ocorrer antes da alta hospitalar;
- ✓ Deve existir reuniões entre os membros da equipa para partilhar e discutir eventos de perda fetal, de modo a criar entreaajuda e a eliminar a “cultura” de culpa.

WHO, 2016; Stillbirth CRE, 2019; WHO, 2021

Resposta da Organização (*Guidelines*)

Espaço e Ambiente

- ✓ Identificar um espaço adequado, onde os pais tenham fácil acesso aos profissionais de saúde, mas que possam expressar os seus sentimentos e emoções em vergonhas e constrangimentos. Esses espaços devem ser:
 - Privados e sossegados (“Privacidade não significa abandono”);
 - Propícios a um tempo sem pressas e sem interrupções;
 - Separados de outras mulheres grávidas e bebês recém-nascidos;
 - Adequados para reunir a família alargada;
 - Sem objetos ou equipamentos que possam ser perturbadores para os pais em luto.

- ✓ Se o casal autorizar, deve-se utilizar um símbolo universal de luto que possa ser colocado discretamente à porta do quarto e nos seus registos, para facilitar a identificação que um bebê morreu ou que se prevê que venha a morrer e garantir que o símbolo é reconhecido e compreendido por todo o pessoal que interage com os pais.

WHO, 2016; Stillbirth CRE, 2019; WHO, 2021



- *Stillbirth Series, 2011*
- *Ending preventable stillbirths: The Lancet's Series, 2016*

Apoio à morte fetal pelo mundo...



Etc.

Em Portugal ...

Projeto Artémis, 2010





The banner features a central graphic of a red woven koru symbol on a black circular background. To the right, the text reads 'PSANZ 2024 Congress' in red, followed by 'Whiria te Tāngata' in large black font, and the tagline '“Weave our people together”' in a smaller black font. Below this, the website 'www.psanz2024.com' and dates '7 - 10 April 2024' are listed. The location 'Te Pae Convention Centre Ōtautahi, Christchurch, New Zealand' is at the bottom left. On the right, the PSANZ logo is shown above an illustration of a diverse group of people embracing. The background has a light grey pattern of stylized leaves.

PSANZ 2024 Congress
Whiria te Tāngata
“Weave our people together”
www.psanz2024.com
7 - 10 April 2024
Te Pae Convention Centre
Ōtautahi, Christchurch, New Zealand

PERINATAL SOCIETY of Australia & New Zealand
PSANZ

<https://web.cvent.com/event/aa965c158fb6-497c-98d6-847fd6259c47/summary>

Bibliografia

- Ravaldi, C.; Levi, M.; Angeli, E.; Romeo, G.; Biffino, M.; Bonaiuti, R. & Vannacci, A. (2018). *Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs?*. *Midwifery*, 64(), 53–59. doi:10.1016/j.midw.2018.05.008
- Boyle, F. M., Horey, D., Middleton, P. F., & Flenady, V. (2020). Clinical practice guidelines for perinatal bereavement care: An overview. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives* 33(2), 107–110. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.01.008>
- Stillbirth CRE. (2019). *Clinical Practice Guideline for Care Around Stillbirth and Neonatal Death - Section 3: Full bereavement care guideline*. Recuperado de <https://stillbirthcre.org.au/wp-content/uploads/2021/03/Section-3-Full-bereavement-care-guideline3.pdf>
- World Health Organization. (2016). *Making every baby count: Audit and review of stillbirths and neonatal deaths*. ISBN 978 92 4 151122 3 https://www.who.int/docs/defaultsource/mca-documents/maternal-nb/making-every-baby-count.pdf?Status=Master&sfvrsn=6936f980_2
- World Health Organization. (2021). *Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response: Materials to Support Implementation*. ISBN 978-92-4-003666-6 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/348487/9789240036666-eng.pdf?sequence=1>

Apêndice IX: Folheto de “Orientações para Acompanhantes e Visitas”

Se apresentar sintomas sugestivos de infeção respiratória (tosse, febre,...) não visite os utentes;

As instalações sanitárias das enfermarias não devem ser utilizadas pelas visitas, à exceção do acompanhante;

Não é permitido sentar nas camas das utentes;

Não deve haver contacto com outras utentes internadas;

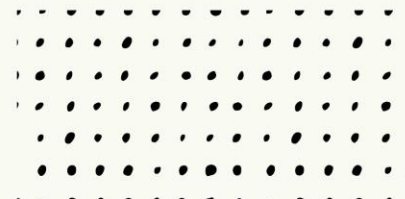
O uso do refeitório do hospital pelos acompanhantes e visitas é permitido.

Contacto:



Orientações para Acompanhantes e Visitas

Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do



Acompanhamento durante o Trabalho de Parto

O acompanhante poderá permanecer junto à grávida durante todo o trabalho de parto. Cada grávida tem direito a **um único acompanhante**, à sua escolha.

Após o nascimento, o acompanhante, pode permanecer junto à puérpera e recém-nascido até **2 horas após o parto**.

Acompanhamento durante o Puerpério

- É permitido a presença de **um** acompanhante no período entre as **11H e 21H**.
- Se o acompanhante quiser participar no **banho ao recém-nascido**, deverá realizar agendamento prévio no serviço, nos períodos entre 9H-10H ou 10H-11H.

Visitas

14H-15H e das 18H-19H

- No máximo **3 visitas** por utente em cada período mencionado.
- Só pode permanecer **uma pessoa por utente**.
- A **visita dos irmãos** deve ser realizado na **presença do acompanhante, entre as 15H e as 21H, com duração de 30 minutos**.

Poderão existir exceções pontuais em que, por razões clínicas e/ou de segurança para a mãe e/ou recém-nascido, é desaconselhada a presença dos acompanhante e/ou visitas.

Apêndice IX: Sessão no Estágio na Comunidade: “Plano de Parto”



Plano de Parto

Realizado por: Enf. Cária Miranda, Aluna de Mestrado em ESMO



Plano de Parto/ Plano de Nascimento/ Preferências de Parto


Documento elaborado pelo casal durante a gravidez, que reflete a as suas expectativas individuais, valores familiares e culturais durante o trabalho de parto e parto.

Serve de eixo mediador entre equipa e o casal.

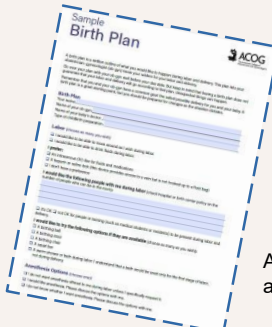
Deve ser elaborado entre as 28 e 32 semanas.

Ordem dos Enfermeiros, 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2020

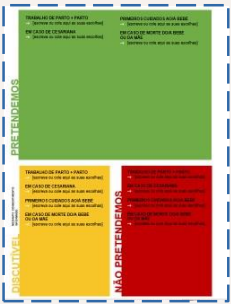
Exemplos




Nascer com Direitos, 2020



American College of Obstetricians and Gynecologists, 2022



Nascer com Direitos, 2020



Plano de nascimento

Identificação da Mulher/Casal (se aplicável)

Nome: _____

Documento de identificação: _____ N.º _____ Validade ____/____/____

N.º de utente _____

Nome: _____

Documento de identificação: _____ N.º _____ Validade ____/____/____

N.º de utente _____

Nota: Todos os itens adiante mencionados contemplarão 3 possibilidades de preenchimento: Sim; Não; Indiferente.

DGS, 2020

Plano de nascimento

identificação da Mulher/Casal (se aplicável)

Nome: _____

Documento de identificação: _____ N.º _____ Validade ____/____/____

N.º de utente _____

Nome: _____

Documento de identificação: _____ N.º _____ Validade ____/____/____

N.º de utente _____

Nota: Todos os itens adiante mencionados contemplarão 3 possibilidades de preenchimento: Sim; Não; Indiferente.

Escrever também se existe alergias alimentares e/ou medicamentosas.

A - Acompanhamento da mulher: participação do futuro pai e/ou outra pessoa significativa

Durante o trabalho de parto, a mulher pretende:

Estar acompanhada, incluindo em situação de cesariana (Despacho n.º 5344-A/2016, de 19 de abril)

Sim () Não () Indiferente ()

Caso tenha respondido Sim,

a) Sempre ()

b) Apenas em alguns momentos (). Especifique: _____

Identificação da(s) pessoa(s) acompanhante(s):

a) _____

b) _____

- Nome
- Grau de parentesco
- Contacto Telefónico

- 1 pessoa por utente;
- O acompanhante deverá ser sempre o mesmo durante o internamento;
- Companheiro/Mãe/Irmã/Sogra/Pessoa de Referência.

DGS, 2013

B - Privacidade

A mulher aceita a presença de estudantes em formação:

Sim () Não () Indiferente ()

A mulher aceita a participação tutelada de profissionais em formação na assistência ao parto:

Sim () Não () Indiferente ()

Outras observações: _____

C - Informação

No sentido de exercer o consentimento informado, esclarecido e livre, a/o mulher/casal pretende ser informada/o, a par e passo, da evolução do trabalho de parto e participar nas decisões acerca do mesmo, depois de conhecer as alternativas possíveis:

Sim () Não () Indiferente ()

Outras observações: _____

DGS, 2013

B – Privacidade

- “Não me oponho à presença de alunos durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, desde que sob supervisão.”
- “Não quero estudantes presentes no momento do parto.”
- “Desejo ser informada sobre todos os procedimentos realizados.”
- “Desejo ser incluída em todas as decisões relativas ao meu bem-estar e do bebé.”
- “Desejo que não sejam administrados fármacos ou feitos procedimentos sem o meu consentimento prévio e que me expliquem a necessidade dos mesmos no decorrer do parto.”
- “No caso de incapacidade, será o/a meu/minha _____ que tomará as decisões.”

Outras observações: _____

DGS, 2013

D – Período da Dilatação

A mulher pretende ter liberdade de movimento como caminhar e mover-me:

Sim () Não () Indiferente ()

A mulher pretende usar materiais de apoio como bola de Pilates e almofadas:

Sim () Não () Indiferente ()

A mulher pretende ingerir água, chá açucarado e/ou líquidos isotónicos:

Sim () Não () Indiferente ()

A mulher pretende poder estar deitada:

Sim () Não () Indiferente ()

A mulher pretende ser observada com número mínimo de toques vaginais:

Sim () Não () Indiferente ()

Outras observações: _____

DGS, 2013

D - Período da Dilatação

A mulher pretende ter liberdade de movimento como caminhar e mover-me:

Alimentação:

- (Tipo de dieta)
- “Gostaria de poder beber água ou chá durante o trabalho de parto.”
- “Gostaria de poder comer.”
- “Sou intolerante à lactose”

A mulher pretende ser observada com número mínimo de toques vaginais:
Sim () Não () Indiferente ()

Outras observações: _____

DGS, 2013

D - Período da Dilatação

A mulher pretende ter liberdade de movimento como caminhar e mover-me:
Sim () Não () Indiferente ()

Deambulação:

- “Gostaria de ter liberdade de movimentos durante o trabalho de parto.”
- “Desejo poder mudar de posição durante o trabalho de parto.”
- “Gostaria utilizar a bola de pilates durante o trabalho de parto.”
- “Desejo poder dançar durante o trabalho de parto.”

Sim () Não () Indiferente ()

Outras observações: _____

DGS, 2013

E - Controlo da dor

A mulher pretende usar apenas métodos não farmacológicos de alívio da dor, como liberdade de movimentos, respiração e técnicas de relaxamento, massagens, duche, banho de imersão:

Sim () Não () Indiferente ()

A mulher pretende analgesia epidural, por sua solicitação, no momento desejado e se tiver condições clínicas para tal:

Sim () Não () Indiferente ()

Outras observações: _____

Atenção: Dependendo da progressão do trabalho de parto, pode não haver tempo para a analgesia.

(DGS, 2013; OE, 20017; Centro hospitalar do Algarve, 2017)

E - "Gostaria de receber a epidural o mais cedo possível."

A - "Gostaria que não me oferecessem a epidural, a não ser que eu a solicite."

m - "Desejo poder usar métodos de alívio da dor como, por exemplo, a bola de pilates, duche e saco de água quente."

A - "Desejo poder ouvir música escolhida por mim, reduzir a luz e/ou ajustar a temperatura da sala para meu conforto."

Si - "Pretendo utilizar aromoterapia/sonoterapia/cromoterapia/hipnose/acupuntura durante o trabalho de parto e parto."

Atenção: Dependendo da progressão do trabalho de parto, pode não haver tempo para a analgesia.

(DGS, 2013; OE, 20017; Centro hospitalar do Algarve, 2017)

F - Indução do parto

A mulher pretende, apenas em situação de necessidade, o uso de medicação “para provocar” o parto:

Sim () Não () Indiferente ()

A mulher pretende que uma eventual rutura artificial da “bolsa de águas” ocorra apenas em situação de necessidade:

Sim () Não () Indiferente ()

Outras observações: _____

(DGS, 2013; OE, 20017; Centro hospitalar do Algarve, 2017)

Monitorização e Condução:

“Gostaria que não me fossem administrados líquidos por via endovenosa (soro).”

F “Desejo o mínimo de intervenção e exames possível.”

A “Gostaria de circunscrever ao mínimo o número de toques/exames vaginais.”

S “Não desejo descolamento de membranas, amniotomia ou oxitocina sintética para acelerar o parto.”

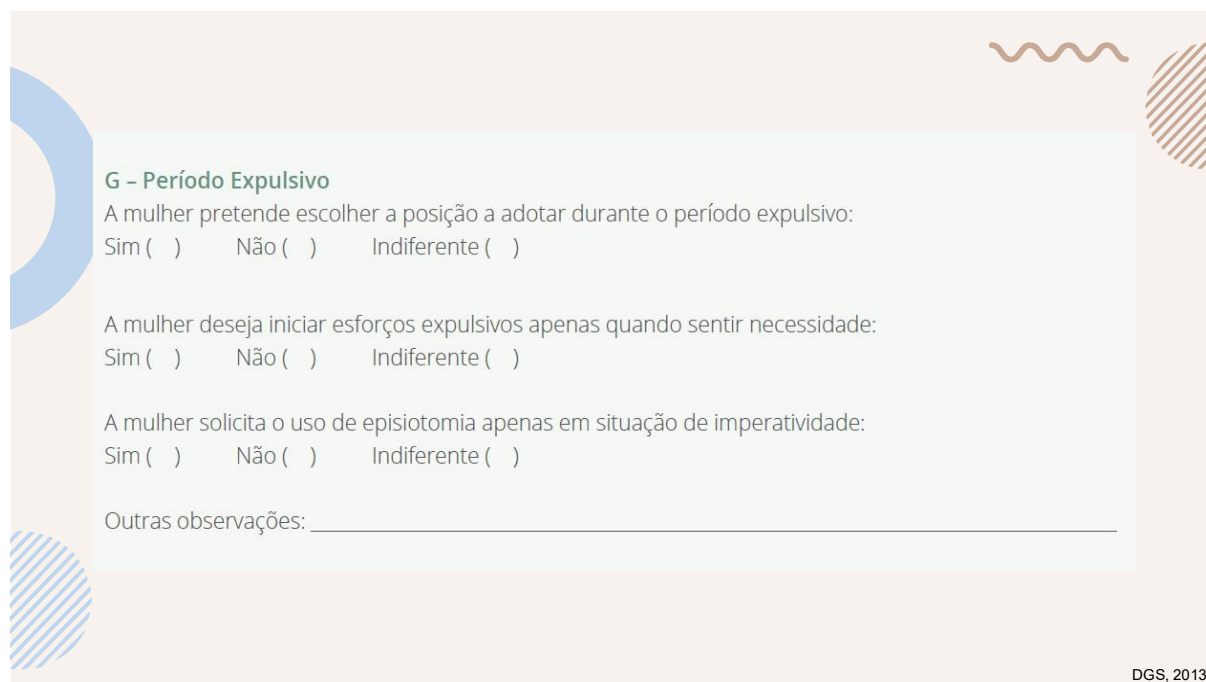
A “Não desejo depilação, clister ou esvaziamento vesical a não ser que seja mesmo necessário.”

r “Não me oponho que seja administrada medicação para acelerar o trabalho de parto, se necessário.”

S “Desejo um parto natural, no meu tempo e do bebé, sem pressões por parte de ninguém.”

C “Gostaria de não estar ligada ao CTG continuamente. Se o bebé estiver bem, preferia que fizessem monitorização intermitente.”

(DGS, 2013; OE, 20017; Centro hospitalar do Algarve, 2017)



G – Período Expulsivo

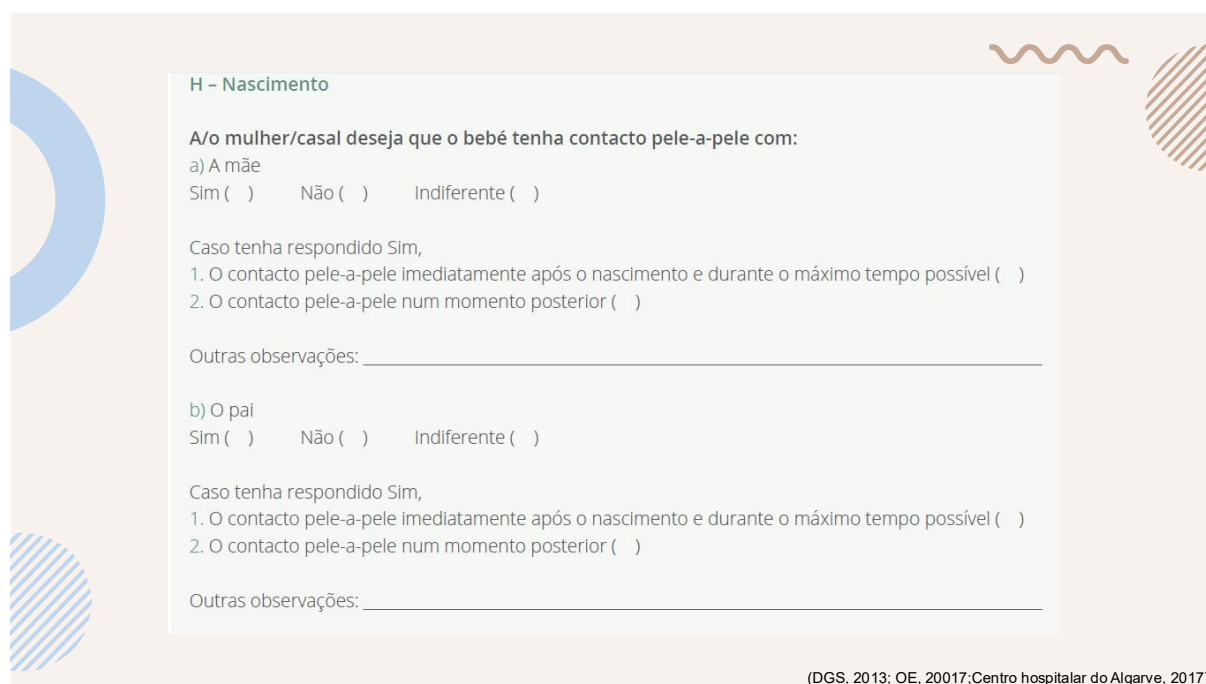
A mulher pretende escolher a posição a adotar durante o período expulsivo:
Sim () Não () Indiferente ()

A mulher deseja iniciar esforços expulsivos apenas quando sentir necessidade:
Sim () Não () Indiferente ()

A mulher solicita o uso de episiotomia apenas em situação de imperatividade:
Sim () Não () Indiferente ()

Outras observações: _____

DGS, 2013



H – Nascimento

A/o mulher/casal deseja que o bebé tenha contacto pele-a-pele com:

a) A mãe
Sim () Não () Indiferente ()

Caso tenha respondido Sim,
1. O contacto pele-a-pele imediatamente após o nascimento e durante o máximo tempo possível ()
2. O contacto pele-a-pele num momento posterior ()

Outras observações: _____

b) O pai
Sim () Não () Indiferente ()

Caso tenha respondido Sim,
1. O contacto pele-a-pele imediatamente após o nascimento e durante o máximo tempo possível ()
2. O contacto pele-a-pele num momento posterior ()

Outras observações: _____

(DGS, 2013; OE, 20017; Centro hospitalar do Algarve, 2017)

H - Nascimento

- “Desejo que o meu (acompanhante) esteja presente durante o parto.”
- “Pretendo parir na posição ginecológica/sentada, utilizando o banco de parto/de quatro apoios.”
- “Gostaria de tocar na cabeça do bebé assim que começar a coroar (estiver à vista).”
- “Gostaria de um espelho para ver o nascimento do meu bebé.”
- “Gostaria de ser sujeita a episiotomia apenas se o procedimento for necessário para a segurança do bebé.”
- “Desejo que o cordão só seja cortado quando deixar de pulsar.”
- “Desejo ser eu/o meu (acompanhante) a cortar o cordão umbilical.”
- “Gostaria de fazer recolha de células estaminais.”
- “Gostaria que fosse realizado contacto pele assim que o bebé nasce.”
- “Desejo ver a placenta após o nascimento.”

(DGS, 2013; OE, 20017; Centro hospitalar do Algarve, 2017)

H - Nascimento

A/o mulher/casal deseja que o bebé tenha contacto pele-a-pele com:

No caso de cesariana eletiva:

- “Gostaria que baixassem a cortina no momento do nascimento.”
- “Desejo que o meu (acompanhante) esteja presente o momento do parto”
- “Desejo que o cordão só seja cortado quando deixar de pulsar.”
- “Desejo que o meu (acompanhante) corte o cordão umbilical.”
- “Gostaria que fosse realizado contacto pele assim que possível.”
- “Desejo ver a placenta após o nascimento.”

z. O contacto pele-a-pele num momento posterior ()

Outras observações: _____

(DGS, 2013; OE, 20017; Centro hospitalar do Algarve, 2017)

X

I - Aleitamento do recém-nascido

A mulher pretende iniciar a amamentação na primeira hora de vida:
Sim () Não () Indiferente ()

A mulher pretende apoio para estimulação e extração precoce de leite materno, caso haja necessidade de afastamento temporário do bebê:
Sim () Não () Indiferente ()

A/O mulher/casal pretende, em caso de necessidade de alimentar temporariamente o recém-nascido com leite artificial, que este seja oferecido por copo, seringa ou finger-feeding em vez de tetina:
Sim () Não () Indiferente ()

A/O mulher/casal deseja ser informada/o acerca de grupos e linhas de apoio ao aleitamento materno a que possa recorrer após a alta hospitalar:
Sim () Não () Indiferente ()

A mulher pretende alimentar o recém-nascido com leite artificial:
Sim () Não () Indiferente ()

Outras observações: _____

X

I - Aleitamento do recém-nascido

A mulher pretende iniciar a amamentação na primeira hora de vida:
Sim () Não () Indiferente ()

“Desejo amamentar na primeira hora de vida do bebê.”

“Desejo fazer uma amamentação em horário livre.”

“Não desejo biberão, chupetas, bicos de silicone ou leite artificial, irei amamentar o meu filho naturalmente.”

“Gostaria que não oferecessem suplemento ou chupetas ao bebê sem o meu consentimento.”

“Desejo utilizar leite artificial para alimentar o meu bebê.”

A mulher pretende alimentar o recém-nascido com leite artificial:
Sim () Não () Indiferente ()

Outras observações: _____

✕

J - Após o parto

A/o mulher/casal pretende que o bebé fique no mesmo quarto dos progenitores, beneficiando todos do alojamento conjunto:
Sim () Não () Indiferente ()

A/O mulher/casal pretende receber informação e estar presente nos procedimentos a realizar ao recém-nascido:
Sim () Não () Indiferente ()

Outras observações: _____

✕

J - Após o parto

A/o m
alojan
Sim ()

A/O n
cém-r
Sim ()

Outras observações: _____

“Gostaria que o bebé fosse colocado no meu colo imediatamente após o nascimento.”

“Gostaria que os exames ao bebé fossem realizados na minha presença.”

“Desejo que o meu (acompanhante) vista a primeira roupa ao bebé”

“Desejo que o primeiro banho seja dado por nós.”

K - Outras expectativas não mencionadas

“Para além dos itens mencionados, gostaria ainda...”

Exemplos:

- Em caso de cesariana;
- A roupa que pretende utilizar no hospital
- Etc.

Tomel/âmos conhecimento de todas as informações necessárias ao preenchimento do presente documento. Declaro/amos que são exatas e completas as informações por mim/nós aqui prestadas, no que respeita aos cuidados de saúde e aos procedimentos que desejo/amos receber, que me/nos são indiferentes ou que não desejo/amos receber antes, durante e após o parto.

Mais declaro/amos estar/mos cliente/s de que a concretização das intenções expressas neste documento estará dependente, no todo ou na parte, da evolução clínica do processo de trabalho de parto, parto e pós parto, assim como de constrangimentos logísticos que possam estar presentes na instituição de saúde onde ocorra.

Data ___/___/___

Assinatura/s (conforme documento de identificação civil)

Centro hospitalar do Algarve, 2017)



Apêndice XI: Sessão “Plano Pós-Parto”



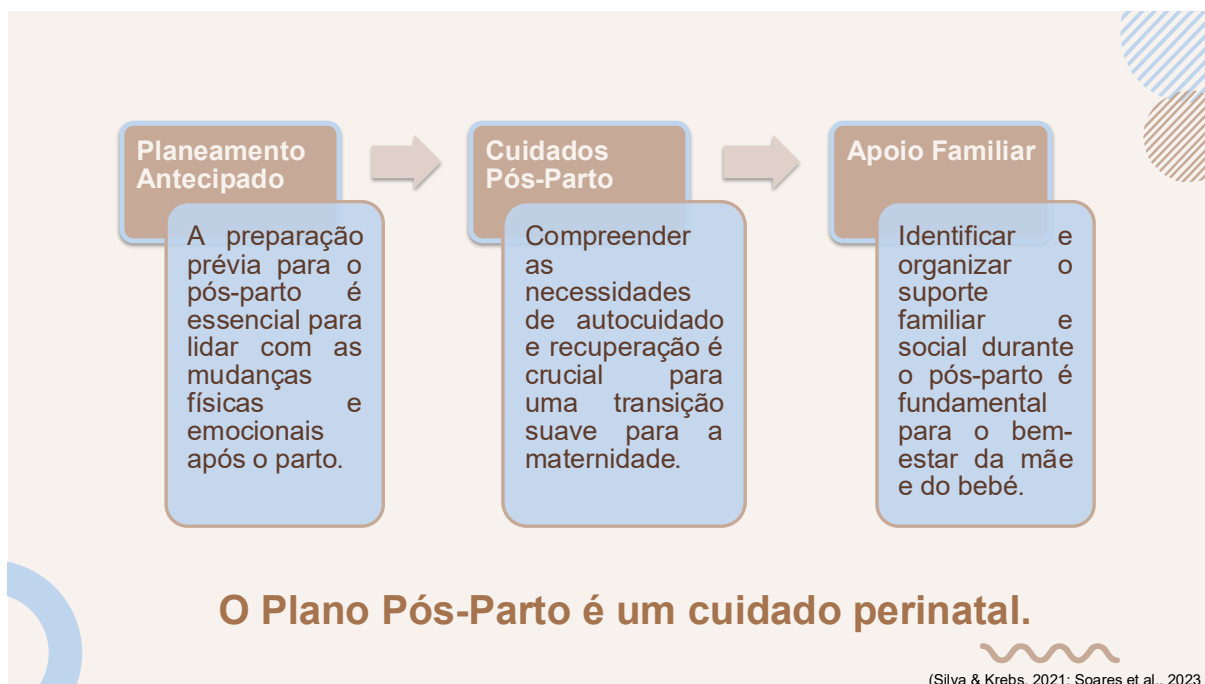
Plano Pós-Parto

Realizado por: Enf. Cária Miranda, Aluna de Mestrado em ESMO

Desafios do pós-parto

- Mudanças Físicas e Emocionais**
Reconhecer e preparar-se para as alterações hormonais, fadiga e recuperação física após o parto.
- Adaptação à Maternidade**
Entender as demandas emocionais e práticas da maternidade e como se ajustar a essa nova fase.
- Saúde Mental Pós-Parto**
Conscientização sobre a possibilidade de depressão pós-parto e estratégias de apoio emocional.

(Silva & Krebs, 2021; Soares et al., 2023)



1. Planear as Visitas
 2. Amamentação
 3. Sono
 4. Refeições
 5. Tarefas domésticas
 6. Saúde Geral
 7. Rede de Apoio da Família
 8. Direitos Laborais
- (Nascer com Direitos, 2022)

Planear as Visitas



De quem querem receber visitas?



Qual o papel das pessoas que vos visitam?



Quem pode pegar o bebé ao colo?

Não utilizar perfume,
Ligar a avisar da visita,
Não pegar ao colo,
Não dar beijinhos,
Usar máscara, se doente,
Lavar/desinfetar as mãos,
...

Quais as regras para as visitas?


(Nascer com Direitos, 2020)

Amamentação


- ❖ “Quero amamentar?”
- ❖ “Conheço os sinais da descida do leite?”
- ❖ “Conhecemos o impacto que o parto pode ter na amamentação?”
- ❖ “Conhecemos os riscos da utilização de chupetas, bicos de silicone e tetinas?”
- ❖ “Quero amamentar em livre demanda?”
- ❖ “Tenho apoio na amamentação?”
- ❖ “Conhecemos os riscos da introdução precoce de leite artificial?”
- ❖ “Conhecemos as práticas relativas à amamentação do hospital que escolhi para o parto?”
- ❖ “Temos contactos de profissionais com formação especializada em aleitamento materno, caso precisemos de ajuda?”

(Nascer com Direitos, 2022)


Sono



“Quero amamentar durante a noite?”




“Quais as expectativas relativamente ao sono após o bebé nascer?”



“Onde vamos dormir?”

“Temos apoio psicológico/emocional para falar sobre a privação de sono e o cansaço do pós-parto?”



“Vamos fazer *cosleeping* ou *bed sharing*, conhecendo as regras de segurança?”

(Nascer com Direitos, 2022)

Refeições

“Quem vai preparar as refeições quando o bebé nascer?”

“Preferimos fazer refeições e congelá-las para fazermos uso delas no pós-parto?”

“Temos, na rede de apoio, quem traga comida a casa?”

“De quantas refeições por semana precisa para a casa funcionar sem si?”

“É possível encomendar refeições de onde queremos e quando queremos?”

(Nascer com Direitos, 2022)

Tarefas domésticas

- “A quem podemos pedir ajuda para lavar roupa, para cozinhar e para limpar a casa?”
- “Pensamos pedir às visitas que tragam comida ou que venham preparados/as para ajudar nessas tarefas?”
- “Temos contactos de empresas de limpeza, de lavandarias, de entrega de cabazes ao domicílio e de *takeaway*, para o caso de ser necessário?”
- “Se temos outros filhos, quem vai cuidar deles durante o tempo de internamento?”
- “Temos disponibilidade financeira para contratar alguém que trate das tarefas domésticas?”
- “Subscrevemos um plano de compras online?”
- “Se temos cão, quem o vai passear enquanto estivermos na maternidade?”



(Nascer com Direitos, 2022)

Saúde Geral



- Expectativas relativamente à recuperação pós-parto ou pós-cesariana;
- Conhecer os benefícios da fisioterapia pélvica para reabilitação do períneo no pós-parto e/ou para tratamento da cicatriz da cesariana;
- Reconhecer sintomas de depressão pós-parto e saber diferenciá-los de *baby blues*, para perceber quando deve recorrer a um/a profissional de saúde na área de psicologia e/ou psiquiatria;

Em caso de dúvidas, deve recorrer à equipa de saúde da sua unidade.

- Identificar se existe serviço de enfermagem ao domicílio na área de residência;



(Nascer com Direitos, 2022)

Saúde Geral

- Qual o apoio através do centro de saúde ou hospital;
- Ter uma lista de pediatras de referência, alinhados com o estilo parental;



- Decidir quais os métodos contraceptivos que pretendem utilizar quando iniciarem relações sexuais penetrativas;



- Conhecer as formas de comunicação dos bebés;
- Conhecer os benefícios da avaliação precoce do freio lingual e da avaliação por osteopata pediátrico.

(Nascer com Direitos, 2022)

Rede de Apoio da Família

FAMILIARES

AMIGOS

MÉDICOS

ENFERMEIROS

DOULA DE
PÓS-PARTO

FISIOTERAPEUTA

OSTEOPATA
PEDIÁTRICO

PROFISSIONAIS
COM FORMAÇÃO
ESPECIALIZADA
EM
ALEITAMENTO
MATERNO

PSICÓLOGO

(Nascer com Direitos, 2022)

Direitos Laborais

- Conhecer os direitos laborais na parentalidade;
 - Quanto tempo vai durar a licença para cada um;
 - Ter o contacto da pessoa responsável na entidade empregadora para comunicar a licença;
 - Como ajustar o horário laboral à amamentação ;
- Caso necessário, explorar a possibilidade de licença alargada, regime de teletrabalho ou trabalho a tempo parcial após a licença inicial.



(Nascer com Direitos, 2022)

Bibliografia

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2022). *Sample Birth Plan*. <https://www.acog.org/womens-health/health-tools/sample-birth-plan>
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve. (2017). *Plano de Parto*. Recuperado de https://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2017/06/plano_de_parto_ptm.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância*. https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/Saude_Mental_e_Gravidez_primeira_infancia_Folheto_DGS_2005.pdf
- Gov-Portugal. (2023). *Ter uma criança: Licença parental em Portugal* <https://eportugal.gov.pt/guias/ter-uma-crianca/licenca-parental>
- Gov-Portugal. (2023). *Ter uma criança: Dispensas e faltas ao trabalho dos pais*. <https://eportugal.gov.pt/pt/guias/ter-uma-crianca/dispensas-e-faltas-ao-trabalho-dos-pais>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Parecer nº 7/2012 do Conselho Jurisdicional. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Plano de Parto: Escolhas que marcam a vida...* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11951/af_aleitamentomaterno_vf.pdf
- Ordem dos enfermeiros. (2017). *Direitos Humanos na Gravidez, Parto e Pós-parto: Plano de Parto – Exemplos*. Recuperado de <https://view.publitas.com/p222-14781/plano-de-parto-exemplos-1-e-2/page/1>
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Plano de Parto* [Cartaz]. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14926/cartaz-plano-de-parto_vf.pdf
- Nascer com Direitos. (2022). *Plano de Pós-Parto - Guia Rápido de Apoio*. <https://nascercomidireitos.pt/plano-de-pos-parto/>
- Silva, M. R.; Krebs, V. A. (2021) Uma análise sobre a saúde da mulher no período puerperal. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 1, p. 611-20. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/22807/18288>
- Soares, S. J. de S., de Lima, L. K. S., & Lopes, G. de S. (2023). Desafios enfrentados pelas puérperas no período pós-parto. *Revista Contemporânea*, 3(11), 24026–24049. <https://doi.org/10.56083/RCV3N11-198>