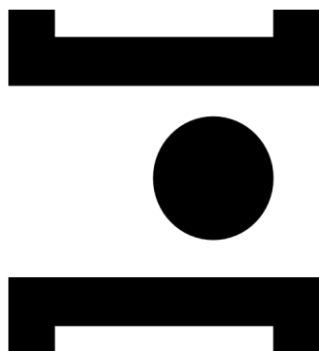


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
Escola Superior de Saúde de Santarém



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

**A EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE LUTO POR
MORTE FETAL**

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Oana Georgiana Stefan

Orientação:

Prof. Açucena de Jesus Galhanas Guerra

dezembro, 2023

Agradecimentos

Em primeiro lugar, à minha família, especialmente ao meu filho, com um especial pedido de desculpa pelas horas e dias em que lhe falhei ou não pude estar presente fisicamente e, ao meu marido, pelo apoio incondicional, pela força e amparo.

Aos meus pais, irmã e cunhado, pelo amor e apoio incondicional, pelo incentivo e por sempre terem acreditado que iria conseguir.

À minha avó, que incentivou o início deste percurso e que me apoiou sempre.

À Professora Orientadora deste relatório e do estágio IV, pela paciência, demonstração incondicional de disponibilidade e apoio, pelo estímulo permanente e pelos seus conselhos.

À Enfermeira Orientadora do estágio IV, pela partilha de conhecimentos e práticas de qualidade, pelo seu empenho no meu processo de aprendizagem, pela sua compreensão e apoio nos momentos mais difíceis.

A todos os professores e enfermeiros orientadores envolvidos no meu processo de aprendizagem, o meu sincero agradecimento.

À Rita, companheira deste complexo percurso, agradeço a tua amizade sincera, as palavras de força e presença nos melhores e piores momentos.

À Sara, amiga do coração, que me apoiou ao longo destes anos, apesar da minha ausência nos momentos mais importantes.

Às colegas de trabalho, pelas trocas de turno, pela paciência e compreensão nos turnos em que estava exausta, que contribuíram para esta etapa da minha vida.

Às mulheres, casais, famílias e recém-nascidos, que contribuíram para que a minha aprendizagem fosse possível.

Abreviaturas/Acrónimos/Siglas

BSG – Boletim de Saúde de Grávida

BSI/J – Boletim de Saúde Infantil/Juvenil

CTG – Cardiotocografia

EC – Ensino Clínico

ESMO – Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

HAP – Hospital de Apoio Perinatal

p. – página

RN – Recém-nascido

ScR – Scoping review

EEESMO – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Resumo

A morte fetal leva o casal/família à perda da sua autoestima, vivenciam e experimentam sentimentos funestos, extremamente negativos, como dor, sofrimento, tristeza, culpa, impotência e frustração pelo insucesso da gravidez. O luto em situação de morte fetal implica um tipo particular de luto que solicita adaptações tanto a nível individual, como na relação com o parceiro, família e na sociedade. Com o objetivo de mapear a evidência sobre a experiência da família em situação de morte fetal, foi desenvolvida uma *scoping review*, tendo sido realizada a pesquisa na plataforma EBSCO. Os resultados apontam para a importância do papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, que passa pelo investimento na sua formação de forma a proceder à identificação do risco de desenvolver um processo de luto patológico, melhorando a interação com o casal, promovendo a implementação de estratégias promotoras do luto e da esperança e investindo na comunicação terapêutica.

Palavras-chave: experiência, luto, morte fetal.

Abstract

The loss of a child leads the couple/family to lose their self-esteem, experiencing disastrous, extremely negative feelings, such as pain, suffering, sadness, guilt, impotence and frustration due to the failure of the pregnancy. A fetal death situation leads to a particular type of grief and that requires adaptations both at the individual level and in the relationship with the partner, family and society. With the aim of mapping the evidence on the family's experience in situations of fetal death, a scoping review was developed, the research was carried out on the EBSCO platform. The results point to the importance of the role of the specialist nurse in maternal and obstetric health nursing, which involves investing in their training to identify the risk of developing a pathological mourning process, improving interaction with the couple, promoting the implementation of strategies that promote grief and hope and investing in therapeutic communication.

Keywords: *Grief, Stillbirth, Life change events.*

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	II
RESUMO	IV
ABSTRACT	V
INTRODUÇÃO	7
1. APRENDIZAGENS NO BLOCO DE PARTOS	9
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	9
1.2 REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ENSINO CLÍNICO	11
2. A EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE LUTO POR MORTE FETAL	31
2.1 CONCEPTUALIZAÇÃO	31
2.2 TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY	34
2.3 METODOLOGIA	35
2.3.1 Scoping review	35
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
APÊNDICES	50
APÊNDICE I - PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO	51
APÊNDICE II - APRESENTAÇÃO “A EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE LUTO POR MORTE FETAL”	80
APÊNDICE III - "CAIXA DE MEMÓRIAS"	85
APÊNDICE IV - <i>SCOPING REVIEW</i>	87
ANEXOS	104
ANEXO I - SÍNTESE DE REGISTO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS	105

Introdução

Atualmente, o desafio principal na prática de enfermagem é a qualidade com que os cuidados são prestados, sendo esta qualidade um direito de todos os cidadãos. De forma a dar resposta, o enfermeiro deve investir na sua formação e adotar uma atitude crítico-reflexiva. A qualidade dos cuidados passa pela prestação de cuidados com qualidade científica, técnica, humana e humanizadora (Magalhães, 2017).

Na sua formação, o enfermeiro passa por um processo de aquisição de competências, sendo este um processo dinâmico, contínuo, que integra capacidades cognitivas, relacionais, organizacionais, sócio-afetivas, conhecimento teórico e técnico, aplicadas à prestação de cuidados, permitindo ao enfermeiro um nível de excelência do seu cuidado (Magalhães, 2017).

De forma a promover o processo de aquisição das competências acima referidas e refletir acerca do cuidado prestado, foi proposta a realização do presente documento, no âmbito da Unidade Curricular Estágio IV – Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Sala de Partos, enquadrado no 8º Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Saúde de Santarém. Esta Unidade Curricular infere a prestação de cuidados especializados de Enfermagem à grávida, parturiente, puérpera, recém-nascido e família, utilizando a metodologia científica.

Na sequência do Processo de Bolonha surgiram os Descritores de Dublin que definem competências que um mestrando deve desenvolver e adquirir no seu processo formativo (conhecimentos científicos; capacidade de compreensão, de realizar juízos profissionais e tomar decisões, comunicação e autoaprendizagem) (Alves, 2012). Assim, o mestrando, enquanto graduado do segundo ciclo, deve conseguir promover e desenvolver investigação em enfermagem assim como, deve ter a capacidade de questionar e refletir acerca da prática da enfermagem num nível de excelência, desenvolvendo a sua capacidade empreendedora, contribuindo para mudanças e atualizações do cuidar em enfermagem e na saúde (Alves, 2012). Desta forma, a aquisição de competências especializadas na área específica da Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica promove o desenvolvimento de uma prática de excelência junto das díades e suas famílias.

O presente relatório refere-se ao Ensino Clínico IV, que decorreu ao longo de vinte semanas, com um total de 760 horas de estágio, com o seu início a 27 de fevereiro

de 2023 e término a 21 de julho de 2023. O contexto clínico foi o Bloco de Partos de um Hospital Nível II, Hospital de Apoio Perinatal (HAP), sob a orientação clínica de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e sob a orientação tutorial da Professora. O objetivo principal foi prestar cuidados de enfermagem à parturiente, puérpera e recém-nascido em situação de saúde-doença, mobilizando e integrando as competências comuns e específicas regulamentadas, atendendo à singularidade do sujeito de cuidados. A componente investigativa integrou o desenvolvimento de uma Scoping Review (ScR), de acordo com *Joanna Briggs Institute* (JBI®) com o tema “A experiência da família em situação de luto por morte fetal”, tema do meu interesse pessoal, à luz da teoria da adaptação de Callista Roy.

O documento norteador das atividades desenvolvidas foi o Projeto Individual de Estágio (APÊNDICE I), elaborado durante a primeira semana de estágio, tendo sido adaptado às necessidades sentidas e às especificidades do contexto clínico.

Desta forma, identificou-se como objetivo geral: refletir acerca das atividades realizadas em contexto clínico com base em evidência científica atual, desenvolvendo competências no domínio da investigação através da realização da ScR, inferindo os seus resultados. Como objetivos específicos deste relatório definiram-se: caracterizar o contexto de estágio; descrever o processo de aquisição de competências comuns e específicas, identificando as atividades que foram desenvolvidas em estágio; descrever conceitos no âmbito do tema de interesse escolhido; identificar a metodologia utilizada para a realização da componente investigativa e interpretar os contributos da ScR à prática de enfermagem, mobilizando sugestões.

O documento está organizado em três capítulos, sendo o primeiro descritivo do contexto onde o estágio decorreu bem como, procedida à análise das atividades desenvolvidas nesse contexto. No segundo capítulo, é apresentada a metodologia de investigação adotada, mobilizando os contributos dos estudos à prática. Por fim, nas considerações finais é refletido o desenvolvimento profissional à luz das competências adquiridas e das dificuldades sentidas, sintetizando, os principais pontos para a minha aprendizagem.

Este relatório foi elaborado segundo as normas APA 7ª edição (American Psychological Association, 2020).

1. APRENDIZAGENS NO BLOCO DE PARTOS

O presente capítulo pretende espelhar as atividades desenvolvidas no ensino clínico (EC), subdivide-se em dois subcapítulos, onde primeiramente será realizada uma breve caracterização do contexto de estágio, descrevendo a sua estrutura física, dinâmica organizacional e funcional, missão, valores, população-alvo e particularidades.

De seguida, será apresentada uma reflexão crítica das atividades desenvolvidas durante o EC. Como referido anteriormente, o planeamento das atividades foi realizado no início do EC e apresentado como projeto de estágio. As atividades foram elaboradas de forma a dar resposta a objetivos no âmbito dos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O contexto de estágio foi um hospital público, integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS), que presta cuidados de saúde a aproximadamente 250 mil pessoas, onde cerca de 1400 colaboradores procuram a melhoria contínua e a prestação de cuidados com qualidade. Este hospital possui valências básicas, intermédias e diferenciadas, prestadas em regime de internamento e/ou de ambulatório, detendo equipas clínicas multidisciplinares, altamente qualificadas para a prestação de serviços de saúde de excelência contando com equipamentos tecnológicos de primeira linha. Tem efetuado um caminho de melhoria contínua, reconhecido interna e externamente, quer através da sua participação e resultados em atividades de *benchmarking*, assim como, da obtenção das diferentes Certificações ISO e da sua Acreditação pela *Joint Commission International* (SNS, 2023).

É um HAP, Nível II, uma vez que cumpre os seguintes critérios: realiza anualmente pelo menos 1000 partos, as utentes têm acesso a um Serviço de Obstetrícia e Ginecologia com a capacidade de assegurar a resolução de patologia tanto não-complexa como complexa, tendo acesso a uma Unidade de Cuidados Intensivos de Adultos e possui uma Unidade de Neonatologia, que presta cuidados agudos a recém-nascidos(RN) acima das 32 semanas, excluindo-se as situações de recém-nascidos de termo gravemente doentes, que necessitem de acesso rápido a subespecialidades pediátricas, como a cirurgia pediátrica e cardiologia pediátrica (DGS, 2023).

O Serviço de Bloco de Partos localiza-se, fisicamente, junto ao Serviço de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia, Consulta Externa de Obstetrícia e da Neonatologia e Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos.

Possui cinco salas de parto individuais e uma sala de recobro com duas vagas (onde as mulheres submetidas a cesariana permanecem durante o puerpério imediato). As salas de parto são semelhantes entre si, possuem uma cama de parto, cardiotocógrafo, armário de apoio, com material clínico, mesa de reanimação do RN, material facilitador do trabalho de parto e alívio da dor (cadeirão, bola de Pilatos, bola amendoim, banco, escada, rádio com *Bluetooth*) e uma casa de banho privativa bastante espaçosa, com um assento no duche. O quarto tem ar condicionado, iluminação de teto e cabeceira, e uma claraboia no teto, que permite o contacto com a luz natural. Possui ainda, uma sala operatória devidamente equipada para a realização de cesarianas.

O objetivo principal deste serviço visa o acompanhamento individualizado e a prestação de cuidados individualizados ao longo dos quatro estádios do trabalho de parto, focando-se ainda na deteção precoce de complicações e intervenção adequada em situações de urgência e emergência.

No que respeita às medidas farmacológicas e não farmacológicas, as utentes podem, de acordo com as suas necessidades e desejos, realizar analgesia regional e/ou medidas não farmacológicas como os exercícios respiratórios, hidroterapia, musicoterapia, deambulação, uso da bola de Pilatos, durante o trabalho de parto.

As utentes podem ter um acompanhante permanente ao longo de todo o processo, salvo em situações excepcionais, tais como, situações em que o acompanhante não está a contribuir para um ambiente tranquilo e positivo ou complicações de saúde da parturiente/recém-nascido (exemplo: cesariana emergente).

No que diz respeito aos recursos humanos, neste Serviço prestam cuidados três EEESMO em cada turno, três médicos obstetras e duas assistentes operacionais. Conta ainda com o apoio do Serviço de Neonatologia em situações patológicas que requerem cuidados especializados neonatais, o que respeita o protocolado pela OE (2014), que refere que devem existir 2 EEESMO em permanência por cada 1000/partos ano. Esta unidade hospitalar apresentou 1650 partos em 2022, com uma percentagem de realização de cesarianas de 31,8% (SNS, 2022).

Os HAP devem ter um movimento mínimo de 1500 partos por ano, ressalvadas as situações especiais resultantes de determinantes geodemográficas (DGS, 2001).

O sistema informático para realização dos registos clínicos é a *Glintt*[®]. Considero este sistema bastante completo, visto que permite a elaboração de planos de cuidados adequados à área de Saúde Materna, assim como, o registo individualizado dos dados da avaliação inicial da parturiente/casal e das observações e intervenções realizadas.

Dada a situação desafiante e particular do sistema de saúde nacional, tal como o envelhecimento da população (Pordata, 2023), durante o EC foram vários os períodos em que os serviços de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia e Bloco de Partos fecharam em fins de semana alternados, constituindo-se num desafio para as utentes seguidas na consulta externa ou que vivem na área da abrangência do hospital, pelo facto de existir a necessidade de deslocação para outro hospital para internamento ou parto, e, conseqüentemente, para nós, enquanto estudantes.

1.2 REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ENSINO CLÍNICO

É necessário que os futuros EEESMO compreendam as dinâmicas da sua intervenção, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializada, sendo a realização do estágio o lugar onde ocorre a aquisição e consolidação de aprendizagens no contexto de prática clínica (OE, 2021).

No sentido da melhoria contínua dos cuidados prestados e da sua qualidade, a reflexão das atividades desenvolvidas em contexto de estágio torna-se fulcral. Inicialmente, foi desenvolvido um Projeto Individual de Estágio, de forma a facilitar o processo de aprendizagem, que permitiu estabelecer objetivos específicos e as respetivas atividades a desenvolver para a sua consecução, recursos necessários e calendarização das mesmas, guiando assim, a prestação de cuidados de forma assertiva. Foram tidos em consideração o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019), bem como outros documentos relevantes à prática de enfermagem.

A reflexão será realizada com base em evidência científica atual, enquadrando a Teoria da Adaptação de Callista Roy (1984). A escolha desta teoria e respetivo modelo deve-se à necessidade de adaptação que as famílias apresentam em situação de luto

por morte fetal, sendo este um estímulo externo que gere um comportamento inadequado em situações de luto patológico.

Objetivo 1: Conhecer e integrar as características do contexto clínico onde decorre o estágio, integrando-me na equipa multidisciplinar;

No primeiro dia de estágio, a enfermeira responsável do serviço apresentou o espaço físico e a disposição do contexto, bem como o circuito do internamento da parturiente/ RN e acompanhante no bloco de partos, assim como a articulação com outros serviços como Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, Neonatologia, Serviço de Obstetrícia/Ginecologia, Bloco operatório, cuidados intensivos/intermédios. Foram consultadas as instruções de trabalho, protocolos e normas existentes no serviço, projetos já implementados, de forma a promover a integração e conhecimento de particularidades, fator facilitador de aprendizagem.

Considero ter integrado de forma positiva a equipa multidisciplinar, na sua dinâmica e método de trabalho. Quanto ao método de trabalho, no presente contexto clínico é utilizado o método de trabalho de enfermeiro responsável. Este método, internacionalmente reconhecido como *primary nursing*, visa a prestação de cuidados aos clientes internados tendo em conta uma responsabilidade individualizada por parte do enfermeiro nas tomadas de decisão em relação à prestação de cuidados de enfermagem ao mesmo, sendo este responsável por decidir quais os cuidados a serem prestados diária e continuamente, pelas decisões clínicas e pela supervisão da assistência prestada durante o internamento hospitalar, promovendo uma assistência de enfermagem de excelência (Silva et al., 2021).

Ao longo das 20 semanas de estágio foi alcançado o estabelecimento de uma relação interpessoal com a equipa multidisciplinar e com a parturiente/ acompanhante, considerando-se este o fator facilitador primordial na evolução positiva das aprendizagens e competências adquiridas. A prática de enfermagem tem como essência o cuidar, no qual é essencial existirem relações interpessoais entre a pessoa que recebe os cuidados e a equipa de enfermagem, bem como entre os próprios membros da equipa (Thofehrn et al., 2018). A OE (2021) realça que a relação interpessoal entre o EEESMO e uma pessoa/família constitui o centro dos cuidados, sendo que, qualquer dos intervenientes possui quadros de valores, crenças e desejos individuais, que os tornam seres únicos, e, conseqüentemente, a interação singular e individualizada. A relação terapêutica entre o EEESMO e a cliente/casal promove a proatividade dos mesmos na promoção da sua saúde, na prevenção da doença e na

adaptação às novas circunstâncias de vida/processos (OE, 2021), interpreta que as necessidades interdependentes são assistidas através de relacionamentos com outros, tendo cada relacionamento um significado diferente nos modos de adaptação adotados (Rodrigues, Pagliuca & Silva, 2004, Roy, 2014).

Uma outra atividade delineada foi a aquisição de conhecimento e domínio dos registos de enfermagem no programa informático disponível no serviço, impressos e boletins de registo como partograma, boletim de saúde da grávida (BSG), boletim de saúde infantil e juvenil (BSI/J), boletim de vacinas, entre outros. O programa informático disponível é a *Glantt*[®], como já foi referido, no qual não foi identificado qualquer dificuldade no seu manuseamento, uma vez que é o programa utilizado no serviço onde exerço funções de enfermeira. A autonomia no registo de informações clínicas nos restantes impressos e boletins e compreendida a sua importância na continuidade dos cuidados e transição de informação clínica foi conseguida ao longo do desenrolar do EC. Segundo OE (2013), os registos de enfermagem são uma forma de comunicação escrita que fornece informação clínica do utente e dos cuidados que lhe foram prestados, de forma a dar continuidade aos mesmos, sendo estes registos uma obrigação do enfermeiro.

Desta forma, considera-se o objetivo acima mencionado como cumprido e basilar no cumprimento dos restantes objetivos delineados.

Objetivo 2: Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO durante o acolhimento da parturiente/família;

Considero que todas as atividades estipuladas foram realizadas, inicialmente em colaboração, com supervisão e por fim, de forma autónoma.

Procedi ao acolhimento da parturiente/ acompanhante, demonstrando sempre disponibilidade, de forma a estabelecer uma relação de confiança e empatia para que se sintam acolhidos no bloco de partos e colocar dúvidas, questões e preocupações bem como estar recetivos aos ensinamentos realizados.

O acolhimento vai para além da admissão hospitalar, antes como um cuidado de enfermagem que engloba aspetos relacionais, sendo fulcral o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades na área de comunicação e relação de ajuda por parte dos enfermeiros de forma a permitir o atendimento individualizado. Este, humaniza a relação entre a pessoa e o enfermeiro uma vez que, se cria um vínculo de proximidade,

uma relação interpessoal entre os mesmos, através da escuta e responsabilização, dando origem aos processos de intervenção, tendo por base a humanização e a personalização dos cuidados. É o ponto de partida para facilitar a adaptação ao ambiente hospitalar, visto que promove o bem-estar da mulher durante o internamento (Castro, 2011). A pessoa, neste caso a mulher, possui mecanismos que lhe permitem a adaptação de comportamentos aos estímulos ambientais, sendo visto como um ser adaptável, estímulos esses que, podem ser: focais (confrontam imediatamente a pessoa), contextuais (restantes estímulos presentes na situação que contribuem para o estímulo focal) e residuais (os efeitos na situação não são claros/não podem ser avaliados) (Roy, 2014).

O acolhimento é o primeiro passo do processo de enfermagem, permitindo uma completa avaliação inicial, definição de objetivos e diagnósticos de enfermagem, construção de intervenções de enfermagem individualizadas e consequente avaliação dos resultados (Roy, 2014).

No contexto clínico, o acolhimento é realizado tanto nas salas de parto como no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia. No serviço de urgência, porém, observei que não existia espaço físico apropriado para a execução do acolhimento uma vez que, se trata de uma sala ampla onde o acompanhante não pode estar presente e podem ainda existir outras utentes, facto que dificulta e impede a proteção de dados pessoais da utente acolhida.

O ambiente em que ocorre o acolhimento deve ser tranquilo, promovendo a tranquilidade da utente (Castro, 2011), o ambiente, enquanto conceito metaparadigmático da enfermagem, refere-se como o mundo interno e externo da pessoa, todas as circunstâncias, condições e influências que envolvem e afetam o comportamento da pessoa, resultando respostas adaptativas ao mesmo (Rodrigues, Pagliuca & Silva, 2004; Coelho & Mendes, 2011; Roy, 2014).

Considerarei a sala de parto o local mais adequado, sendo um quarto privado, onde pode estar presente o acompanhante, onde é reconhecido à mulher grávida o direito ao acompanhamento por qualquer pessoa por si escolhida, podendo prescindir desse direito a qualquer momento, incluindo durante o trabalho de parto (Lei 110/2019) visto que o envolvimento da família nos cuidados desde o acolhimento proporciona e mantém a união familiar (Castro, 2011). Considero que a presença do acompanhante é crucial em todo o processo, uma vez que não apenas apoia e tranquiliza a parturiente, mas ainda contribui para a tomada de decisão da mesma.

Desta forma, procedi a transferência das utentes para a sala de parto onde realizei o acolhimento de forma individualizada. Realizei o esclarecimento à parturiente/acompanhante sobre as normas e rotinas do serviço, apresentei o espaço físico do bloco de partos e da sala de partos onde iriam permanecer até ao momento do nascimento bem como os recursos que podem usufruir. Expliquei todo o processo pelo qual as mesmas iriam passar, apesar de já ter existido esta explicitação por parte da equipa médica, tendo em conta as suas especificidades e motivo de internamento. Segundo Castro (2011), o enfermeiro deve proceder à explicação, de forma clara, das atividades que vão ocorrer no internamento e outras informações relevantes. Desta forma, o EEESMO deve facultar à mulher/casal/família as informações e o apoio de que precisam, envolvendo a parturiente e as pessoas significativas no processo de cuidados e estabelecendo uma parceria com os mesmos no planeamento dos cuidados centrados na parturiente (OE, 2021), não omitindo que, a enfermagem é vista como uma profissão dos cuidados de saúde, com foco nos processos da vida humana e o intuito de promover a saúde dos indivíduos, grupos e sociedade, de forma holística, considerando as suas crenças, valores e esperanças (Coelho & Mendes, 2011; Roy, 2014).

Foi tido em consideração o estado emocional da parturiente/acompanhante relativamente à gravidez, percebido se tinha sido uma gravidez planeada, desejada e/ou aceite e identificadas as expectativas da parturiente/acompanhante no que respeita ao trabalho de parto no plano de nascimento que traziam ou verbalmente. O plano de nascimento contempla práticas que resultam da vontade manifestada por parte da mulher grávida ou do casal no que concerne ao trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados ao RN. Desta forma, a mulher toma decisões informadas, em parceria com o EEESMO, no que respeita aos cuidados prescritos, suportadas em evidências científicas e adaptadas às necessidades específicas da mulher/casal (OE, 2021). Este deve ser respeitado desde que as práticas sejam benéficas no processo do parto e que não coloquem em risco a saúde/vida da mãe, do feto ou do RN, tendo em conta ainda as condições ou experiência dos profissionais para as realizar com segurança (Lei 110/2019).

É imperativo o estabelecimento de uma relação de confiança e de ajuda com a grávida e a família (Castro, 2011). Para isso, estabeleceu-se uma comunicação assertiva e eficaz, adequando a linguagem ao nível sociocultural e de literacia em saúde da parturiente/acompanhante, mobilizando os princípios éticos e deontológicos inerentes aos cuidados de enfermagem, mantendo constantemente respeito pela sua cultura, crenças e religião.

É fundamental que os profissionais de saúde utilizem instrumentos básicos de enfermagem como a comunicação através da escuta ativa, comunicação efetiva, identificação de angústias e incertezas da parturiente/ acompanhante, assim como reconheçam as questões culturais e sociais (Schindler, 2023).

Foram respeitados os direitos da parturiente/ casal como o direito à saúde, sendo uma das bases dos princípios da cidadania, pelo acesso garantido aos serviços de saúde, o direito à não-discriminação e respeito pelas suas escolhas, bem como o direito à privacidade associado ao dever de confidencialidade (Goldim & Fernandes, 2022).

Durante a prestação de cuidados foram tidos em conta os princípios éticos: da autonomia, capacitando a parturiente/ casal a tomar decisões informadas; da justiça, sendo que não existiu qualquer tipo de discriminação, usufruindo de todos os recursos e tecnologias em saúde disponíveis; da beneficência, prestando cuidados sem causar danos; da não-maleficência, evitando intervenções que configuram uma atitude dolorosa; e da dignidade e o seu reconhecimento enquanto pessoa, o que considero que proporcionou um acolhimento individualizado e possibilitou a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A gravidez e o parto são os períodos nos quais as crenças e as expectativas condicionam a vivência dos mesmos. O parto é socialmente percebido como algo negativo associado a sentimentos de dor, sofrimento, dificuldade e vulnerabilidade física e psicológica (Coelho, 2009). Por sua vez, as crenças estão ligadas à noção de bem e de mal, determinando comportamentos. Qualquer crença, expectativa, ou atitude, têm expressão própria em cada contexto cultural e social onde a mulher se encontra inserida, sendo os comportamentos o reflexo da cultura e a sociedade que a rodeia. Desta forma é pertinente conhecer o tipo de crenças que estão por detrás das atitudes e comportamentos das mulheres que cuidamos (Coelho, 2009).

Considero ter tido em conta cada crença, cultura ou expectativa das díades às quais prestei cuidados, demonstrando sempre respeito pelas mesmas e indo ao encontro do esperado, bem como desmistificando mitos cientificamente provados de forma a promover a literacia em saúde e a tomada de decisão informada e esclarecida.

O/a acompanhante, ao longo do ensino clínico, foi envolvido/a nos cuidados que foram prestados, de acordo com os desejos da díade. É relevante ter presente que no acolhimento ao casal grávido, a pessoa significativa que acompanha a parturiente durante o internamento tem um papel importante. Na mesma linha de pensamento, o EEESMO deve consciencializar que o nascimento vai produzir modificações no

equilíbrio familiar, sendo que, a hospitalização de um membro da família pode inferir uma crise considerável na sua dinâmica funcional. Neste contexto, o acolhimento implica observar a utente como uma pessoa que se compõe também da sua própria família, facto que foi tido em conta, tendo sido promovida a comunicação com a família, uma vez que no bloco de partos não são permitidas visitas (Castro, 2011).

A pessoa, enquanto conceito metaparadigmático da enfermagem, é vista como um indivíduo/família/grupo/comunidade, como um sistema adaptativo e holístico, que funciona como um todo, para além da soma das suas partes (Rodrigues, Pagliuca & Silva, 2004), influenciada por estímulos internos e externos que afetam o seu comportamento, permanecendo em constante interação com as mesmas, incentivando à criação de respostas de adaptação (Coelho & Mendes, 2011).

Objetivo 3: Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à parturiente/acompanhante no primeiro estágio de trabalho de parto;

O primeiro estágio de trabalho de parto diz respeito ao “*tempo necessário para atingir a dilatação completa desde a avaliação inicial ou desde o início da percepção de contrações regulares pela grávida até ao momento do esforço expulsivo com dilatação total*” (Marques, 2021, p.7). Este divide-se em fase latente, com a existência de contrações uterinas dolorosas e alterações das características do cérvix até dilatação cervical de 5cm, e fase ativa, caracterizada pela existência de contrações uterinas dolorosas regulares (2-3 contrações a cada 10 minutos com duração entre 20-40 segundos) e apagamento cervical considerável (75-100%) até dilatação completa. Nesta fase, as intervenções realizadas podem trazer um maior benefício ou prejuízo tanto à mãe como ao feto (Marques, 2021). Varela et al., (2020) corroboram e definem o primeiro estágio de trabalho de parto desde o início de aparecimento de contrações uterinas regulares, finalizando com a dilatação completa ou 10 cm de dilatação. No que se refere à fase latente e ativa, existem incongruências uma vez que Varela et al., (2020) consideram os 3cm de dilatação como limite de passagem para a fase ativa. A duração normal deste estágio não é consensual, sendo consideradas entre 6 e 8 horas e até 24 e 36h por alguns autores (Varela et al., 2020), assim como, até 20 horas, para mulheres nulíparas e até 14 horas para mulheres múltiparas (Graça, 2017).

Durante o ensino clínico, prestei cuidados a 186 parturientes, 75 apresentaram patologias associadas e as restantes 111 saudáveis (ANEXO I). A admissão destas parturientes teria sido realizada no Internamento de Obstetrícia para Indução de

Trabalho de Parto ou vigilância do bem-estar materno-fetal, tendo sido posteriormente transferidas para o Bloco de Partos, ou admitidas no Serviço de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia e internadas pelos mesmos motivos ou em trabalho de parto. As patologias mais frequentes eram: Diabetes *Mellitus*, Hipertensão Induzida pela Gravidez, Pré-Eclâmpsia, Síndrome de HELLP, patologias da tireóide, gravidez pré-termo, ameaça de parto pré-termo, gravidez gemelar, doenças psiquiátricas, morte fetal, entre outras.

Na fase latente do primeiro estágio de trabalho de parto não se preconiza o internamento hospitalar por rotina, salvo as situações em que o internamento promove o bem-estar da mulher ao gerir ansiedades, dificuldades de transporte para o hospital, gestão da dor ou vigilância materno-fetal (Marques, 2021).

Na aplicabilidade do modelo da adaptação de Roy à prática de enfermagem, a avaliação inicial da pessoa consiste na observação dos quatro modos de adaptação e identificação de comportamentos; a identificação do ambiente que influencia a criação de comportamentos ineficazes permite elaborar diagnósticos de enfermagem de forma a estabelecer objetivos; as intervenções são definidas em função da gestão dos estímulos que influenciam os comportamentos; a avaliação permite analisar os comportamentos que resultaram das intervenções, possibilitando uma nova avaliação da pessoa (Coelho & Mendes, 2011; Roy, 2014).

Para esta fase, foi proporcionada à parturiente/casal um ambiente acolhedor no contexto e informei das facilidades que este possuía em termos físicos acima referidos. Questionei as expectativas que os mesmos possuíam no que diz respeito ao trabalho de parto e parto bem como consultei os planos de parto nas situações em que este tinha sido elaborado. Foram seguidas as orientações da DGS (2023) no que diz respeito à este estágio de trabalho de parto, nomeadamente, avaliação do bem-estar hemodinâmico 4/4horas, monitorização CTG contínua, cateterização de veia periférica sem administração de soroterapia por rotina, avaliação da dor assim como esclarecimento acerca de medidas farmacológicas e não-farmacológicas a adotar para o controlo da mesma, realização de exame vaginal apenas e quando estritamente necessário, incentivo e assistência na mobilização da utente, disponibilização de líquidos claros e respeito pela fisiologia do trabalho de parto (DGS, 2023).

Quanto à ingestão de líquidos claros, além da DGS (2023), a OMS (2018), recomenda que as grávidas consideradas de baixo risco devem consumir líquidos claros durante o trabalho de parto considerando-se a: água, sumos de frutas sem polpa, chá,

café preto e bebidas isotónicas. Porém, a evidência científica dos benefícios da ingestão de líquidos durante o trabalho de parto, assim como os riscos associados, não está clara.

No que diz respeito às medidas não farmacológicas no controlo e alívio da dor no trabalho de parto, foi possível adotar alguns dos métodos conhecidos como: hidroterapia, deambulação, musicoterapia e utilização da bola de Pilatos. Infelizmente, o Bloco de Partos não possuía recursos físicos para abordar outros métodos não-farmacológicos como a aromaterapia.

Foram poucas as mulheres às quais prestei cuidados na fase latente do primeiro estágio de trabalho de parto, tendo tido maior oportunidade de prestar cuidados a mulheres em fase ativa do primeiro estágio de trabalho de parto.

No que diz respeito à fase ativa do primeiro estágio de trabalho de parto, procedi a todas as intervenções acima mencionadas, bem como à avaliação através do exame vaginal de 4/4 horas e monitorização CTG contínua externa ou interna de acordo com as especificidades de cada parturiente.

Após o início da fase ativa do primeiro estágio de trabalho de parto iniciei o registo das observações no partograma assim como no sistema informático hospitalar.

De forma geral fui ganhando autonomia ao longo destas vinte semanas de ensino clínico, de forma gradual e sempre com a supervisão da enfermeira cooperante, da qual fui recebendo feed-back no que diz respeito às minhas intervenções e no que poderia melhorar de forma a prestar cuidados individualizados e com qualidade. A cervicometria foi o exame no qual senti a maior dificuldade numa fase inicial, que, após a continuidade do EC, foi superada.

Procedi à avaliação e ao registo dos dados colhidos através da monitorização CTG, tal como, às suas especificidades de acordo com cada situação individual. Por diversas vezes em que o traçado CTG apresentava desacelerações cardíacas fetais de difícil recuperação foi necessário implementar medidas de reanimação intrauterina, nomeadamente: reposicionar a parturiente em decúbito lateral, de forma a evitar a compressão da veia-cava e promoção da perfusão útero-placentária, consequentemente o alívio da compressão do cordão umbilical; suspensão de ocitocina e administração de uterolítico, de forma a diminuir a taquissístolia e melhorar a oxigenação fetal; administração de oxigenoterapia à parturiente para aumentar o aporte

de oxigénio para o feto e hidratação endovenosa para eventual correção da hipovolemia materna (Silveira, 2018).

No que concerne às medidas farmacológicas no controlo e alívio da dor, administrei a medicação previamente prescrita pelos obstetras e, de acordo com a dor que a parturiente em questão sentia. Solicitei a intervenção do médico anestesista sempre que a parturiente o desejou, de forma a realizar a analgesia do trabalho de parto, tendo em consideração que o critério para o seu início é o desejo da parturiente, não sendo prejudicial na evolução do trabalho de parto (Sequeira et al., 2020). A analgesia de parto deve proporcionar um alívio eficaz e seguro da dor, não prejudicando a progressão do trabalho de parto, possuindo efeitos mínimos para o feto e parturiente, devendo ser fácil de iniciar e de manter, sendo eficaz ao longo de todo o trabalho de parto (Teixeira, Abelha & Santos, 2016). Auxiliei na realização da técnica de analgesia no que concerne ao material necessário bem como no posicionamento da parturiente, mantendo possível a contínua monitorização CTG, assim como, a observação do estado geral e hemodinâmico da parturiente para detetar precocemente complicações ou reações adversas. Informei e esclareci qualquer dúvida dentro do meu domínio de cuidados e envolvi o acompanhante neste processo.

De acordo com as oportunidades de aprendizagem, durante o estágio fui compreendendo a integridade das membranas durante o exame vaginal. Procedi à técnica de amniotomia em momentos de não progressão do trabalho de parto como preconizado pela DGS (2015), ou nas situações em que era necessária a observação e avaliação do líquido amniótico para justificar traçados CTG. Esta técnica não é recomendada pela OMS (2018) para acelerar o trabalho de parto, pelo que senti algum receio na realização da técnica pelo risco associado ao prolapso ou compressão do cordão, assim como, pelo risco de infeção, descolamento de placenta prévia oculta e rotura de vasa prévia, dificuldade superada ao longo do tempo.

Uma outra dificuldade sentida foi, durante o exame vaginal, identificar a variedade em que o feto se encontrava. A variedade diz respeito à relação existente entre o ponto de referência da apresentação fetal (occiput, sacro, mento ou bregma) e os quatro quadrantes da bacia materna (Lowdermilk & Perry, 2008). Esta dificuldade foi superada após várias observações, tendo como ponto de referência a posição das suturas fetais, facilitadoras na determinação da variedade em questão.

Objetivo 4: Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/parturiente/acompanhante no segundo estágio do trabalho de parto;

Entende-se por 2º estágio do trabalho de parto o período desde a dilatação cervical completa (10cm) até o nascimento fetal, durante o qual a mulher apresenta um desejo involuntário de puxar, resultante das contrações uterinas (OMS, 2018).

No total foram assistidos 52 partos, dos quais 44 partos eutócicos (ANEXO I). Foi possível participar em partos distócicos, 8 no total, 7 assistidos por ventosa e 1 por fórceps. Esta participação permitiu-me dar continuidade à relação terapêutica estabelecida com a parturiente e com o casal, encorajando a participação ativa da mulher através dos esforços expulsivos durante as contrações, tranquilizando o acompanhante sempre que necessário, uma vez que é papel do enfermeiro dar suporte e educação à mulher/casal em que o parto ocorre com auxílio de ventosa ou fórceps (Lowdermilk & Perry, 2008).

Adotei as recomendações da DGS (2023), no que diz respeito a este estágio de trabalho de parto, incentivando a parturiente a adotar a posição mais confortável ou preferencial.

Relativamente às posições adotadas no momento da expulsão, a maioria dos partos foram assistidos na posição de litotomia semi-reclinada (45º) ou na posição lateral, sabendo que a posição verticalizada diminui a taxa de episiotomias (Martins, 2020).

Tendo em conta os 44 partos assistidos, quanto à integridade do períneo, resultaram 20 lacerações de grau I, 4 lacerações de grau II, 7 episiotomias/episiotomias e 13 períneos íntegros. Considero que as posições adotadas favoreceram o não surgimento de mais lacerações de grau superior a 1 assim como preveniram a ocorrência de episiotomias, sendo estas realizadas apenas quando estritamente necessário (hipóxia fetal, iminência de laceração perineal/início laceração perineal) (DGS, 2023). A proteção do períneo foi também um fator que contribuiu, sendo que as lacerações de grau II ocorreram nas primeiras 10 semanas de estágio, sentindo-me gradualmente capaz de realizar a técnica de proteção do períneo, promovendo ainda a massagem perineal e aplicação de calor no períneo antes do período da expulsão.

A massagem perineal diminui a resistência da musculatura perineal, enquanto o calor aplicado no períneo aumenta o fluxo sanguíneo local, promove o relaxamento

muscular, aumentando a elasticidade e distensão dos tecidos do períneo, bem como a percepção da dor, reduzindo assim a probabilidade de ocorrerem lacerações durante o parto (ACOG, 2016).

Antes da realização de qualquer intervenção considero que nesta fase, a comunicação tem uma importância fulcral, auxiliando o culminar do nascimento de um bebé sem complicações. As parturientes neste momento repleto de stress, ansiedade, medos, precisam de ter apoio, tanto emocional como físico, e de um contacto próximo durante o parto. A presença do EEESMO e a forma como comunica é essencial para a manutenção da tranquilidade, reduzindo os níveis de stress e promovendo a sua cooperação (Teixeira, 2020). Inicialmente, esta comunicação não era tão eficaz como desejava, sendo por vezes a barreira linguística em parturientes estrangeiras um obstáculo, situação ultrapassada ao longo das semanas de estágio através da observação da enfermeira cooperante e sugestões por parte da mesma. Em casa, fui treinando frases que considerei mais relevantes em inglês e francês, fator que considero ter sido facilitador. Por outro lado, o uso da comunicação não verbal e o envolvimento do acompanhante (que maioritariamente falava português) no processo de cuidados e na tradução mais adequada foi outra medida que adotei e considero ter contribuído para que, por volta da 10ª semana do ensino clínico, conseguisse estabelecer uma comunicação terapêutica e eficaz com as parturientes às quais prestei cuidados, capacitando-as, motivando-as e transmitindo segurança e calma, de forma gradual.

A maior dificuldade por mim sentida foi gerir todo o que se passava à volta do momento da expulsão do feto, principalmente quando o nascimento era iminente, desde o posicionamento da parturiente, preparação da mesa de apoio, da cama de parto, medicação a preparar, equipamento de proteção individual, juntamente com o casal ao qual deveria transmitir calma, segurança, e comunicar todos os passos que se estavam a desenrolar. Com o passar das semanas fui ganhando mais autonomia e acima de tudo confiança, conseguindo gerir e organizar de forma racional e propositada, facilitando assim a minha intervenção.

A preparação da mesa de apoio constitui-se também, num momento importante, devendo-se organizar de forma a facilitar a realização de procedimentos e manobras. A enfermeira cooperante explicou qual a maneira mais facilitadora para organizar os instrumentos, e concedeu-me a autonomia de os organizar de maneira que fosse mais facilitadora para mim.

Por várias vezes ocorreram complicações no 2º estágio do trabalho de parto como desacelerações prolongadas ou distócia de ombros. Em todas as situações tentei manter a calma e transparecer tranquilidade de forma a não alarmar o casal, explicando o que se estava a passar ou justificando intervenções como episiotomias, clampagens precoces do cordão umbilical ou ausência do contacto pele-a-pele imediato. Penso que estes esclarecimentos aumentaram a confiança do casal na minha pessoa, enquanto EEESMO, dada a transparência que demonstrei, possibilitando uma melhor relação terapêutica.

Considero, ao longo da evolução do EC, ter conseguido tomar decisões em situações tanto críticas como menos críticas, tendo em conta a OE (2021) e considerando a viabilidade e adequação das intervenções de enfermagem planeadas, a evidência científica disponível, o contexto de prestação de cuidados, a individualidade das parturientes e a análise da situação por mim realizada.

Além dos 52 partos em que participei, tive oportunidade de assistir a 24 cesarianas que aconteceram por diversos motivos, tais como: apresentação pélvica, não progressão de trabalho de parto, CTG patológico, descolamento de placenta e pré-eclâmpsia grave. Num dos casos em que ocorreu um descolamento de placenta, antes do diagnóstico, foi realizada uma ecografia que diagnosticou uma morte fetal, às 40 semanas de gestação. Esta experiência, apesar de marcante, inesperada e infeliz, tornou-se numa oportunidade de intensa aprendizagem. Assisti à cesariana e prestei os cuidados ao feto (procedi à sua identificação, pesagem, vestir), e proporcionei aos pais um momento para poder estar com ele, tratando o feto pelo seu nome. Demonstrei disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, estive presente sempre que o solicitaram e prestei apoio, envolvendo sempre o pai nos cuidados prestados. Sugeri que reunissem lembranças do bebé, como, a pulseira de identificação e fotografias. Os pais estiveram sempre abertos às sugestões fornecidas e mostraram-se bastante tranquilizados com todos os cuidados prestados.

Sabendo que, o EEESMO “*cuida da mulher inserida na família e comunidade, em situações de (...) luto perinatal*” (OE, 2021, p.6), e “*concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal*” (Lei 110/2019), considero que esta experiência contribuiu não apenas para a articulação teórico-prática da evidência científica encontrada dado o meu tema de interesse, mas também, no desenvolvimento das competências acima mencionadas. De realçar que o contexto do EC não possuía qualquer tipo de recurso material para disponibilizar aos pais no sentido de promover o

luto nestes casos, nem material com qual possam criar memórias e lembranças, aspetos de relevada importância, realçado por Forhan (2010), que refere a interpretar a caixa de memórias como uma validação e reconhecimento da existência do filho e criador de memórias. Deste modo, existiu a oportunidade de desenvolver uma Caixa de Memórias para o serviço, após a apresentação da mesma à equipa, como será abordado num outro objetivo adiante.

Objetivo 5: Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/parturiente/acompanhante no terceiro estágio do trabalho de parto;

O terceiro estágio do trabalho de parto ocorre desde a exteriorização do feto até à expulsão da placenta, através de um mecanismo fisiológico, resultando da interação de fatores mecânicos e hemostáticos (Sequeira et al., 2020).

O principal desafio foi identificar os sinais de descolamento da placenta (contração firme do fundo uterino, mudança da forma do útero de discóide para ovóide, hemorragia súbita pelo intróito vaginal, aumento gradual do tamanho do cordão umbilical bem como da placenta ou membranas fetais que se observam na vagina) (Lowdermilk & Perry, 2008), sendo ultrapassado após a realização de alguns partos.

Considero ter tido facilidade na identificação do mecanismo de expulsão da placenta (de Schultze, quando a placenta aparece pela sua face fetal; Duncan, pela face materna) (Lowdermilk & Perry, 2008), apesar de não ter importância clínica. O registo do mecanismo da expulsão é obrigatório no partograma. Após a expulsão, examinei a sua integridade para certificar que não existiu qualquer retenção na cavidade uterina, assim como, a formação do Globo de Segurança de Pinard (Lowdermilk & Perry, 2008). Não experienciei situações de retenção placentar. Posteriormente administre ocitocina de acordo com o protocolo hospitalar.

Ainda durante este período, é necessário examinar o períneo e a mucosa vaginal da parturiente de forma a identificar possíveis lacerações existentes e proceder a sua reparação, assim como proceder à perineorrafia. No que concerne ao tipo de lacerações e sua quantificação bem como das episiotomias, foram referidas anteriormente.

Suturar foi um outro desafio que surgiu na minha aprendizagem. Sabendo que a técnica e o material necessário são muito importantes visto que poder influenciar a dor, a cicatrização, dispareunia (Sequeira, 2020), conseguir identificar tecidos e músculos de forma a proceder à reparação do períneo foi uma dificuldade ao fim de uma

significativa quantidade de partos, superada. Consegui ir ganhando autonomia e destreza na realização das suturas, sempre com o apoio da enfermeira cooperante.

No que concerne às intercorrências assistidas durante este estágio realço a situação de atonia uterina, tendo apelado à equipa médica para a adequada resolução, sendo esta uma situação por mim identificada como uma complicação do parto. A OE (2019) refere que o EESMO, na sua prática, deve cooperar com outros profissionais da equipa multidisciplinar no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto. Foram explicados todos os procedimentos à parturiente/casal de forma a diminuir ansiedades com o aparecimento de complicações.

No final do momento do parto aproveitei para realizar educação para a saúde quanto aos cuidados de higiene no pós-parto assim como, na aplicação de crioterapia no alívio da dor ou sinais inflamatórios.

Procedi a realização dos registos de enfermagem no programa informático, no partograma, no BSG, plataforma Notícia de Nascimento-PDS e no livro de partos.

Objetivo 6: Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/parturiente/acompanhante no quarto estágio do trabalho de parto;

Este objetivo foi o único onde não senti dificuldades no desenvolvimento das atividades propostas uma vez que desempenho funções num internamento de puérperas. No entanto, foi o momento que me proporcionou diversas aprendizagens e me possibilitou investir alguns conhecimentos sobre a promoção da vinculação pais/filho. Priorizei a manutenção de contacto pele-a-pele na primeira hora de vida do recém-nascido, promovendo a amamentação nas mulheres que desejavam, apoiando as suas decisões, visto que, no 4º estágio do trabalho de parto, o EEESMO cuida a mulher, inserida na família e comunidade, de forma a potenciar a saúde da mesma e do outro progenitor, promovendo a adaptação à parentalidade (OE, 2021).

Durante a primeira hora após o nascimento, o bebé deve estar em contacto pele-a-pele com a mãe para a manutenção da temperatura corporal e o início da amamentação, sendo realizadas a maioria das intervenções como vacinação, observação física do que é permitido, ainda durante esse período (Mechas, 2017).

Neste estágio, os pais, quando submetidos à um novo estímulo, neste caso, o recém-nascido, ocorre um mecanismo de reação e resistência ao mesmo, que modifica

o seu autoconceito e o seu papel de função na vida, modificando as suas interdependências e adaptando o seu comportamento à nova vida (Margalhos, 2018; Roy, 2014).

Duas horas após o parto procedi à avaliação física da puérpera relativamente às características das mamas, mamilos, involução uterina, características dos lóquios, características da sutura perineal caso exista, presença de coágulos, hemorróidas, edema dos membros inferiores, penso abdominal (em casos de cesariana), avaliação do estado hemodinâmico, pele e mucosas e remoção do cateter epidural. Foi incentivada a ingestão de líquidos e alimentos. Procedi à técnica de esvaziamento vesical quando as utentes não urinavam de forma espontânea e apresentavam sinais de retenção urinária e cuidados de higiene e conforto. Realizei ainda a avaliação objetiva do recém-nascido.

Este estágio do trabalho de parto é de extrema relevância visto ser o período considerado de recuperação imediata, em que a hemóstase é reestabelecida (Ascensão, 2020). A intervenção do EEESMO, dada à análise crítica que é capaz de realizar devido às competências que desenvolveu, é fulcral para a prevenção ou deteção precoce de complicações.

Objetivo 7: Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto, otimizando a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina;

Durante os partos assistidos por colegas de estágio, procedi à assistência ao recém-nascido na adaptação do mesmo à vida extrauterina. Antes do momento do nascimento, procedi a verificação dos materiais existentes na mesa de reanimação. Foi bastante importante conhecer toda a história obstétrica da mulher de forma a prever complicações que poderiam surgir e situações para pedidos de apoio à equipa de pediatras.

A OE (2019) prevê que o EEESMO assegure a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina. Identifiquei a hora de nascimento do RN e prestei cuidados imediatos ao mesmo de acordo com as necessidades apresentadas. Nos casos de partos distócicos ou complicações, os médicos pediatras estavam presentes, contudo, não foi necessária qualquer intervenção para além da observação. De forma geral, o RN permaneceu em contacto pele a pele na primeira hora de vida, após descarte de malformações major,

sendo realizada a sua identificação com pulseira de identificação e pulseira eletrônica anti-rapto, observação física, neurológica e comportamental no sentido céfalo-caudal e a pesagem após esse momento importante, assim como a administração de vitamina K e Vacina contra Hepatite B. A determinação do índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto de vida do RN foi realizada sem dificuldade, uma vez que, maioritariamente se tratava de RN saudáveis.

Ao longo das semanas de estágio não foi possível presenciar situações em que fosse necessária a reanimação neonatal, situações que considero serem importantes no desenvolvimento de competências enquanto futura EEESMO. No entanto, durante o estágio em contexto de Neonatologia realizei o Curso de Reanimação Neonatal, onde considero ter alcançado conhecimentos teórico-práticos diferenciados, que me permitiriam dar resposta numa situação emergente.

Objetivo 8: Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no domínio da melhoria contínua da qualidade e no domínio da gestão de cuidados;

Durante o estágio foi possível consultar todas as instruções de trabalho e protocolos existentes no serviço, o que me permitiu prestar cuidados de acordo com as normas em vigor. Ao longo das semanas fui observando e compreendendo a metodologia de organização do serviço no que diz respeito aos recursos humanos e materiais.

Quanto à gestão dos recursos humanos, durante os turnos foi possível realizar a distribuição dos enfermeiros, uma vez que a enfermeira cooperante era, na maioria das vezes, a responsável do turno. Por outro lado, a realização de planos de cuidados individualizados e a sua atualização de acordo com as necessidades identificadas permitiram-me uma melhor gestão dos cuidados por mim prestados, tendo em conta os recursos materiais disponíveis. Desenvolvi, desta forma, competências cognitivas, técnicas e relacionais no domínio da melhoria contínua da qualidade e no domínio da gestão de cuidados, visto que, o Enfermeiro Especialista deve gerir “*os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados*” (Lei 110/2019).

Objetivo 9: Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais;

Desde a primeira semana de estágio que fui recebendo *feedback* contínuo por parte da Enfermeira Cooperante acerca da minha prestação, permitindo-me melhorar tanto a nível teórico através de pesquisa e trabalho autónomo, como na prática, na tentativa de aprimorar os cuidados prestados.

No dia 16 de junho de 2023 foi possível a participação num projeto em desenvolvimento do Serviço, que engloba uma série de ações de formação para os enfermeiros generalistas e EEESMO, onde tive oportunidade de apresentar alguns dos resultados da *scoping review* intitulada “A experiência da família em situação de luto por morte fetal” (APÊNDICE II). Foi concebido um protótipo de uma “Caixa de Memórias”, dada a relevância enaltecida nos estudos encontrados, como estratégia promotora do luto nas situações de morte fetal.

Silveira (2020), refere como estratégias de *coping* para os pais que experienciam a morte fetal: procurar um significado para a perda, realizar o funeral ou cerimónia religiosa, partilha de sentimentos com os familiares e amigos, construir uma caixa de memórias com detalhes e objetos significativos, entre outros.

A “Caixa de Memórias” é considerada uma estratégia de humanização recente, pouco utilizada e explorada, e tem como objetivo a promoção do luto, nesta situação específica, caracterizada pela falta de lembranças com o bebé, colocando-se ainda em causa o papel de pais pelo casal o experiencia (Lucini & Rieth, 2022). A caixa traz diversos objetos que permite a criação de memórias e lembranças, detalhes reais, como por exemplo, o registo da data e hora de nascimento, nome, peso e comprimento. Além disso, permite ainda aos pais a partilha de detalhes com as pessoas significativas que nunca chegaram a conhecer o bebé, tornando-se assim, numa maneira de viver o luto de forma positiva (Silveira, 2020). Esta permite ainda reconhecer o bebé como um indivíduo, não limitando a morte fetal ao fim da relação pais-filho, permitindo a permanência física e espiritual do bebé de forma digna (Luiz, Filho & Ventura, 2020).

Sabendo que, à luz da teoria de Roy, o processo de morte e morrer, particularmente, em situações imprevisíveis como a morte fetal, pode dificultar o processo de adaptação de todos os envolvidos, o EEESMO deve implementar intervenções que visam a manutenção de respostas adaptativas, promovendo o uso dos mecanismos de adaptação dos pais e família, para uma melhor elaboração do processo de luto, e, conseqüentemente, adaptação à nova realidade (Roy, 2014; Rocha, 2016).

Tendo em conta que, os estímulos e todas as condições do meio podem influenciar no processo adaptativo dos pais/família, o EEESMO deve adotar estratégias promotoras dos mecanismos de adaptação. A utilização da “Caixa de memórias” pode ser uma destas estratégias. A caixa é composta por: um cartão de identificação com os dados do nascimento, um bloco de notas onde os pais podem escrever o que sentem ou tudo o que acham pertinente, uma caneta, o gorro que o hospital fornece a todos os RN, uma pasta de moldagem para a realização de impressão digital e dois polvos (um grande e outro pequeno, sendo que um ficaria com os pais e o outro ficaria com o bebé de forma a promover a manutenção da ligação e relação pais/filho) (APÊNDICE III).

Por outro lado, a reflexão frequente da minha prática clínica utilizando o pensamento crítico e identificando aspetos a melhorar contribuiu para a melhoria dos cuidados que prestei. A realização de reuniões intermédias com enfermeira cooperante e professora orientadora seguiram a mesma linha de pensamento.

Por fim, a própria elaboração do presente documento me possibilitou a reflexão das experiências por mim vivenciadas e a prática de cuidados, através da análise reflexiva das mesmas, contribuindo assim para o alcance deste objetivo.

Objetivo 10: Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação.

A realização de uma Scoping Review, apresentada no 2º capítulo, com o tema “A experiência da família em situação de luto por morte fetal” foi a base para o alcance deste objetivo.

A ação de formação na qual se procedeu à apresentação dos contributos que os resultados da ScR se aplicam à prática permitiu o desenvolvimento de um momento de discussão entre todos os enfermeiros presentes, assim como, partilha de experiências. Estes referiram não se sentirem verdadeiramente preparados para lidar e promover o luto nestas situações inesperadas, existindo ainda poucos recursos no que concerne a criação de memórias que possam ser facultadas aos casais.

Ao longo do EC fui promovendo, junto da equipa multidisciplinar, estratégias que possam adotar na promoção do processo de luto por morte fetal, nomeadamente, frases que devem ou não utilizar; abordagem das cerimónias fúnebres possíveis de realizar; os grupos de apoio ao luto por morte fetal existentes de forma a promovê-los junto dos casais; promoção da disponibilidade dos mesmos para esclarecimento das dúvidas dos casais; a transferência do Bloco de Partos para o Internamento de

Obstetrícia/Ginecologia de forma individualizada para um quarto individual de forma a que o acompanhante esteja presente 24 horas, fisicamente situado o mais longe possível de RN internados e o planeamento do regresso à casa desde a admissão, incluindo os pais no desenvolvimento do plano de cuidados e na decisão de ter ou não alta, de acordo com as suas necessidades.

2. A EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE LUTO POR MORTE FETAL

2.1 CONCEPTUALIZAÇÃO

A gravidez é um processo que corresponde ao período desde a concepção até o nascimento, momento especial para os pais e familiares, período dinâmico de construção, desenvolvimento e adaptações, sendo necessária a sua aceitação para que esses mecanismos se iniciem. O nível de aceitação e adaptação irá refletir-se na preparação e nas respostas emocionais à mesma (Moreira, 2008).

Este período é caracterizado pelas alterações fisiológicas, psicológicas e sociais às quais a mulher utiliza diversos mecanismos que envolvem reestruturações em diversas dimensões, para que exista uma adaptação adequada. Nas situações em que este processo é interrompido de forma repentina, podem existir consequências a níveis diferentes (Moreira, 2008).

O nascimento é considerado como um dos momentos mais especiais e importantes na vida de uma mulher/casal/família, culminando no nascimento de um novo ser. Assim, o nascimento de um filho simboliza um marco importante, não só na vida do casal, como para todo o sistema familiar, principalmente, quando se trata do primeiro filho, ou de uma gravidez planejada e desejada (Alves, 2018; Moreira, 2008; Mincov, Freire & Moraes, 2022).

Quando a morte de um filho antecede o seu nascimento, ocorre a inversão da sequência lógica do ciclo vital, o casal vivencia a maior perda da sua vida, sendo este um acontecimento inesperado, traumatizante e inacreditável. Quebram-se expectativas, desejos englobados num projeto tão único e particular: o sonho da maternidade (Alves, 2018).

A morte fetal é a morte do produto da gestação antes da completa expulsão ou extração do corpo da mãe, após as 20 semanas completas de gestação. O óbito é certificado se o feto não apresentar movimentos respiratórios, nem demonstrar qualquer sinal sugestivo de vida como: frequência cardíaca, pulsação do cordão umbilical e/ou movimentos musculares voluntários. A morte intrauterina pode ocorrer antes do início do trabalho de parto (morte anteparto) devido a complicações na gravidez ou doenças maternas, ou durante o trabalho de parto (morte intraparto) (OMS, 2006).

Muitas das perdas sucedem durante uma gravidez considerada de baixo risco, ou seja, sem qualquer patologia, intercorrência ou sinal de alerta prévio associado. Este

caráter inesperado torna este momento traumatizante e intensifica o choque na díade parental e familiar, dificultando a sua aceitação (Alves, 2018).

A morte leva ao sentimento de luto, tendo um significado abrangente que vai para além da morte de um ente querido, e tem como objetivo a reconstrução de recursos e o início da adaptação às mudanças consequentes da perda (Moreira, 2008).

O luto considerado normal relaciona-se com o alcance das diversas fases do mesmo, distribuídas ao longo de um continuum, sendo que, numa primeira fase o sujeito experiencia sentimentos de choque, descrença e negação, a fase seguinte é marcada por um período de desconforto somático e emocional, assim como pela retirada social, e por fim, numa última fase, existe um período de reconstituição (Ramos, 2016).

O luto é um processo complexo e não sequencial, sendo que as fases do mesmo existem ao mesmo tempo, com o predomínio de uma ou outra, de acordo com o momento, podendo existir avanço e retrocesso entre as diferentes fases (Moreira, 2008).

A morte fetal é uma das experiências mais traumáticas pela qual o casal e a família podem passar, uma vez que as expectativas criadas durante a gravidez são de continuidade da vida e nunca de morte. O casal sente-se traído e despedaçado, sendo impedido de vivenciar os sonhos, as fantasias e planos que foram criando ao longo da gravidez (Miranda e Zangão, 2020).

Esta perda pode ter um impacto devastador na saúde mental tanto a nível individual como do casal nos momentos imediatos e após a perda, podendo-se ainda intensificar nas gravidezes posteriores à perda (Alves, 2018).

As redes de apoio são fundamentais para o início e a elaboração do processo de luto, nesta perda tão peculiar, não sendo a sua importância normalmente reconhecida pela sociedade (Alves, 2018). Em Portugal os estudos desenvolvidos sobre o tema são escassos mas, ao contrário do que a sociedade imagina, a taxa de mortalidade fetal tardia nacional em 2020 foi de 2,3% (Pordata, 2022). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2021), relativamente ao ano de 2020, ocorreram 306 óbitos fetais, menos 4 do que no ano anterior, tendo sido a maioria registada em estabelecimentos de saúde e com assistência no parto (83,7%), sendo estes os dados mais recentes disponibilizados.

A morte fetal é um assunto tabu e a informação e o apoio fornecido a estes casais não é suficiente, levando os casais ao silêncio, geralmente dentro das paredes de casa, pela incompreensão e desrespeito pela sociedade em geral (Alves, 2018).

Desta forma, a família é um dos elementos primordiais no processo de luto. Esta pode ser percebida como um grupo de pessoas, entendidos como uma unidade social ou um todo coletivo, sendo composta por membros ligados pela consanguinidade, relação emocional ou vínculo legal, incluindo pessoas importantes para cada uma das partes do grupo (Pires, 2016).

Os profissionais de saúde envolvidos no processo, mais especificamente os EEESMO, são da mesma forma influentes na evolução do luto, sendo a assistência proporcionada junto da díade parental no momento da perda e no puerpério fulcral nessa evolução para normal ou patológica (Alves, 2018).

A equipa multidisciplinar, particularmente, os enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica devem estar preparados e capacitados para lidar com os casais/famílias perante a morte fetal, um insucesso no âmbito da obstetrícia, pela proximidade que estes apresentam com as mulheres enquanto parturientes/puérperas. Porém, os profissionais revelam dificuldades na intervenção junto da mulher/casal que possa promover o luto, sendo a relação de proximidade maioritariamente substituída pelo evitamento. Os cuidados que prestam restringem-se essencialmente nas competências técnicas, sendo a relação terapêutica afetada pela dificuldade na comunicação, expressão de sentimentos e emoções na situação da perda (Alves, 2018).

Os modelos e as teorias de enfermagem contribuem para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, permitindo a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a indivíduos e grupos da comunidade. A teoria de Enfermagem norteadora do trabalho foi a Teoria da Adaptação de Callista Roy (1984). Tendo em conta as teorias de enfermagem, considero esta teoria a que melhor se enquadra à área de interesse uma vez que, a morte fetal se constitui num momento suscetível de adaptação em todos os níveis, físico, cognitivo, espiritual e comportamental, e, por sua vez, o processo de luto carece de encaminhamento adequado de forma a se tornar numa resposta adaptativa adequada.

2.2 TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY

De modo a melhorar os cuidados de enfermagem prestados, os enfermeiros investem no desenvolvimento de teorias e modelos de enfermagem, através da educação, produção e consolidação de informação teórica, prática e investigação, promovendo o reconhecimento da enfermagem enquanto profissão e disciplina autónoma, sendo este considerado o maior desafio (Coelho & Mendes, 2011).

Callista Roy (1981) desenvolveu a Teoria da Adaptação, definindo o modelo de adaptação como um processo e um resultado do pensamento e do sentimento da pessoa, através da utilização de conhecimentos, escolhas e interações humanas e com o ambiente, desenvolvendo a reprodução e o domínio da sobrevivência. A teoria deve ser aplicada a famílias, grupos, comunidades e à sociedade, de forma holística (Roy, 2014).

Este modelo considera que a finalidade da enfermagem é a promoção da adaptação da pessoa nos quatro modos de adaptação: físico-fisiológico, identidade de autoconceito, interdependência e desempenho de papel, atingindo a sua plena saúde, qualidade de vida e morte com dignidade. O modo de adaptação físico-fisiológico diz respeito às respostas físicas da pessoa aos estímulos ambientais, o autoconceito compreende os seus aspetos psicológicos e espirituais (ser físico- imagem corporal, pessoal- autoconsciência/expectativas, ético-moral e espiritual), enquanto o desempenho de papel engloba os papéis desempenhados por si na sociedade e que visam a sua integridade social (primários, determinados pela idade, sexo e estágio de vida; secundários, reconhecido para cumprir uma tarefa associada à um papel primário; ou terciários, com comportamentos que envolvem emoções, atitudes perante um papel). O modo de adaptação à interdependência foca as relações entre pessoas (Coelho & Mendes, 2011).

A adaptação ocorre através dos processos centrais de adaptação, por meio dos subsistemas regulador (canais neuroquímicos e endócrinos que ativam uma resposta automática/inconsciente) e cognitivo (a resposta emerge em sequência da informação perceptual, aprendizagem, juízos e emoções) (Coelho & Mendes, 2011).

Os enfermeiros são agentes ativos na prática de ações que visam a manutenção de respostas adaptativas, incentivando os esforços da pessoa para empregar os mecanismos de defesa para posterior adaptação, independente da etapa enfrentada (Rocha, 2016).

2.3 METODOLOGIA

Os cuidados de saúde baseados em evidência científica têm na sua base a tomada de decisão clínica que considera a viabilidade, adequação, significado e eficácia das práticas de saúde. Estes devem ser suportados melhores evidências disponíveis, tendo em conta o contexto em que o cuidado é prestado, a individualidade da pessoa cuidada, tomada de decisão profissional e experiência do profissional de saúde. Devem-se, desta forma, adotar sistematicamente resultados de pesquisas e de outras práticas baseadas em evidência nos cuidados que se prestam diariamente, para melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços e cuidados de saúde (Porritt et al., 2020).

A metodologia adotada para o desenvolvimento deste relatório e com ele consolidar conhecimentos baseados em evidência sobre o luto dos casais, em caso de morte fetal, foi uma *Scoping Review* (APÊNDICE IV).

A ScR é uma metodologia de revisão que diz respeito a um “*tipo de síntese de evidência que sistematicamente identifica e mapeia a amplitude de evidência disponível num determinado tópico, campo, conceito ou questão, muitas vezes independentemente da fonte dentro ou através de contextos particulares*” podendo esclarecer os principais conceitos / definições na literatura e identificar as principais características ou fatores relacionados a um conceito, incluindo aqueles relacionados à pesquisa metodológica (Amendoeira, 2022, p.4), e tem como objetivo mapear a evidência sobre a experiência da família em situação de luto por morte fetal.

Peters et al., (2020), evidencia a necessidade de existência deste tipo de síntese de conhecimento, devendo ser conduzida de forma rigorosa, transparente e confiável.

2.3.1 Scoping review

De forma a esclarecer qual é a experiência das famílias que passaram por luto devido à uma morte fetal, identificando sentimentos, angústias, intervenções e cuidados que lhes foram prestados na promoção do seu luto, foi realizada uma ScR e mobilizados os seus contributos na prestação de cuidados de enfermagem especializados com base em evidência científica, contribuindo para a evolução da prática de cuidados de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica.

A presente ScR foi realizada de acordo com JBI®.

Numa primeira etapa, foram definidos os critérios de elegibilidade/inclusão (PCC), sendo considerado como participante a família; como conceitos luto, morte fetal e experiência num contexto aberto. A questão norteadora da scoping é “Qual a experiência da família em situação de luto por morte fetal?”. Com base nos critérios de elegibilidade anteriormente identificados e através do Mesh Browser, foram constituídos os seguintes descritores: *Family*, *Grief*, *Stillbirth*, *Life change event* e utilizando os booleanos “AND” e “OR” surge a expressão de pesquisa utilizada: *(Family) AND (Grief) AND [(Stillbirth) OR (Perinatal death)] AND (Life change event)*.

Definiu-se como objetivo da ScR: mapear a evidência sobre a experiência da família em situação de luto por morte fetal.

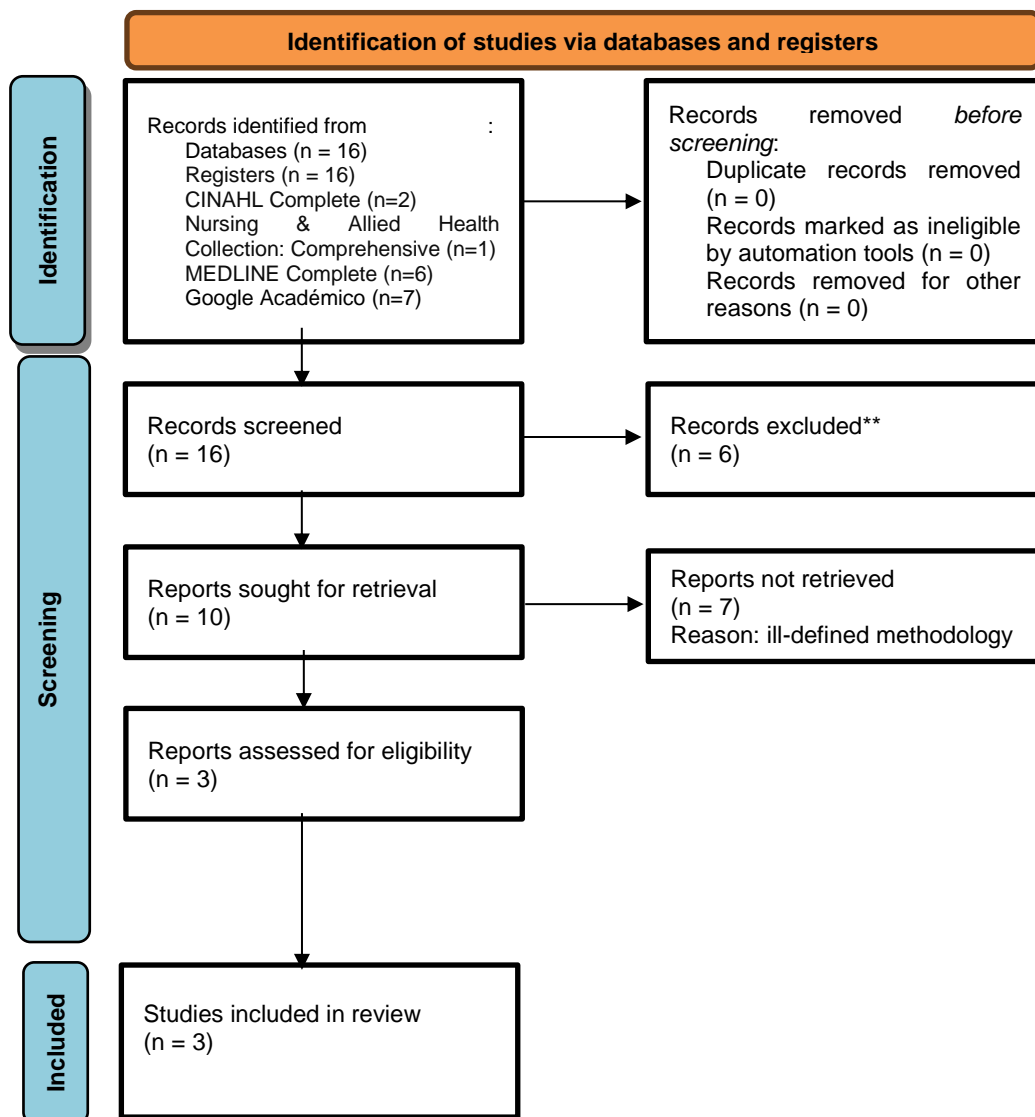
Participantes	Família
Conceitos	Luto, Morte Fetal, Experiência
Contexto	<i>Open</i>
Tipos de estudos	Consideraram-se todos os tipos de estudos

Quadro 1 – PCC e critérios de inclusão

A pesquisa foi realizada em outubro de 2023, nas bases de dados (information sources): CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Cochrane Clinical Answers e Google Académico. Não foram definidos limitadores universais nem específicos.

Após a aplicação da estratégia de pesquisa anteriormente apresentada nas bases de dados acima referidas, foram cumpridas diferentes etapas para a identificação, triagem e leitura integral dos artigos incluídos para a análise final. A esquematização destas etapas encontra-se representada no seguinte diagrama de fluxo: PRISMA 2020.

Na etapa de *Identification* foram identificados dezasseis artigos. Na fase seguinte, *Screening*, após a leitura do *title* e *abstract* dos artigos, concluiu-se seis dos artigos não incluíam a população ou os conceitos ou o contexto (PCC), pelo que foram excluídos. Na fase final, *Included*, após a leitura e avaliação integral dos artigos, constatou-se que três dos cinco artigos devem ser incluídos na análise, uma vez que sete deles não apresentavam a metodologia bem definida.



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Os artigos incluídos para análise foram:

1. Doing, Being, and Becoming: A Family's Journey Through Perinatal Loss (Forhan, 2010).
2. Untold stories of infant loss: The importance of contact with baby for bereaved parents (O'Leary & Jane Warland, 2013).

3. A scoping review of therapies used to treat psychological trauma post perinatal bereavement (Martin & Reid, 2023).

Autores	Revista	Ano, Volume	Título Artigo	Principais resultados
Forhan (2010)	The American Journal of Occupational Therapy	2010, 64	Doing, Being, and Becoming: A Family's Journey Through Perinatal Loss.	As várias fases durante o luto por uma morte fetal têm igual importância, sendo que se potencializam mutuamente. Ao longo desse ciclo, o apoio familiar e a intervenção dos profissionais de saúde são cruciais para o seu desenvolvimento positivo. As tarefas do cotidiano, numa primeira fase, são negadas, e, aos poucos, têm vindo a ser retomadas na sua plenitude. Existem várias estratégias promotoras do luto que foram experimentadas por esta família, nomeadamente: caixa de memórias, serviço funerário, diário e grupos de apoio. Esta família sentiu que os profissionais deveriam ter uma melhor preparação para lidar com este tipo de perda, uma vez que possuíam pouco conhecimento e se sentiam desconfortáveis na prestação de cuidados nesta situação peculiar.
O'Leary & Jane Warland (2013)	Journal ou Family nursing	2013, 19	Untold stories of infant loss: The importance of contact with baby for bereaved parents.	Os estudos revelam que os pais privados da escolha de ver o feto morto após a sua extração, da possibilidade de realização de funeral ou partilha dos sentimentos no momento da perda, viveram a vida inteira à sombra da experiência de perda do filho, causando ainda impacto nos filhos que se seguiram. Sentiram que não existiu respeito pelo direito de sofrer e foram instruídos a deixar a perda para trás. É difícil para os pais falar no presente sobre a gravidez em que ocorreu a perda do filho.
Martin & Reid (2023)	Journal of reproductive and infant psychology	2023, 41	A scoping review of therapies used to treat psychological trauma post perinatal bereavement.	Foi possível obter uma visão global acerca das terapias existentes possíveis de aplicar em situação de trauma pós luto perinatal. Um dos estudos abordados na scoping relata o acompanhamento de mulheres pós nadi-mortos ao longo de duas semanas nas quais assistiram a quatro sessões de aconselhamento. Os sintomas previamente apresentados de transtorno de estresse pós-traumático diminuíram significativamente.

Quadro 2 – Especificidades e principais resultados dos estudos analisados

Análise e Discussão dos Resultados

A gravidez é compreendida como um dos acontecimentos mais desejados, sendo especial e importante na vida da mulher/casal. Esta culmina no nascimento de um novo ser, entendido como um marco importante para todo o sistema familiar (Alves, 2018).

Após a confirmação da gravidez, inicia-se o processo de interação com o filho in útero, iniciando, estabelecendo e consolidando uma ligação afetiva, com manifestações de amor eterno, a vinculação. Nesse momento qualquer tipo de pensamento negativo como a morte fetal é impensável, uma vez que não se segue a lógica do ciclo vital, sendo criadas expectativas de continuidade de vida e nunca de morte (Alves, 2018; Miranda & Zangão, 2020). A grávida cria um vínculo e um sentido de responsabilidade pessoal para com o novo ser, muito para além do criado pelos restantes membros da família (Forhan, 2010; O'Leary & Warland, 2013).

A morte fetal é considerada uma das experiências mais traumáticas que a díade e suas famílias podem experienciar, podendo implicar alterações fatais na vida da família. O impacto da morte fetal envolve tanto os pais, a família e amigos próximos, assim como os EEESMO envolvidos no processo, sentido, de uma forma geral, dificuldades para abordar o tema e, no que diz respeito aos últimos, prestarem os cuidados necessários à mulher/casal/família (Alves, 2018; Miranda & Zangão, 2020). Assim, a morte fetal entende-se como uma perda incompreensível que causa um sofrimento extremo, que atinge desde os principais afetados, os pais; os familiares e os profissionais de saúde envolvidos (Forhan, 2010; O'Leary & Warland, 2013)

O luto associado a este evento é intenso, profundo, independentemente da idade gestacional em que a morte fetal ocorra ou da sua causa. Este fenómeno passou a ser reconhecido na década dos anos 70, no entanto, apesar do reconhecimento desta problemática, a sociedade assim como os profissionais de saúde, não têm plena noção das implicações e do significado que estas perdas produzem na díade e suas famílias (Forhan, 2010; O'Leary & Warland, 2013; Miranda & Zangão, 2020; Martin & Reid, 2023).

Este processo de luto implica que os pais, além de passarem pelas suas diferentes fases do mesmo, tenham de desenvolver adaptações tanto individuais como na relação entre o casal tal como, no próprio sistema familiar e social. É considerado um processo doloroso que envolve fases onde surgem sensações fortes, que parecem

permanecer para sempre, acompanhando as pessoas envolvidas durante toda a sua vida, aprendendo com o tempo a viver com essa dor (Miranda & Zangão, 2020).

O processo de luto envolve quatro fases: inicial, caracterizada pela manutenção das atividades quotidianas, existindo uma completa negação do acontecimento, alternando com eventos de raiva sobre o sucedido; fase da percepção da perda, na qual existe o desinteresse pelas tarefas diárias, tomando-se consciência do sucedido e da realidade, onde existe a necessidade de procura de respostas acerca do que aconteceu; a terceira fase, caracterizada pelo sentimento de culpa e pelo fraco interesse em regressar ao trabalho e as atividades anteriores à perda, quando emergem os sentimentos de depressão, dificuldade de concentração e um sentimento geral de não se sentir bem consigo próprio; e, por fim, a quarta fase, momento em que acontece o retorno em plenitude às atividades que desenvolviam, existindo o aumento da autoestima e confiança (Forhan, 2010; Miranda & Zangão, 2020).

Os resultados dos estudos identificam a forma como as mulheres encaram a morte fetal, normalmente, como uma experiência dolorosa, momento devastador, do qual recordam todas as suas especificidades, como o que foi feito e o que lhes foi dito. O'Leary & Warland (2013) identificam casais que descreveram o momento da comunicação da morte fetal, recordando-o como ter sido: de forma fria, pouco humana, a abordagem feita pelos profissionais de saúde. Forhan (2010), na sua experiência de luto pela morte do filho sentiu-se satisfeita pelos cuidados que recebeu, destacando a componente relacional dos EEESMO. Forhan (2010), reconhece como estratégias que promovem o luto no momento: terem-lhes sido identificados as intervenções que seriam realizadas de seguida e todo o percurso a realizar até ao parto, o facto de poder estar com o bebé a seguir ao parto, iniciativas como caixas de memórias (onde pudessem guardar recordações: fotos, mechas de cabelo, impressões digitais, um livro para escrever o que desejassem), a possibilidade de realizar eventos religiosos, tratar o bebé pelo nome, reconhecendo assim a sua identidade, assim como todo o apoio prestado considerado adequado pelas díades/famílias. Os pais em processo de luto vivem a vida inteira com as decisões que foram tomadas, devendo ser facilitada a criação de memórias e o contacto com o bebé, sendo que, no estudo de O'Leary & Warland (2013), os pais recordam memórias de há 50-70 anos atrás, em que não tiveram possibilidade de ter contacto com o bebé e as mães eram proibidas de comparecer no funeral, facto que os marcou para a vida e na vivência das gravidezes seguintes.

No que diz respeito ao momento da alta e continuidade dos cuidados que foram prestados no meio hospitalar, este é desvalorizado, muitas das vezes por falta de

informação. A mobilização de grupos de apoio à morte fetal é essencial na promoção do processo de luto e na prevenção da sua evolução para luto patológico, bem como a existência de consultas no pós-parto, que identifiquem precocemente sinais e sintomas que possam evoluir de forma negativa ou que possibilitem o tratamento dos traumas psicológicos dos indivíduos envolvidos (Forhan, 2010; O'Leary & Warland, 2013; Miranda & Zangão, 2020; Martin & Reid, 2023). A partilha pública das experiências sentidas possibilita elucidar outras famílias do sucedido, bem como, auxiliar na prevenção da morte de outras crianças (Paris, Montigny & Pelloso, 2021).

No que se refere ao cuidar da família, a maior parte dos estudos tem como foco de atenção a mulher ou o casal, não existindo grande referência à família, como os irmãos mais velhos ou avós. Forhan (2010), no seu estudo, aborda o medo e a raiva sentida pelos seus filhos mais velhos perante a morte fetal, a morte do irmão imaginário, mas sonhado e desejado, questionando a segurança que existe no mundo e o poder de proteção que os pais têm para com os filhos. Paris, Montigny & Pelloso (2021) defendem que as crianças compreendem a existência da morte e experienciam a angústia, tristeza e a ansiedade perante a mesma.

É fulcral que os EEESMO que prestam cuidados perante este fenómeno disponibilizem atenção, investiguem e que invistam em formações no âmbito desta área, de forma a prestar cuidados individualizados, baseados em evidência científica, tendo na sua base a comunicação e a relação interpessoal. O cuidar neste âmbito vai para além do apoio às memórias construídas pelos pais, existindo a necessidade de desenvolvimento de intervenções e diagnósticos de enfermagem individualizados e adequados às necessidades identificadas. Os profissionais que tenham vivenciado situações similares são considerados mais oportunos, uma vez que, conseguem dar melhor resposta dos que se deparam pela primeira vez com essa situação (Moreira, 2008; Forhan, 2010; O'Leary & Warland, 2013; Miranda & Zangão, 2020; Paris, Montigny & Pelloso, 2021).

Para os profissionais de saúde envolvidos na morte fetal constitui-se numa frustração, dada a existência de alta tecnologia não prevendo o desastre, tornando-os pouco preparados para agir no momento. Sentem-se impotentes ao presenciar a dor e a tristeza do casal durante o internamento, solicitando ajuda especializada sempre que necessário. Dado isso, além da formação, os EEESMO devem ainda dispor de tempo e locais de partilha com outros profissionais, possibilitando a reflexão do sucedido e dos

cuidados que prestou, evitando situações de esgotamento (Paris, Montigny & Peloso, 2021).

Cabe aos enfermeiros praticar ações e intervenções que promovam a manutenção de respostas adaptativas, apoiando assim a mulher para usufruir dos seus mecanismos de adaptação, uma vez que, estes pais necessitam de espaços físicos acolhedores e de profissionais de saúde competentes no auxílio neste processo de luto. O processo de enfermagem deve assegurar a avaliação do nível de adaptação do casal, formulação de diagnósticos de enfermagem, estabelecimento de objetivos, intervenções individualizadas e consequente avaliação das implementações, ou seja, avaliação da evolução (Rocha, 2016).

O objetivo principal dos cuidados de enfermagem é a adaptação do casal/família nas situações de saúde e de doença (Roy, 2014). Por um lado, a gravidez é um estado de saúde que acarreta diversas adaptações, englobando as alterações físicas, psicológicas e sociais. Quando este processo de adaptação é interrompido subitamente quando a morte fetal ocorre, outros mecanismos de adaptação terão que se desenvolver, sendo que se não for de forma eficaz poderão se traduzir em doença. Tendo em conta os conceitos da teoria e a definição dos conceitos metaparadigmáticos à sua luz, considera-se como foco de cuidados a forma como a pessoa se adapta às mudanças e aos estímulos internos e externos, apoiando o esforço desta adaptação e gerindo o ambiente. Se o esforço for considerado ineficaz, o EEESMO deve orientar de forma que a adaptação seja atingida, evitando assim situações de doença (Rocha, 2016).

Inicialmente, o EEESMO deve identificar que comportamentos são realizados no âmbito dos quatro modelos adaptativos. Estes comportamentos são individuais, e variam consoante as características individuais, experiências anteriores, apoio e rede familiar/amigos. Os fatores que influenciam os comportamentos da mulher/casal/família nesse momento são considerados estímulos. A elaboração dos diagnósticos de enfermagem sobre o estado da mulher/casal/família englobam a forma como estes estão a vivenciar a perda, medos e receios apresentados e mecanismos de adaptação já demonstrados. Neste ponto de situação são definidos objetivos que promovam a adaptação, contando com a participação ativa dos envolvidos, de forma a prevenir a doença. De seguida, os objetivos são avaliados, dando origem a um novo plano de cuidados, se assim for necessário. Desta forma é possível promover a adaptação à morte fetal e prevenir situações de doença como luto patológico e traumas psicológicos. A aplicabilidade deste modelo permite a adaptação à perda de um filho idealizado,

possibilitando ainda a prestação de cuidados personalizada, tendo em conta particularidades e especificidades, como a sua forma única e individual de adaptação (Moreira, 2008; Rocha, 2016).

De forma geral, da análise dos estudos ressalva-se que a experiência da família em situação de luto por morte fetal é caracterizada por sofrimento e dor intensa e é diretamente influenciada pelas intervenções da equipa multidisciplinar, mais especificamente os EEESMO que lidam com este processo de forma mais próxima, tornando-se numa experiência negativa, caso estas intervenções não sejam efetuadas de forma individualizada, propiciando complicações do processo de luto e eventos patológicos. As famílias relatadas nos estudos identificam intervenções que foram realizadas no meio hospitalar que foram promotoras dos seus processos de luto, principalmente quando estas envolveram o casal e as pessoas mais próximas. Algumas famílias identificaram esta experiência como devastadora, acrescida de sofrimento, perante práticas dos profissionais de saúde que compreenderam a falta de apoio, compaixão e aconselhamento oportuno devido à falta de conhecimento e confiança dos mesmos, perante a morte fetal sofrida. A atitude empática, esclarecimento de dúvidas e informações quanto à morte fetal e os seus efeitos à nível físico, psicológico, emocional e espiritual, assim como, o devido encaminhamento após a alta hospitalar por parte dos EEESMO, tornaram positivas as experiências das famílias, diante de mecanismos adaptativos adequados.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A OE (2019) incute ao EEESMO o dever de reconhecer que a melhoria da qualidade engloba a avaliação das práticas, e, tendo em conta os resultados obtidos, a adequação das mesmas e implementação de programas de melhoria contínua.

Ao longo das vinte semanas de estágio a reflexão acerca da prática realizada foi sistemática, culminando na reflexão realizada no presente relatório, no sentido de adquirir e desenvolver as competências, numa lógica de desenvolvimento profissional, que possibilitou a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à parturiente/casal/família, tendo por base os princípios éticos e os direitos humanos.

Considero que os objetivos definidos no Projeto Individual de Estágio foram alcançados, tendo sido possível o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, no que diz respeito ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade e no domínio da gestão de cuidados, do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e da investigação.

A realização do EC e do presente relatório permitiu a identificação de importantes contributos para a construção da minha prática especializada, assim como, para o cumprimento dos objetivos delineados. As atividades delineadas no Projeto Individual de Estágio, assim como os objetivos estipulados, foram adaptados à realidade encontrada no EC, permitindo o desenvolvimento de competências específicas do EEESMO.

A ScR desenvolvida possibilitou o desenvolvimento do tema do meu interesse, bem como, competências no domínio da investigação, ampliando a investigação existente relativamente às experiências das famílias em processo de luto associado à morte fetal, que permitirá uma prática baseada na evidência científica.

Ao longo do EC, de forma a possibilitar a atribuição de grau de mestre, foi necessária a demonstração de conhecimentos e capacidade de compreensão baseada nos conhecimentos obtidos durante a licenciatura e mestrado, desenvolvendo-os, aprofundando-os, aplicando esses conhecimentos em situações específicas como a investigação; os conhecimentos foram aplicados em situações novas e não familiares, assim como, desenvolvida a capacidade de compreensão e de resolução de problemas, de lidar com questões complexas. Foi realizada uma reflexão sistemática acerca das

implicações e responsabilidades éticas e sociais resultantes das minhas intervenções, permitindo-me a aquisição de competências de aprendizagem que se prolongará ao longo da minha vida.

A OE (2019) refere que o EEESMO elabora, planeia, implementa e avalia intervenções que apoiem a mulher e seus conviventes significativos, no período de luto em caso de morte fetal. No entanto, a evidência não é clara sobre as especificações das intervenções a realizar, de forma individualizada.

Da análise dos estudos abordados pode concluir-se que os profissionais de saúde devem investir na sua formação de forma a prepararem-se e saberem lidar com a morte fetal, principalmente nas formas de promoção do luto. Existe sim, a preocupação do estado físico da mulher durante o internamento. No entanto, o estado afetivo e psicológico da mulher/casal/família é esquecido ainda no internamento assim como, a continuidade dos cuidados na alta hospitalar. O regresso a casa é referido como momento de grande impacto emocional pelas famílias enlutadas, sendo os profissionais de saúde responsáveis que esse regresso ocorra de forma adaptativa, encontrando mecanismos de adaptação eficazes para cada família, de forma individualizada, planeado desde o momento da admissão no internamento.

Assim, sugere-se a adequada formação aos EEESMO, sendo parte integrante do processo de luto, assim como melhoria na articulação dos cuidados hospitalares-cuidados de saúde primários. Além disso, sugere-se que os serviços envolvidos neste processo possuam material físico promotor de luto, disponível à estas famílias. Emerge ainda a necessidade de mais investigação no âmbito da promoção do luto em situações de morte fetal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, N. (2012). *Cardiopatía congénita: cuidados de enfermagem especializados à criança em estado crítico e aos pais* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15798/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio_N%C3%ADdia%20Alves%20n.3750.pdf

Alves, S. (2018). *Perda perinatal: perspectiva da díade parental*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=XnW222o0>

Coelho, S. M. S. & Mendes, I. M. D. M. (2011). Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. *Esc Anne Nery*, 15(4), 845-850. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026>

Direção Geral de Saúde. (2023). Orientação nº 002/2023 de 10.05.2023 – Cuidados de saúde durante o trabalho de parto.

Idalino, N. S. & Castro, A. (2020). Compreender as representações sociais na depressão pós-parto nas redes sociais. *Revista Contexto & Saúde*, 20(38), 200–209. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2020.38.200-209>

Lucini, T. C. G. & Rieth, C. E. (2022). Entre a saudade e o aconchego: *Memory Box* como apoio no processo de luto. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 25(1), 56-68. <http://dx.doi.org/10.57167/Rev-SBPH.v25.028>.

Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (2006). *Enfermagem na Maternidade*. (7ªed.). Lusodidacta.

Magalhães, C. M. S. (2017). *Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados* [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22926/1/TESE%20ALTERADO%20P%C3%93S%20DEFESA.pdf>

Margalhos, M. A. S. (2018). *Contacto Pele a pele Pai-Bebé: Promoção do Vínculo Afetivo no Pós-Parto* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/29476>

Marques, A. R. M. (2021). *Guidelines da OMS sobre o 1º estágio do trabalho de parto e a realidade portuguesa: Uma revisão crítica* [Master's thesis, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da Universidade da Beira Interior. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/11313/1/8186_17631.pdf

Martin, C. J. H. & Reid, K. (2021). A scoping review of therapies used to treat psychological trauma post perinatal bereavement. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 41(5), 582-598. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.2021477>

Martins, J. M. S. (2020). *A Influência das Posições Verticalizadas na Incidência do Trauma Perineal* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32897/1/Relat%c3%b3rio%20de%20Est%20a1gio_Joana%20Martins.pdf

Mechas, L. A. A. D. (2017). *Contacto Pele a Pele: um cuidado do EEESMO promotor da amamentação na primeira hora de vida* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20980/1/relatorio%20final%20Liliana%20Mechas%202.pdf>

Miranda, A. & Zangão, M. (2020). Vivências maternas em situação de morte fetal. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20037>

Moreira, M. I. V. A. (2008). *“As lágrimas por um filho que nunca se conheceu”*: Cuidar a mulher em situação de aborto espontâneo [Master's thesis, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7254/2/Tese%20Mestrado%20Isabel%20Moreira.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica*. Lisboa.

Organização Mundial da Saúde. (2006). *Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates*. Geneve: World Health Organization.

Paris, G. F., Montigny, F. & Pelloso, S. M. (2021). Prática profissional no cuidado ao luto materno diante do óbito fetal em dois países. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3), 1-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0253>

Pires, E. (2016). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: a visão do enfermeiro de família*. [Master's thesis, Escola Superior de Saúde de Bragança]. Instituto Politécnico de Bragança Biblioteca Digital. <http://hdl.handle.net/10198/14030>

Porritt K, McArthur A, Lockwood C & Munn Z. (2020). *JBI Handbook for Evidence Implementation*. JBI. Disponível em: <https://implementationmanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMEI-20-01>

Ramos, V. (2016). *O processo de luto*. Psicologia.pt - O portal dos Psicólogos. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1021.pdf>

Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 26/2019*, Série II de 2019-02-06. Lisboa;

Regulamento nº 391/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República n.º 85/2019*, Série II de 2019-05-03. Lisboa;

Ressureição, A. F. S. (2022). *Melhoria da qualidade nos cuidados: Ingesta durante o trabalho de parto para o conforto da mulher* [Master's thesis, Universidade de Évora]. Repositório Institucional da Universidade de Évora. [https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/31458/1/Mestrado-Enfermagem da Saude Materna e Obstetrica-Ana Filipa Silva Ressurreicao.pdf](https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/31458/1/Mestrado-Enfermagem%20da%20Saude%20Materna%20e%20Obstetrica-Ana%20Filipa%20Silva%20Ressurreicao.pdf)

Rocha, L. (2016). *Cuidados à mulher que vivencia o óbito fetal: Um Desafio para Equipe de Enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório da Universidade Federal de Santa Catarina. <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/175100/344562.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rodrigues, D. P., Pagliuca, L. M. F. & Silva, R. M. (2004). Modelo de roy na enfermagem obstétrica: análise sob a óptica de Meleis. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 25(2), 165-175.

Roy, C. (2014). *Generating middle range theory: from evidence to practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Silveira, S.K. & Trapani, J. A. (2018). Monitorização fetal intraparto. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 100/Comissão Nacional Especializada em

Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério)
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052446/femina-2019-481-59-64.pdf>

Silveira, G. M. M. (2020). *Vivência do luto inesperado por perda gestacional tardia* [Master's thesis, Escola Superior de Saúde de Lisboa], Repositório Comum.
<http://hdl.handle.net/10400.26/43753>

Teixeira, J. (2022). *Comunicação EEESMO-Parturiente: a influência na progressão do trabalho de parto* [Master's thesis, Escola Superior de Saúde de Santarém], Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém.
<https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/4350/1/Relatorio%20Mestrado%20ESMO%20-%20Joana%20Teixeira%20200400011.pdf>

Teixeira, S., Abelha, F & Santos, A. (2016). Analgesia de parto: abordagem do neuroeixo e satisfação materna. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 25(4), 109-116.

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO IV

Realizado por:
Oana Georgiana Stefan

Santarém, março de 2023

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA
UC ESTÁGIO IV
2022/2023

**PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO IV – ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTETRÍCIA NA SALA DE PARTO**

Realizado por:

Oana Georgiana Stefan, nº 201400021

Professor Orientador:

Açucena Guerra

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

BSG – Boletim de Saúde de Grávida

BSI/J – Boletim de Saúde Infantil/juvenil

CTG – cardiotocografia

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMO – Enfermeira Especialista em Enfermagem

RCCEE – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEESMO - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RN – Recém-nascido

INTRODUÇÃO.....	5
1 - PROJETO DE ESTÁGIO.....	10
2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29

INTRODUÇÃO

O presente documento foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio IV – Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Sala de Parto, enquadrado no 8º Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Saúde de Santarém. Esta Unidade Curricular infere a prestação de cuidados especializados de Enfermagem à grávida, parturiente, puérpera, recém-nascido e família, utilizado a metodologia científica.

O estágio decorre ao longo de vinte semanas, com um total de 560 horas de estágio, com o seu início a 27 de fevereiro de 2023 e término a 21 de julho de 2023. O contexto clínico é o Bloco de Partos, sendo acompanhado pela Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO), sob a orientação tutorial da Professora Açucena Guerra.

Este estágio tem como objetivo principal prestar cuidados de enfermagem à grávida, parturiente, puérpera e recém-nascido em situação de saúde-doença, mobilizando e integrando as competências comuns e específicas regulamentadas, atendendo à singularidade do sujeito de cuidados.

A elaboração do presente projeto de estágio promove o processo de aprendizagem, permitindo guiar a prestação de cuidados de forma assertiva, pela definição de objetivos específicos e as respetivas atividades a desenvolver para a sua consecução, recursos necessários e calendarização das mesmas.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) (140/2019) e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEEESMO) (391/2019) foram tidos em consideração e estão na base dos objetivos definidos a atingir, bem como as respetivas atividades a desenvolver.

As competências comuns identificadas no RCCEE são: responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. No que diz respeito às competências específicas do EEESMO, o regulamento anteriormente referido define que o EEESMO: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando

o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido (RN) na sua adaptação à vida extrauterina.

Para o desenvolvimento do estágio consideram-se ainda as seguintes competências: integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e RN em situação de saúde e de doença; fundamentar e refletir a prática clínica especializada em ESMO tendo por base a prática baseada na evidência; avaliar, divulgar e discutir os resultados da ação/intervenção; desenvolver autoconhecimento, assertividade e uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; basear a praxis clínica especializada em sólidos válidos padrões de conhecimento; gerir os cuidados, adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados e elaborar o relatório de estágio, alvo de discussão pública.

Desta forma, identificam-se os seguintes objetivos específicos: Conhecer e integrar as características do contexto clínico onde decorre o estágio, integrando-me na equipa multidisciplinar; Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO durante o acolhimento da grávida/parturiente/família; Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/parturiente/acompanhante no primeiro estágio do trabalho de parto; Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/parturiente/acompanhante no segundo estágio do trabalho de parto; Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/parturiente/acompanhante no terceiro estágio do trabalho de parto; Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/parturiente/acompanhante no quarto estágio do trabalho de parto; Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto, otimizando a adaptação do RN à vida extrauterina; Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no domínio da melhoria contínua da qualidade e no domínio da gestão de cuidados; Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais; Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação ESMO.

Os objetivos por mim elaborados deverão ser cumpridos de forma faseada, tendo sido calendarizados na 5ª, 12ª e 20ª semana de estágio, adequando à complexidade das competências exigidas, sendo passível de ser alterado de acordo com as necessidades identificadas.

De referir que o último objetivo específico definido enquadra a realização do relatório de estágio, objeto de investigação, baseado no presente projeto de estágio, submetido posteriormente à apreciação e discussão pública. Este é encarado como um momento privilegiado de prova de capacidade científica, evidenciando um conhecimento especializado no tema e na área de especialização e demonstrativo de todo o processo de aprendizagem. O relatório de estágio pretende-se que seja revelador das aprendizagens do processo auto formativo, através de pesquisa sistemática e reflexão da prática realizada na perspetiva de enfermagem avançada, baseada em evidência científica. Este irá conter uma reflexão crítica tendo em conta as atividades desenvolvidas em contexto de estágio de acordo com a elaboração do projeto, com recurso ainda à uma *scoping review* com o tema: “A experiência da família em situação de luto por morte fetal” e consequente mobilização de competências comuns e específicas acima identificadas.

2 - PROJETO DE ESTÁGIO

Objetivos específicos	Atividades a Desenvolver	Competências	Recursos	Calendarização
<p>Conhecer e integrar as características do contexto clínico onde decorre o estágio, integrando-me na equipa multidisciplinar;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da estrutura física e disposição do Bloco de partos; • Conhecimento e integração da organização, dinâmica e método de trabalho da equipa multidisciplinar; • Demonstração de iniciativa, postura ativa, participativa e interesse na minha aprendizagem, cooperando com a equipa multidisciplinar; • Estabelecimento de uma relação interpessoal com a equipa multidisciplinar e com a grávida/parturiente/ acompanhante; • Articulação de conhecimentos teóricos adquiridos previamente e realização de pesquisa de acordo com as necessidades sentidas; • Conhecimento das instruções de trabalho, protocolos e normas existentes no serviço, assim como projetos implementados; 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1; A2; B2; B3; C1; C2; D1; D2</p>	<p>Humanos: Enfermeira Cooperante Equipa Multidisciplinar; Estudante</p>	<p>1ª semana de estágio</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do circuito do internamento da grávida/ parturiente/ RN e acompanhante no bloco de partos bem como a articulação com outros serviços como Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, Neonatologia, Serviço de Obstetrícia/Ginecologia, Bloco operatório, cuidados intensivos; • Conhecimento e domínio dos registos de enfermagem no programa informático disponível no serviço; • Conhecimento e operacionalização de registos de enfermagem em impressos e boletins de registo como partograma, boletim de saúde da grávida (BSG), boletim de saúde infantil e juvenil (BSI/J), boletim de vacinas, entre outros. 			
Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO durante o acolhimento da grávida/parturiente/família;	<ul style="list-style-type: none"> • Realização do acolhimento à grávida/ parturiente/ acompanhante, demonstrando disponibilidade, de forma a estabelecer uma relação de confiança e empatia para que se sintam acolhidos no bloco de partos e colocar dúvidas, questões e preocupações bem como estar recetivos aos ensinamentos realizados; 	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2	Humanos: Enfermeira Cooperante; Estudante; Utentes.	Ao longo das semanas de estágio. 5ª semana de estágio: realização com colaboração; 12ª semana de estágio:

	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento à grávida/ parturiente/ acompanhante sobre as normas e rotinas do serviço, apresentação do espaço físico e recursos que podem usufruir; • Compreensão do estado emocional da grávida /parturiente/ acompanhante relativamente à gravidez, percebendo se é uma gravidez planeada, desejada e/ou aceite; • Identificação das expectativas da grávida/ parturiente / acompanhante no que respeita trabalho de parto e parto; • Estabelecimento de uma comunicação assertiva e eficaz, adequando a linguagem ao nível sociocultural e de literacia em saúde da grávida/ parturiente/ acompanhante; • Mobilização dos princípios éticos e deontológicos inerentes aos cuidados de enfermagem; • Prestação de cuidados tendo respeito pela cultura, crenças, religião de cada grávida/ parturiente/ acompanhante; 	<p>Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3</p>		<p>realização com supervisão; 20ª semana de estágio: realização de forma autónoma.</p>
--	---	---	--	---

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de estratégias de comunicação na prestação de cuidados a utentes que não falem língua portuguesa; • Realização da avaliação inicial da grávida e colheita de dados através da informação transmitida pela equipa de enfermagem que admitiu a grávida/parturiente/ acompanhante, observação do processo físico e consulta do processo informático; • Identificação de antecedentes pessoais e familiares, antecedentes obstétricos e ginecológicos, idade gestacional, vigilância da gravidez, intercorrências na gravidez, observação e interpretação de resultados de exames, existência de plano de parto; • Realização da observação física da grávida/parturiente, incluindo o exame vaginal (apenas se necessário), a avaliação da estrutura pélvica e da estática fetal; • Avaliação do bem-estar fetal (monitorização e interpretação do CTG); | | | |
|--|--|--|--|

	<ul style="list-style-type: none"> • Compreensão da correlação entre a contratilidade e frequência cardíaca fetal e alterações na resposta materna e fetal; • Desenvolvimento do plano de cuidados com a grávida / parturiente/acompanhante, de forma a integrá-los nos próprios cuidados; • Realização dos registos de enfermagem no partograma e no sistema informático. 			
<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/parturiente/acompanhante no primeiro estadio do trabalho de parto;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Autorização da presença do acompanhante quando a grávida assim o desejar, e sempre que possível, de acordo com as normas do serviço; • Promoção de um ambiente calmo e acolhedor, permitindo e incentivando à expressão dos sentimentos e emoções, respeitando as suas decisões, esclarecendo as suas dúvidas, promovendo a sua privacidade, prestando cuidados seguros e de qualidade de forma contínua; • Esclarecimento de dúvidas à grávida/parturiente/ acompanhante sobre a evolução do trabalho de parto, informação de todos os procedimentos a serem executados, após o 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3.</p>	<p>Humanos: Enfermeira Cooperante; Estudante; Utentes.</p>	<p>Ao longo das semanas de estágio.</p> <p>5ª semana de estágio: realização com colaboração; 12ª semana de estágio: realização com supervisão; 20ª semana de estágio: realização de forma autónoma.</p>

<p>consentimento da grávida para a prestação de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificação do verdadeiro e falso trabalho de parto;• Identificação da fase latente e da fase ativa do 1º estadio do trabalho de parto;• Respeito pelo ritmo do trabalho de parto;• Informação à grávida/ parturiente/ acompanhante sobre medias não farmacológicas e farmacológicas para a dor disponíveis;• Implementação e colaboração nas técnicas não farmacológicas para alívio da dor e desconforto na grávida/ parturientes como: hidroterapia, musicoterapia, bola de pilates, deambulação e exercícios respiratórios;• Implementação e colaboração nas técnicas de terapia farmacológica para o alívio da dor como administração de fármacos por via sistémica, analgesia regional;			
--	--	--	--

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Administração de terapêutica necessária ao decorrer do trabalho de parto: soroterapia, antibioterapia, uterotônicos, analgésicos; • Incentivo à liberdade de movimentos; • Incentivo da ingestão de líquidos claros e gelatina, se indicado; • Incentivo à micção frequente e realização de esvaziamento vesical apenas em situações necessárias; • Avaliação do bem-estar materno-fetal (manobras de Leopold, CTG, sinais vitais): <ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de CTG interna quando necessária; • Administração de terapêutica, soroterapia, alternância de decúbito quando CTG não tranquilizador; • Observação e interpretação das características do colo uterino de acordo com a escala de Bishop; • Identificação da apresentação fetal, altura da apresentação (planos de De Lee/Hodge, variedade); | | | |
|--|---|--|--|--|

	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da integridade das membranas e caracterização do líquido amniótico quanto à cor, viscosidade, cheiro e quantidade; • Realização de amniotomia em situações específicas e mediante a autorização da grávida/parturiente/ acompanhante; • Registo da evolução do trabalho de parto no partograma quando início da fase ativa; • Identificação de complicações associadas ao primeiro estadio de trabalho de parto e intervenção adequada considerando os três componentes do trabalho de parto; • Identificação de sinais eminentes do início do segundo estadio do trabalho de parto; • Realização dos registos de enfermagem no programa informático existente no serviço. 			
Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/parturiente/accompanhante no segundo estadio do trabalho de parto;	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de um ambiente calmo e acolhedor, promovendo a privacidade da grávida/ parturiente/ acompanhante; • Identificação de características do período expulsivo; 	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1,	Humanos: Enfermeira Cooperante; Estudante;	Ao longo das semanas de estágio. 5ª semana de estágio: realização com

	<ul style="list-style-type: none"> • Certificação da disponibilidade e funcionamento de todos os materiais e equipamento existentes na sala de parto; • Autorização da presença do acompanhante, informando o mesmo das normas e procedimentos e a forma como pode colaborar com a parturiente e com a equipa multidisciplinar; • Promoção de medidas de conforto e bem-estar, encorajar, elogiar e tranquilizar a parturiente; • Posicionamento da parturiente na posição confortável para si; • Reconhecimento do momento em que a parturiente deve realizar esforços expulsivos; • Realização de medidas que favoreçam o controlo do período expulsivo; • Indicação sobre o controlo da respiração durante os esforços expulsivos, e sobre o descanso e relaxamento entre as contrações; • Identificação da apresentação, variedade, situação, grau de descida da apresentação e 	<p>C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3.</p>	<p>Utentes.</p>	<p>colaboração; 12ª semana de estágio: realização com supervisão; 20ª semana de estágio: realização de forma autónoma.</p>
--	---	--	-----------------	--

	<p>confirmação das condições da bacia, através do toque vaginal;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observação da eficácia da contração uterina; • Administração de perfusão de oxitocina de acordo com prescrição ou protocolo do serviço; • Desinfecção do períneo; • Disposição da mesa de parto e de todo o material necessário; • Colocação de toca, bata cirúrgica e luvas esterilizadas; • Realização de esvaziamento vesical, quando necessário; • Avaliação contínua de CTG; • Administração de oxigénio, soroterapia, posicionamento lateral esquerdo e informar médico, se CTG patológico; • Perceção da necessidade de episiotomia, com o consentimento da parturiente e realizar se necessário; • Realização de manobra de proteção do períneo e de extração fetal: 			
--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do desejo da mãe/acompanhante em querer realizar o corte do cordão umbilical, e permitir esse momento / cortar o cordão umbilical; • Determinar a hora do nascimento; • Colaboração em partos distócicos; • Realização dos registos de enfermagem no programa informático existente no serviço, no partograma, no BSG, plataforma Notícia de Nascimento-PDS e no livro de partos. 			
<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/parturiente/acompanhante no terceiro estadio do trabalho de parto;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de sinais de descolamento da placenta; • Execução da dequitação; • Identificar o mecanismo de expulsão da placenta (Shultz ou Duncan); • Observação/inspeção da placenta (forma, integridade, identificação da retenção de alguma membrana ou falta de algum cotilédone, presença de âmnios e córion); • Observação do cordão umbilical; • Colheita de sangue do cordão após clampagem se mãe Rh-; 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3.</p>	<p>Humanos: Enfermeira Cooperante; Estudante; Utentes.</p>	<p>Ao longo das semanas de estágio.</p> <p>5ª semana de estágio: realização com colaboração; 12ª semana de estágio: realização com supervisão; 20ª semana de estágio: realização de forma autónoma.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Quando identificada retenção da placenta: • Administração de antibioterapia, analgésicos, uterotónicos, ocitócicos de acordo com prescrição ou protocolo e informar médico em caso de retenção placentar ou atonia uterina; • Identificar o tipo de laceração, se existir e reparação do períneo por planos; • Realização de revisão final do colo, vagina, períneo e útero, repetição do toque retal em suturas profundas; • Aplicação de gelo; • Realização de promoção para a saúde (higiene perineal e prevenção de infeção local; vigilância de lóquios); • Realização dos registos de enfermagem no programa informático existente no serviço, no partograma, no BSG, plataforma Notícia de Nascimento-PDS e no livro de partos. 			
Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção do contacto pele-a-pele na primeira hora de vida; 	Competências comuns do enfermeiro	Humanos: Enfermeira Cooperante;	Ao longo das semanas de estágio.

<p>grávida/parturiente/acompanhante no quarto estadio do trabalho de parto;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio à amamentação, caso seja o desejo da puérpera e respeito pela decisão de não amamentar; • Vigilância e identificação precoce de complicações e atuar de acordo com as suas especificidades; • Duas horas após o parto, realizar observação completa da puérpera e recém-nascido e prestar cuidados de enfermagem (promoção da micção espontânea/esvaziamento vesical, se necessário; observação da altura do fundo uterino; observação do períneo, lóquios; avaliação de sinais vitais); • Remoção do cateter epidural; • Incentivo à alimentação e hidratação à puérpera; • Adaptação do RN à mama na primeira hora de vida; • Observação do RN (pele, mucosas, vitalidade, mamada, dejeção/micção • Transferência da puérpera e RN para o serviço de internamento; 	<p>especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3.</p>	<p>Estudante; Utentes.</p>	<p>5ª semana de estágio: realização com colaboração; 12ª semana de estágio: realização com supervisão; 20ª semana de estágio: realização de forma autónoma.</p>
--	---	--	----------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> Realização dos registos de enfermagem no programa informático existente no serviço, no partograma, no BSG, plataforma Notícia de Nascimento-PDS e no livro de partos. 			
<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto, otimizando a adaptação do RN à vida extrauterina;</p>	<ul style="list-style-type: none"> Promoção de um ambiente calmo e tranquilo para receber o RN; Verificação da disponibilidade e funcionalidade de todo o material necessário da mesa de reanimação neonatal; Colocação do pano quente para receber o RN, bem como toalha/manta e roupa do RN em aquecimento; Confirmação da hora do nascimento; Prestação de cuidados imediatos ao RN de acordo com as suas necessidades; Executar contacto pele-a-pele com a mãe logo que possível; Observação física, neurológica e comportamental do RN, no sentido céfalo-caudal, despistando malformações; 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3.</p>	<p>Humanos: Enfermeira Cooperante; Estudante; Utentes.</p>	<p>Ao longo das semanas de estágio.</p> <p>5ª semana de estágio: realização com colaboração; 12ª semana de estágio: realização com supervisão; 20ª semana de estágio: realização de forma autónoma.</p>

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Determinação do índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto de vida; • Realização da pesagem do RN; • Administração da vitamina K e da vacina contra Hepatite B, com consentimento de ambos os progenitores; • Identificação do RN com pulseira com o nome da mãe; • Colocação da pulseira eletrónica (anti-rapto); • Prestação de cuidados de conforto ao RN (vestir o recém-nascido com roupa aquecida), incentivando o acompanhante a colaborar no procedimento; • Promoção da vinculação do RN com os progenitores, assim que possível; • Contacto com pediatra sempre ocorram partos distócicos, nascimento de RN prematuros, risco infeccioso, CTG patológico, intercorrências na gravidez e parto, patologia materna ou fetal; • Colaboração com o pediatra na reanimação neonatal, se necessário; | | | |
|--|--|--|--|

	<ul style="list-style-type: none"> Colocação do RN em incubadora aquecida, monitorizar, contactar pediatra e se necessário administrar oxigénio e manter vigilância e monitorização, se necessário; Transferência do RN para serviço de Neonatologia, e passagem de toda a informação clínica à enfermeira da neonatologia; Realização dos registos de enfermagem no programa informático existente no serviço, no partograma, no BSG, BSI/J, boletim de vacinas, plataforma Notícia de Nascimento-PDS e no livro de partos. 			
<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no domínio da melhoria contínua da qualidade e no domínio da gestão de cuidados;</p>	<ul style="list-style-type: none"> Compreensão da metodologia, organização e funcionamento do Bloco de Partos, assim como da gestão de recursos materiais e humanos; Observação e colaboração na gestão de materiais, forma de reposição, manutenção e rentabilização dos recursos existentes; Observação, colaboração e realização da verificação diária de funcionamento de carro de 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: B1, B3, C1, C2.</p> <p>Competências específicas do</p>	<p>Humanos: Estudante;</p>	<p>Ao longo das semanas de estágio.</p>

	<p>reanimação, sala operatória e mesa de reanimação neonatal;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cooperação na reposição de stock de materiais e medicação; • Planeamento e priorização dos cuidados por mim prestados de forma a gerir tempo e recursos. • Observação e colaboração na gestão de vagas do Bloco de Partos, tendo em conta o serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia e o serviço de internamento de obstetrícia, e de acordo com as especificidades de cada utente/RN/acompanhante; • Observação e colaboração com a enfermeira orientadora na gestão do serviço. 	ESMO: 3.1, 3.2, 3.3.		
<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recebimento de <i>feedback</i> contínuo por parte da Enfermeira Cooperante acerca da minha prestação e aspetos a melhorar; • Participação em projetos em desenvolvimento do Serviço; • Mobilização dos conhecimentos previamente adquiridos nos estágios anteriores; 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p>	<p>Humanos: Estudante; Enfermeira Cooperante.</p>	<p>Ao longo das semanas de estágio</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Procura constante pelas oportunidades de aprendizagem; • Reflexão frequente da minha prática clínica utilizada o pensamento crítico e identificar aspetos a melhorar; • Prestação cuidados especializados com base em evidência científica atualizada e adequada às necessidades de cada grávida/parturiente/RN/casal/família; • Realização de reuniões intermédias com enfermeira cooperante e professora orientadora; • Elaboração do relatório no final do estágio que refletirá as experiências por mim vivenciadas e a prática de cuidados, realizando uma análise reflexiva das mesmas, incluindo o tema escolhido. 			
<p>Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação ESMO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do tema sobre qual irei incidir e aprofundar no relatório final de estágio bem como a abordagem da temática com a professora orientadora e enfermeira cooperante; 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: B1, B2, D1, D2</p>	<p>Humanos: Estudante; Enfermeira orientadora;</p>	<p>Ao longo das semanas de estágio</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática de investigação definida, interpretação e discussão dos resultados obtidos; • Ação de Formação à equipa multidisciplinar sobre o tema “A experiência da família em situação de luto por morte fetal” • Elaboração da <i>scoping review</i> de acordo com o tema; • Elaboração do relatório de estágio que reflita as atividades realizadas tendo em conta o conhecimento teórico- pratico; • Realização da discussão final do relatório; • Realização de reuniões de orientação e análise sobre o trabalho desenvolvido com a enfermeira cooperante e a professora orientadora. 		Equipa multidisciplinar.	
--	--	--	--------------------------	--

2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto individual de estágio considera-se ser de extrema relevância para o meu desenvolvimento individual e profissional durante as vinte semanas de estágio, enquanto futura EEESMO, sendo encarado como um guia orientador que me possibilitará o cumprimento dos objetivos propostos, com o auxílio das atividades planeadas.

O desenvolvimento do presente projeto permitiu a pesquisa e aquisição de conhecimentos com base em várias fontes de literatura, Normas, Protocolos e Regulamentos, contribuindo para a identificação e clarificação de particularidades que o meu papel, enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica terá. Procedi a uma atenta reflexão sobre as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia, bem como dos programas da Direção Geral de Saúde, facto que permitiu o desenvolvimento do presente projeto.

Planeio cumprir todas as atividades planeadas, reforçando que as mesmas podem sofrer alterações consoante as oportunidades de aprendizagem e as necessidades do contexto clínico.

3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Regulamento nº 391/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República n.º 85/2019*, Série II de 2019-05-03. Lisboa;

Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 26/2019*, Série II de 2019-02-06. Lisboa.

APÊNDICE II - APRESENTAÇÃO “A EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE LUTO
POR MORTE FETAL”

POLITÉCNICO DE SANTARÉM
NÚCLEO SUPLENOR DE SAÚDE

HOSPITAL DE VILA FRANKA DE XIRA, EPE

A experiência da família em situação de luto por morte fetal

En^{fa} Georgiana Stefan
En^{fa} Patrícia Salto

26 de junho de 2023

Plano de Sessão

Objetivo Geral:
Sensibilizar os Profissionais de Saúde para as estratégias promotoras de luto a realizar com as famílias em situação de morte fetal.

Objetivos Específicos:

- Identificar os principais conceitos (nome fetal, perda gestacional, aborto espontâneo, luto, tipos de luto e fases do luto);
- Apresentar os dados estatísticos relativamente ao número de partos, mortes fetais tardias e taxa de mortalidade tardia em 1969 e 2020;
- Identificar a experiência da família em situação de morte fetal;
- Sugerir estratégias promotoras de luto (uma da família em situação de morte fetal).

Etapa	Duração	Conteúdo	Método	Facilitadores
Introdução	4'	Tema, Objetivo Geral, Objetivos Específicos	EXPOSITIVO	En ^{fa} Georgiana Stefan
Desenvolvimento	32'	Introdução ao tema, identificação de conceitos, clarificação de estratégias promotoras de luto	EXPOSITIVO	En ^{fa} Georgiana Stefan
Conclusão	6'	Encerrado	EXPOSITIVO	En ^{fa} Georgiana Stefan + Profissionais de Saúde presentes na Ação de Formação

Gravidez e Maternidade

∞ Fase de transformação permeada por fatores biológicos, sociais e psicológicos;
∞ Fenómenos complexos inerentes ao ciclo humano que exigem uma adaptação a um novo elemento, o filho;
∞ Processos de transição.

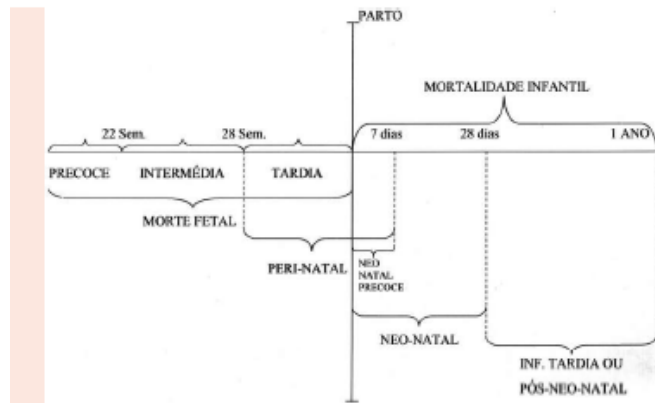
(Rosa, 2013; Alves, 2018)

Morte Fetal

- Morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez.

- Indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida como: batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

WHO (2016)



Dados estatísticos

Ano	Nº total de partos	Partos em estabelecimentos de saúde
1969	219 164	40 411
2020	83 907	83 873

Pordata (2022)

Dados estatísticos

Óbitos infantis: fatais tardios e neonatais. Valor absoluto.

País	Óbitos infantis (2000-2020)
4. África	223
5. França	825
6. Alemanha	1 447
7. Suíça	204
8. Espanha	1 737
9. Suécia	1 464
10. República Checa	374
11. Portugal	1 303
12. Irlanda	1 000
13. Dinamarca	1 100
14. Coreia	514
15. Grécia	557
16. Noruega	100
17. Itália	1 378
18. Estados Unidos	10
19. Japão	108
20. Luxemburgo	302

Pordata (2022)

Dados estatísticos

Taxas de mortalidade neonatal e taxa de mortalidade fetal tardia. Taxa.

País	Taxa de mortalidade neonatal (2020)	Taxa de mortalidade fetal tardia (2020)
10. Portugal	0,4	13,7
11. Espanha	0,5	11,2
12. República Checa	0,7	9,9
13. Suécia	0,7	14,2
14. Suíça	0,4	11,5
15. Portugal	0,3	16,1
16. Finlândia	1,0	15,0

Pordata (2022)

Processo de Luto e Morte Fetal



Processo de luto



Reação emocional para ajudar a ultrapassar uma grande perda pessoal, sentimentos de pena ou perda extrema, que se processam através do pranto e do nojo, trabalho consciente com reações e emoções de sofrimento;

Processo cognitivo que implica que o indivíduo se confronte com a sua perda, com o significado dessa mesma perda, recordando as suas memórias acerca da pessoa falecida, e adaptando-se a uma nova realidade.

Dias (2012); Oliveira (2020)

Luto em situações de Morte Fetal



"Implica um tipo particular de luto que solicita adaptações, tanto sob os aspetos individuais, como na relação com o parceiro, no sistema familiar e na sociedade. O luto por um filho é marcado por muita culpa e revolta (...)"

Dias (2012); Oliveira (2020)

Luto em situações de IMG

O caso de anomalia congénita do feto configura um tipo particular de perda pois conjuga a perda do bebé real, (por morte perinatal), com a morte do bebé imaginário (pela presença de anomalia).

A vivência deste tipo de perda pode ter início muito antes de a feto falecer, após o diagnóstico da malformação, constituindo um tipo particular de luto (luto antecipatório).

Dias (2012)

Tipos de Luto

- "luto normal"
- "luto antecipatório"
- "luto agridoce"
- "luto crónico"
- "luto atrasado"
- "luto mascarado"

Luto Patológico



Perry e Potter (2006)

Fases do Luto

Canvarro (2006)

Perry e Potter (2006)

- Fase de entorpecimento
- Fase de saudade e procura
- Fase de desorganização e desespero
- Fase de reorganização

- Fase de choque e negação
- Fase de desespero e expressão da dor
- Fase de resolução e reorganização



Fatores que influenciam o luto

- Idade dos pais;
- Número de gestações;
- Características da personalidade;
- História prévia de perturbações emocionais ou de personalidade;
- Fatores diretamente ligados à gravidez (motivação e desejo de ter um filho, duração da gestação);
- Relacionamento entre o casal;
- Crenças religiosas;
- Apoio familiar e social disponível;
- Tipo de relacionamento com a família alargada;
- Atitude dos profissionais de saúde.



Dias (2012); Oliveira (2020)

Sentimentos relacionados com a Morte Fetal

- Perda de autoestima e da sua capacidade reprodutiva, sensação de vazio, perda dos sonhos e da esperança de garantir a descendência;
- "Defeito" e "anormalidade";
- Manifestações afetivas (tristeza, solidão, culpa, raiva, ansiedade, choque, desespero, desamparo);
- Manifestações fisiológicas (sensação de aperto no peito, "nó na garganta", dispneia, letargia);
- Manifestações cognitivas (sensação de presença da criança, baixa autoestima, falta de memória, dificuldades de concentração, confusão);
- Manifestações comportamentais (agitação, fadiga, choro, isolamento).

Dias (2012); Oliveira (2020)



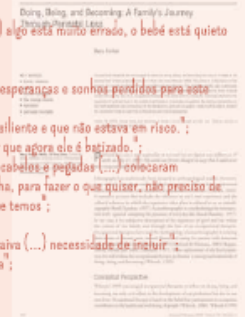
Experiência da Família em situação de luto por Morte Fetal

- "ansiedade e quadro de depressão";
- "comparação com quadro de stress pós-traumático";
- "elementos físicos como: dor, perda, hospitalização/cirurgia, hemorragia e trauma emocional";
- "choro constante, flashbacks e incapacidade de regressar ao trabalho";
- "medos sobre fertilidade futura e de ser incapaz de começar uma família";
- "lamentar-se e ser pai simultaneamente";
- perda antes da viabilidade;
- escasso apoio ao progenitor não grávida;
- continuidade de cuidados;
- preparação dos profissionais de saúde;
- apoio por parte da família e grupos de apoio.



Experiência da Família em situação de luto por Morte Fetal cont.

- "(...) estava com medo de ouvir o que já achava que era verdade (...) algo está muito errado, o bebé está quieto e acho que o perdi (...)";
- "(...) sinto muito, as notícias não são boas (...)";
- "(...) Jeff e eu revimos as nossas vidas, os nossos filhos, as nossas esperanças e sonhos perdidos para este bebé";
- "(...) tornou-se meu objetivo garantir a todos que eu estava bem, resiliente e que não estava em risco";
- "(...) solicitamos um padre para o batismo, há alguma paz em saber que agora ele é batizado";
- "(...) duas enfermeiras juntaram uma caixa de memórias com fotos, cabelos e pegadas (...) colocaram cuidadosamente a caixa no parapeito da janela e disseram que é minha, para fazer o que quiser, não preciso de decidir no imediato (...) o conteúdo da caixa de memórias é tudo o que temos";
- "perceço tão errado fazer as malas e partir sem um bebé nos braços";
- "a experiência de perder um irmão mais novo trouxe rios de medo e raiva (...) necessidade de incluir";
- "(...) início da jornada, percepção da perda, seguir em frente e retomar";
- regresso a casa;
- lacunas dos profissionais de saúde.



Experiência da Família em situação de luto por Morte Fetal cont.

- "(...) criar um espaço onde a mulher se possa sentir segura e amada para lamentar tudo o que está perdido e tudo o que poderia ter (...)";
- "(...) quando estou sozinha ainda sinto uma profunda tristeza pelo que aconteceu com o nosso primeiro filho. Não é o que perdeu; é o que poderia ter sido (...)";
- "(...) queríamos muito esse bebé, nós não poderíamos perdê-la (...)";
- "o médico (...) também disse que tinha filhos e sabia como nos sentíamos. Ele realmente não fazia ideia";
- "(...) depois de me examinar disse-nos que o bebé estava pronto para nascer, ninguém me perguntou se eu estava pronta e eu não estava";
- "(...) sinto falta dela para nós e impressões de suas pequenas mãos e pés";
- necessidade de fornecer cuidados proativos e sensíveis, incluindo aconselhamento.



Áreas de Intervenção do EEESMO

- Identificar risco de desenvolver um processo de luto patológico;
- Melhorar a interação com o casal;
- Implementar estratégias promotoras do luto e da esperança;
- Investir na comunicação.

Estratégias promotoras do luto (mulher/casal)

- Dedicar um objeto;
- Conversar com o casal;
- Ter um espaço próprio dedicado em memória do bebé;
- Trazer algo como recordação;
- Um serviço memorial (diferente do funeral);
- Uma cerimónia de lembrança ou uma celebração idealizada pelo casal;
- Criar algo (livro de memória, colagem, quilt, pintura, etc);
- Escrever uma carta ou poema;

Dias (2012); Oliveira (2020)

Estratégias promotoras do luto (mulher/casal) cont.

- Acender uma vela;
- Frequentar um grupo de apoio de luto ou perda gestacional;
- Visitar um lugar que era especial durante a gravidez;
- Esclarecimento acerca de estratégias promotoras de luto;
- Aconselhamento individual ou psicoterapia;
- Acordo acerca da alta hospitalar;
- Encaminhamento pós alta.

Dias (2012); Oliveira (2020)

Estratégias promotoras do luto (Profissionais de Saúde)

- Aquando a transferência para o internamento, não existir outros RN nos quartos mais próximos;
- Demonstrar disponibilidade;
- Criação de um ambiente favorável à expressão de emoções, escuta empírica e ativa, comunicação verbal e não verbal, presença física;
- Incentivo para verbalização dos sentimentos, medos, expectativa, crenças;
- Tratar o feto pelo nome;

Dias (2012); Oliveira (2020)

Estratégias promotoras do luto (Profissionais de Saúde) cont.

- Realizar apenas as intervenções invasivas estritamente necessárias;
- Verificação de presença de sinais de luto patológico;
- Validação da necessidade de apoio psicológico e referenciar;
- Esclarecimento acerca de estratégias promotoras de luto;
- Preparação do regresso à casa;
- Demonstração de respeito pela cultura, raça, religião e valores da mulher/casal;
- Partilha de experiências entre a equipa multidisciplinar.

Dias (2012); Oliveira (2020)



Expressões a não utilizar

"Deus tinha uma missão para ela"	"Ainda bem que tem outra criança"	"A vida tem de continuar"
"Eu sei o que sente"	"Foi a vontade de Deus"	"Tem de continuar por ela"
"A senhora é nova, pode ter outro"	"Agora tem um anjo no céu"	"Isto foi a melhor solução"

Potter (2008)

Expressões que devem ser utilizadas

"Estou triste por si"	"Como está a passar por tudo isto"	"Isto deve ser duro para si"
"O que posso fazer por si"	"Tenho muita pena"	"Estou aqui disposta a ouvi-la"

Potter (2008)

Estratégias promotoras do luto pós alta hospitalar

- Realização de uma Consulta de Enfermagem/Follow-up à mulher/casal que sofreu uma morte fetal, o mais precocemente após alta hospitalar;
- Criação de um ambiente favorável à expressão de emoções, escuta empírica e ativa;
- Incentivo para verbalização dos sentimentos, medos, expectativa, crenças;
- Verificação de presença de sinais de luto patológico;
- Validação da necessidade de apoio psicológico e referencial;
- Esclarecimento acerca de estratégias promotoras de luto;
- Demonstração de respeito pela cultura, raça, religião e valores do casal.

Dias (2012); Oliveira (2020)



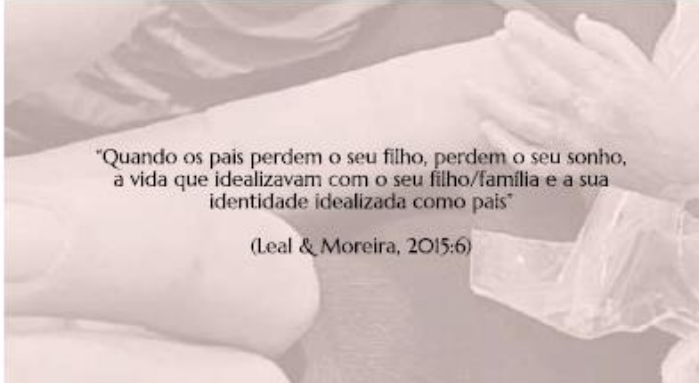


Caixa das memórias

Oferecer à mulher/casal no momento mais oportuno.

O que contém?

- Cartão de identificação;
- Livro de memórias;
- Caneta;
- Gorro;
- Pasta de moldagem para impressão digital;
- Dois polvos.



"Quando os pais perdem o seu filho, perdem o seu sonho, a vida que idealizavam com o seu filho/família e a sua identidade idealizada como pais"

(Leal & Moreira, 2015:6)

Referências Bibliográficas

- Oliveira, C.M. (2020). Um amor sem colo: a utilidade dos rituais de luto na perda gestacional. [Master's Thesis]. Universidade do Porto;
- Dias, M. C. M. (2012). A Perda Gestacional e o Processo de Luto: Quando o início é o fim da vida. [Master's Thesis]. Instituto Politécnico de Viseu;
- Perry, A. G. & Potter, P. A. (2006). Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos. (7ªed.) (pp. 22-42). Loures: Lusodidata;
- Perry, S. (2008). Luto-Processo de viver a morte. In Lowdermilk, D. & Perry, S. Enfermagem na maternidade (7ª ed.) (pp. 98-1006). Loures: Lusodidata;
- WHO. (2016). The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period. ICD-PM. ISBN 978 92 4 154975 2.
- https://www.youtube.com/watch?v=v_BY3Tqmd_Y&gb_channel=TVI.

APÊNDICE III - "CAIXA DE MEMÓRIAS"



APÊNDICE IV – *Scoping Review*

A experiência da família em situação de luto por morte fetal

Autores

Oana Georgiana Stefan¹ Açucena de Jesus Galhanas Guerra²

Resumo

Objetivo: Mapear a evidência sobre a experiência da família em situação de morte fetal.

Introdução: A perda de um filho leva o casal/família à perda da sua autoestima, vivenciam e experimentam sentimentos funestos, extremamente negativos, como dor, sofrimento, tristeza, culpa, impotência e frustração pelo insucesso da gravidez (Alves, 2018).

O luto em situação de morte fetal implica um tipo particular de luto que solicita adaptações tanto a nível individual, como na relação com o parceiro, família e na sociedade. Desta forma, o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica passa pela identificação do risco de desenvolver um processo de luto patológico, melhorar a interação com o casal, implementação de estratégias promotoras do luto e da esperança e investimento na comunicação (Dias, 2012; Oliveira. 2020).

Crítérios de inclusão: O participante incluído é a família. Os conceitos norteadores da pesquisa são: luto, morte fetal e experiência num contexto aberto.

Metodologia: Esta revisão sistemática da literatura foi realizada com base no protocolo para a realização de Scoping Review do Joanna Briggs Institute. A pesquisa foi realizada em abril de 2023, nas bases de dados (information sources): CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials e Google Académico.

Resultados: A experiência da família em situação de luto por morte fetal é caracterizada por sentimentos relacionados com o sofrimento e dor intensa. Esta é influenciada pelas

¹ Estudante do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém. Área Científica: Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica. UMIS – Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde. Enfermeira a exercer funções no Hospital Vila Franca de Xira, EPE – Internamento de Obstetrícia/Ginecologia.

² Professora adjunta convidada, Escola Superior de Saúde, Politécnico de Santarém. Centro de Investigação da Qualidade de Vida (CIEQV), Politécnico de Santarém e Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal.

intervenções dos profissionais de saúde envolvidos no processo, podendo se tornar numa experiência positiva, culminando num processo de luto normal, ou negativa, progredindo para um luto patológico.

Conclusões: A atitude empática, esclarecimento de dúvidas e informações quanto à morte fetal e os seus efeitos à nível físico, psicológico, emocional e espiritual, assim como, o devido encaminhamento após a alta hospitalar por parte dos EEESMO, tornaram positivas as experiências das famílias, diante de mecanismos adaptativos adequados.

Introdução

O nascimento é considerado como um dos momentos mais especiais e importantes na vida de uma mulher/casal/família, culminando no nascimento de um novo ser. Assim, o nascimento de um filho simboliza um marco importante, não só na vida do casal, como para todo o sistema familiar, principalmente, quando se trata do primeiro filho, ou de uma gravidez planeada e desejada (Alves, 2018).

Quando a morte de um filho antecede o seu nascimento, ocorre a inversão da sequência lógica do ciclo vital, o casal vivencia a maior perda da sua vida, sendo este um acontecimento inesperado, traumatizante e inacreditável. Quebram-se expectativas, desejos englobados num projeto tão único e particular: o sonho da maternidade (Alves, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (2006) define a morte fetal como a morte do produto da gestação antes da completa expulsão ou extração do corpo da mãe, após as 20 semanas completas de gestação. O óbito é certificado se o feto não apresentar movimentos respiratórios, nem demonstrar qualquer sinal sugestivo de vida como: frequência cardíaca, pulsações do cordão umbilical e/ou movimentos musculares voluntários. A morte intrauterina pode ocorrer antes do início do trabalho de parto (morte anteparto) devido a complicações na gravidez ou doenças maternas, ou durante o trabalho de parto (morte intraparto).

Muitas das perdas sucedem durante uma gravidez considerada de baixo risco, ou seja, sem qualquer patologia, intercorrência ou sinal de alerta prévio associado. Este carácter inesperado torna este momento traumatizante e intensifica o choque na díade parental e familiar, dificultando a sua aceitação (Alves, 2018).

A perda leva ao sentimento de luto, tendo um significado abrangente e não apenas associada à perda de um ente querido, e tem como objetivo a reconstrução de recursos e o início da adaptação às mudanças consequentes da perda (Moreira, 2008).

A morte fetal é uma das experiências mais traumáticas pela qual o casal e a família pode passar uma vez que expectativas criadas durante a gravidez são de continuidade da vida e nunca de morte. O casal sente-se traído e despedaçado, sendo impedido de vivenciar os sonhos, as fantasias e planos que foram criando ao longo da gravidez (Miranda e Zangão, 2020).

Esta perda pode ter um impacto devastador na saúde mental tanto à nível individual como do casal nos momentos imediatos e após a perda, podendo-se ainda intensificar nas gravidezes posteriores à perda (Alves, 2018).

As redes de apoio são fundamentais para o início e a elaboração do processo de luto, nesta perda tão peculiar, não sendo a sua importância normalmente reconhecida pela sociedade. Desta forma, a família é um dos elementos primordiais no desenvolvimento do processo de luto. Esta pode ser percebida como um grupo de pessoas, entendidos como uma unidade social ou um todo coletivo, sendo composta por membros ligados pela consanguinidade, relação emocional ou vínculo legal, incluindo pessoas importantes para cada uma das partes do grupo (Pires, 2016).

O luto considerado normal relaciona-se com o alcance das diversas fases do mesmo, distribuídas ao longo de um continuum, sendo que, numa primeira fase o sujeito experiencia sentimentos de choque, descrença e negação, a fase seguinte é marcada por um período de desconforto somático e emocional, assim como pela retirada social, e por fim, numa última fase, existe um período de reconstituição (Ramos, 2016).

O luto é um processo complexo e não sequencial, sendo que as fases do mesmo existem ao mesmo tempo, com o predomínio de uma ou outra, de acordo com o momento, podendo existir avanço e retrocesso entre as diferentes fases (Moreira, 2008).

Os profissionais de saúde envolvidos no processo são da mesma forma influentes na evolução do luto, sendo a assistência proporcionada junto da díade parental no momento da perda e no puerpério fulcral nessa evolução para normal ou patológica (Alves, 2018).

A equipa multidisciplinar, particularmente, os enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica devem estar preparados e capacitados para lidar com os casais/famílias perante a morte fetal, um insucesso no âmbito da obstetrícia, pela proximidade que estes apresentam com as mulheres enquanto grávidas/parturientes/puérperas. Porém, os profissionais revelam dificuldades na intervenção junto da mulher/casal que possa promover o luto, sendo a relação de proximidade maioritariamente substituída pelo evitamento. Os cuidados que prestam restringem-se essencialmente nas competências técnicas, sendo a

relação terapêutica afetada pela dificuldade na comunicação e expressão de sentimentos e emoções na situação da perda (Alves, 2018).

Neste sentido, os modelos e as teorias de enfermagem contribuem para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, permitindo a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a indivíduos e grupos da comunidade. Callista Roy (2001), no seu Modelo de Adaptação, considera como objetivo a promoção da adaptação dos indivíduos e grupos nos quatro modos de adaptação (modo adaptativo: físico-fisiológico, identidade de autoconceito, interdependência e desempenho de papel), contribuindo assim para a saúde, a qualidade de vida e a morte com dignidade, bem como a sua aceitação. A pessoa é vista como um ser adaptável, com mecanismos que permitem a adaptação de comportamentos em resposta aos estímulos ambientais (Coelho & Mendes, 2011).

A presente *scoping review* tem como objetivo mapear a evidência sobre a experiência da família em situação de morte fetal, de forma a produzir evidência na qual os cuidados de enfermagem especializados prestados em situação de morte fetal se possam basear.

Questão de revisão

Qual a experiência da família em situação de luto por morte fetal?

Palavras-chave

Experience; Family; Grief; Stillbirth.

Critérios de elegibilidade

Participantes

Família

Conceitos

Experiência ; Luto; Morte fetal.

Contexto

Open

Tipo de Estudos

Esta Scoping Review vai considerar todos os tipos de artigos no que diz respeito à pesquisa, não tendo sido utilizados quaisquer critérios de exclusão.

Método

Esta revisão sistemática da literatura foi realizada com base no protocolo para a realização de Scoping Review do Joanna Briggs Institute.

Estratégia de pesquisa

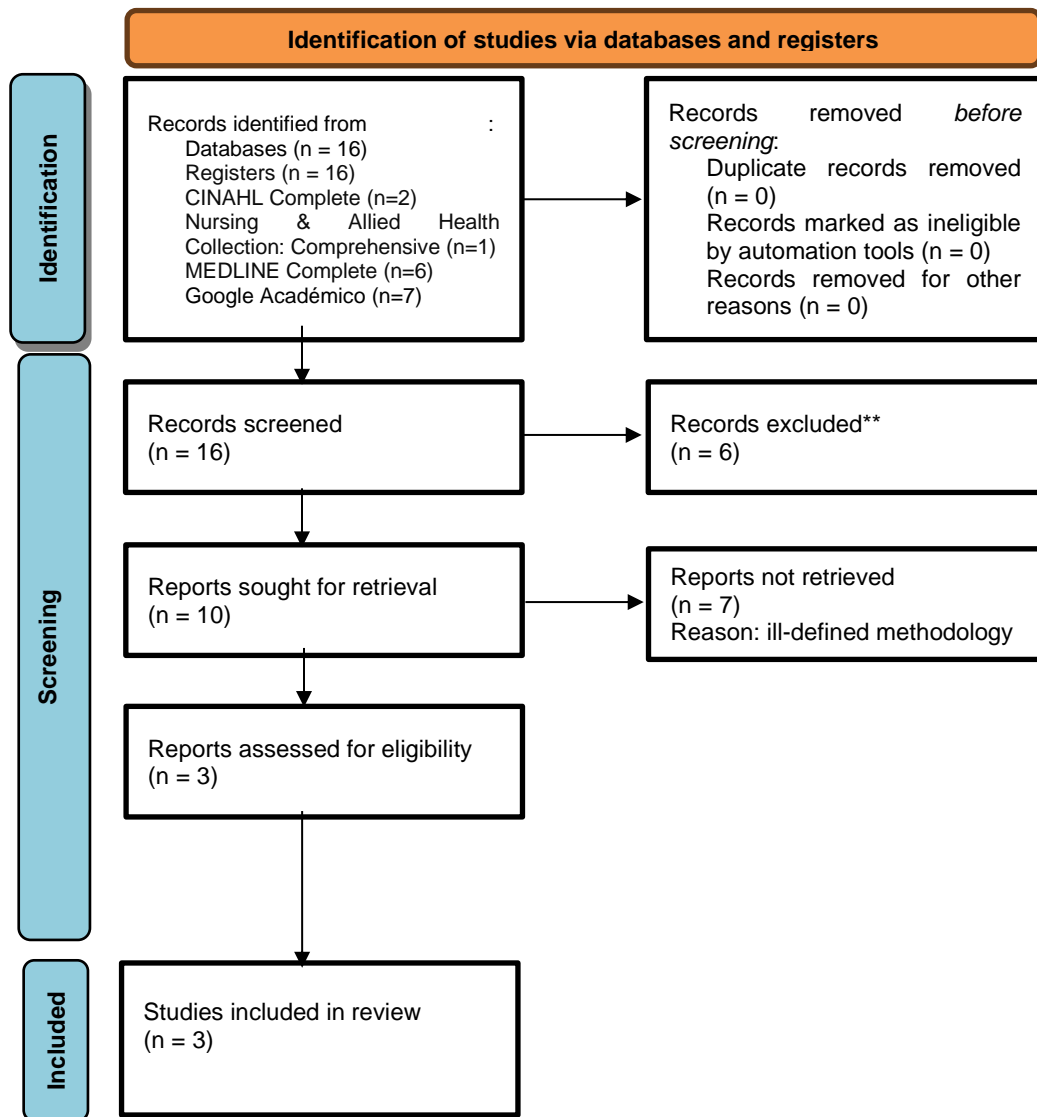
Com base nos critérios de elegibilidade anteriormente identificados e através do Mesh Browser, foram constituídos os seguintes descritores: *Family*, *Grief*, *Stillbirth*, *Life change event*. Utilizando os booleanos “AND” e “OR” surge a expressão de pesquisa utilizada: “(*Family*) AND (*Grief*) AND [(*Stillbirth*) OR (*Perinatal death*)] AND (*Life change event*)”

Com esta expressão foi desenvolvida a pesquisa nas bases de dados (information sources): CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Cochrane Clinical Answers e Google Académico. Não foram definidos limitadores universais nem específicos.

Seleção dos estudos

Após a aplicação da estratégia de pesquisa anteriormente apresentada nas bases de dados acima referidas, foram cumpridas diferentes etapas para a identificação, triagem e leitura integral dos artigos incluídos para a análise final. A esquematização destas etapas encontra-se representada no seguinte diagrama de fluxo: PRISMA 2020.

Na etapa de *Identification* foram identificados dezasseis artigos. Na fase seguinte, *Screening*, após a leitura do *title* e *abstract* dos artigos, concluiu-se seis dos artigos não incluíam a população ou os conceitos ou o contexto (PCC), pelo que foram excluídos. Na fase final, *Included*, após a leitura e avaliação integral dos artigos, constatou-se que três dos cinco artigos devem ser incluídos na análise, uma vez que sete deles não apresentavam a metodologia bem definida.



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Extração dos dados

A análise dos três artigos permitiu a obtenção de contributos de forma a dar resposta à questão de revisão, existindo a necessidade de avaliar o conteúdo dos mesmos, bem como a sua qualidade metodológica. Todas as particularidades estão presentes em Appendix II, onde foi possível a análise dos artigos em diferentes dimensões: estudo, metodologia, método, participantes, objetivos, conclusões dos revisores e conclusões dos revisores.

Para obter uma resposta completa e fundamentada à questão de revisão, foram abordados ainda os seguintes autores identificados como literatura cinzenta: Moreira (2008), Coelho & Mendes (2011), Rocha (2016), Alves (2018), Idalino & Castro (2020) e Miranda e Zangão (2020), Paris, Montigny & Pelloso (2021), possibilitando ainda o confronto entre os mesmos e os resultados dos artigos analisados.

Análise e discussão de resultados

A gravidez é compreendida como um dos acontecimentos mais desejados, sendo especial e importante na vida da mulher/casal. Esta culmina no nascimento de um novo ser, entendido como um marco importante para todo o sistema familiar (Alves, 2018).

Após a confirmação da gravidez, inicia-se o processo de interação com o filho in útero, iniciando, estabelecendo e consolidando uma ligação afetiva, com manifestações de amor eterno, a vinculação. Nesse momento qualquer tipo de pensamento negativo como a morte fetal é impensável, uma vez que não se segue a lógica do ciclo vital, sendo criadas expectativas de continuidade de vida e nunca de morte (Alves, 2018; Miranda & Zangão, 2020). A grávida cria um vínculo e um sentido de responsabilidade pessoal para com o novo ser, muito para além do criado pelos restantes membros da família (Forhan, 2010; O'Leary & Warland, 2013).

A morte fetal é considerada uma das experiências mais traumáticas que a díade e suas famílias podem experienciar, podendo implicar alterações fatais na vida da família. O impacto da morte fetal envolve tanto os pais, a família e amigos próximos, assim como os EEESMO envolvidos no processo, sentido, de uma forma geral, dificuldades para abordar o tema e, no que diz respeito aos últimos, prestarem os cuidados necessários à mulher/casal/família (Alves, 2018; Miranda & Zangão, 2020). Assim, a morte fetal entende-se como uma perda incompreensível que causa um sofrimento extremo, que atinge desde os principais afetados, os pais; os familiares e os profissionais de saúde envolvidos (Forhan, 2010; O'Leary & Warland, 2013)

O luto associado a este evento é intenso, profundo, independentemente da idade gestacional em que a morte fetal ocorra ou da sua causa. Este fenómeno passou a ser reconhecido na década dos anos 70, no entanto, apesar do reconhecimento desta problemática, a sociedade assim como os profissionais de saúde, não têm plena noção das implicações e do significado que estas perdas produzem na díade e suas famílias (Forhan, 2010; O'Leary & Warland, 2013; Miranda & Zangão, 2020; Martin & Reid, 2023).

Este processo de luto implica que os pais, além de passarem pelas suas diferentes fases do mesmo, tenham de desenvolver adaptações tanto individuais como na relação entre o casal tal como, no próprio sistema familiar e social. É considerado um processo doloroso que envolve fases onde surgem sensações fortes, que parecem permanecer para sempre, acompanhando as pessoas envolvidas durante toda a sua vida, aprendendo com o tempo a viver com essa dor (Miranda & Zangão, 2020).

O processo de luto envolve quatro fases: inicial, caracterizada pela manutenção das atividades quotidianas, existindo uma completa negação do acontecimento, alternando com eventos de raiva sobre o sucedido; fase da percepção da perda, na qual existe o desinteresse pelas tarefas diárias, tomando-se consciência do sucedido e da realidade, onde existe a necessidade de procura de respostas acerca do que aconteceu; a terceira fase, caracterizada pelo sentimento de culpa e pelo fraco interesse em regressar ao trabalho e as atividades anteriores à perda, quando emergem os sentimentos de depressão, dificuldade de concentração e um sentimento geral de não se sentir bem consigo próprio; e, por fim, a quarta fase, momento em que acontece o retorno em plenitude às atividades que desenvolviam, existindo o aumento da autoestima e confiança (Forhan, 2010; Miranda & Zangão, 2020).

Os resultados dos estudos identificam a forma como as mulheres encaram a morte fetal, normalmente, como uma experiência dolorosa, momento devastador, do qual recordam todas as suas especificidades, como o que foi feito e o que lhes foi dito. É evidenciado o momento da comunicação da morte fetal, recordando-o como ter sido: de forma fria, pouco humana, a abordagem feita pelos profissionais de saúde, enquanto existem outras mulheres que se sentiram satisfeitas pelos cuidados que receberam, destacando a componente relacional dos EEESMO. Os pais que experienciaram a morte fetal reconhecem como estratégias que promovem o luto no momento: terem-lhes sido identificados as intervenções que seriam realizadas de seguida e todo o percurso a realizar até ao parto, o facto de poder estar com o bebé a seguir ao parto, iniciativas como caixas de memórias (onde pudessem guardar recordações: fotos, mechas de cabelo, impressões digitais, um livro para escrever o que desejassem), a possibilidade de realizar eventos religiosos, tratar o bebé pelo nome, reconhecendo assim a sua identidade, assim como todo o apoio prestado considerado

adequado pelas díades/famílias. Os pais em processo de luto vivem a vida inteira com as decisões que foram tomadas, devendo ser facilitada a criação de memórias e o contato com o bebê (Forhan, 2010; O'Leary & Warland, 2013; Miranda & Zangão, 2020; Martin & Reid, 2023).

No que diz respeito ao momento da alta e continuidade dos cuidados que foram prestados no meio hospitalar, este é desvalorizado, muitas das vezes por falta de informação. A mobilização de grupos de apoio à morte fetal é essencial na promoção do processo de luto e na prevenção da sua evolução para luto patológico, bem como a existência de consultas no pós-parto, que identifiquem precocemente sinais e sintomas que possam evoluir de forma negativa ou que possibilitem o tratamento dos traumas psicológicos dos indivíduos envolvidos (Forhan, 2010; O'Leary & Warland, 2013; Miranda & Zangão, 2020; Martin & Reid, 2023). A partilha pública das experiências sentidas possibilita elucidar outras famílias do sucedido, bem como, auxiliar na prevenção da morte de outras crianças (Paris, Montigny & Pelloso, 2021).

No que se refere ao cuidar da família, a maior parte dos estudos tem como foco de atenção a mulher ou o casal, não existindo grande referência à família, como os irmãos mais velhos ou avós. Forhan (2010), no seu estudo, aborda o medo e a raiva sentida pelos seus filhos mais velhos perante a morte fetal, a morte do irmão imaginário, mas sonhado e desejado, questionando a segurança que existe no mundo e o poder de proteção que os pais têm para com os filhos. Outros autores defendem que as crianças compreendem a existência da morte e experienciam a angústia, tristeza e a ansiedade perante a mesma (Paris, Montigny & Pelloso, 2021).

É fulcral que os EEESMO que prestam cuidados perante este fenómeno disponibilizem atenção, investiguem e que invistam em formações no âmbito desta área, de forma a prestar cuidados individualizados, baseados em evidência científica, tendo na sua base a comunicação e a relação interpessoal. O cuidar neste âmbito vai para além do apoio às memórias construídas pelos pais, existindo a necessidade de desenvolvimento de intervenções e diagnósticos de enfermagem individualizados e adequados às necessidades identificadas. Os profissionais que tenham vivenciado situações similares são considerados mais oportunos, uma vez que, conseguem dar melhor resposta dos que se deparam pela primeira vez com essa situação (Moreira, 2008; Forhan, 2010; O'Leary & Warland, 2013; Miranda & Zangão, 2020; Paris, Montigny & Pelloso, 2021).

Para os profissionais de saúde envolvidos na morte fetal constitui-se numa frustração, dada a existência de alta tecnologia não prevendo o desastre, tornando-os pouco preparados

para agir no momento. Sentem-se impotentes ao presenciar a dor e a tristeza do casal durante o internamento, solicitando ajuda especializada sempre que necessário. Dado isso, além da formação, os EEESMO devem ainda dispor de tempo e locais de partilha com outros profissionais, possibilitando a reflexão do sucedido e dos cuidados que prestou, evitando situações de esgotamento (Paris, Montigny & Peloso, 2021).

Cabe aos enfermeiros praticar ações e intervenções que promovam a manutenção de respostas adaptativas, apoiando assim a mulher para usufruir dos seus mecanismos de adaptação, uma vez que, estes pais necessitam de espaços físicos acolhedores e de profissionais de saúde competentes no auxílio neste processo de luto. O processo de enfermagem deve assegurar a avaliação do nível de adaptação do casal, formulação de diagnósticos de enfermagem, estabelecimento de objetivos, intervenções individualizadas e consequente avaliação das implementações, ou seja, avaliação da evolução (Rocha, 2016).

Tendo por base a teoria da adaptação de Roy, o objetivo principal é a adaptação do casal/família nas situações de saúde e de doença. Por um lado, a gravidez é um estado de saúde que acarreta diversas adaptações, englobando as alterações físicas, psicológicas e sociais. Quando este processo de adaptação é interrompido subitamente quando a morte fetal ocorre, outros mecanismos de adaptação terão que se desenvolver, sendo que se não for de forma eficaz poderão se traduzir em doença. Tendo em conta os conceitos da teoria e a definição dos conceitos metaparadigmáticos à sua luz, considera-se como foco de cuidados a forma como a pessoa se adapta às mudanças e aos estímulos internos e externos, apoiando o esforço desta adaptação e gerindo o ambiente. Se o esforço for considerado ineficaz, o EEESMO deve orientar de forma que a adaptação seja atingida, evitando assim situações de doença (Rocha, 2016).

Inicialmente, o EEESMO deve identificar que comportamentos são realizados no âmbito dos quatro modelos adaptativos. Estes comportamentos são individuais, e variam consoante as características individuais, experiências anteriores, apoio e rede familiar/amigos. Os fatores que influenciam os comportamentos da mulher/casal/família nesse momento são considerados estímulos. A elaboração dos diagnósticos de enfermagem sobre o estado da mulher/casal/família englobam a forma como estes estão a vivenciar a perda, medos e receios apresentados e mecanismos de adaptação já demonstrados. Neste ponto de situação são definidos objetivos que promovam a adaptação, contando com a participação ativa dos envolvidos, de forma a prevenir a doença. De seguida, os objetivos são avaliados, dando origem a um novo plano de cuidados, se assim for necessário. Desta forma é possível promover a adaptação à morte fetal e prevenir situações de doença como luto patológico e traumas psicológicos. A aplicabilidade deste modelo permite a adaptação à

perda de um filho idealizado, possibilitando ainda a prestação de cuidados personalizada, tendo em conta particularidades e especificidades, como a sua forma única e individual de adaptação (Moreira, 2008; Rocha, 2016).

De forma geral, da análise dos estudos ressalva-se que a experiência da família em situação de luto por morte fetal é caracterizada por sofrimento e dor intensa e é diretamente influenciada pelas intervenções da equipa multidisciplinar, mais especificamente os EEESMO que lidam com este processo de forma mais próxima, tornando-se numa experiência negativa, caso estas intervenções não sejam efetuadas de forma individualizada, propiciando complicações do processo de luto e eventos patológicos. As famílias relatadas nos estudos identificam intervenções que foram realizadas no meio hospitalar que foram promotoras dos seus processos de luto, principalmente quando estas envolveram o casal e as pessoas mais próximas. Algumas famílias identificaram esta experiência como devastadora, acrescida de sofrimento, perante práticas dos profissionais de saúde que compreenderam a falta de apoio, compaixão e aconselhamento oportuno devido à falta de conhecimento e confiança dos mesmos, perante a morte fetal sofrida. A atitude empática, esclarecimento de dúvidas e informações quanto à morte fetal e os seus efeitos à nível físico, psicológico, emocional e espiritual, assim como, o devido encaminhamento após a alta hospitalar por parte dos EEESMO, tornaram positivas as experiências das famílias, diante de mecanismos adaptativos adequados.

Agradecimentos

Agradeço à toda a orientação pedagógica e tutorial ao longo deste percurso que permitiu a construção desta ScR.

Conflitos de interesse

Nada a declarar.

Apêndices

Apêndice I: Artigos encontrados

Pesquisa	Questão	Artigos
	<i>“(Family) AND (Grief) AND [(Stillbirth) OR (Perinatal death)] AND (Life change event)”</i>	
#1	<i>(Family)</i>	507 160
#2	<i>(Grief)</i>	7 995
#3	<i>[(Stillbirth) OR (Perinatal death)]</i>	10 036
#4	<i>(Life change event)</i>	8 256
#5	<i>(Family) AND (Grief) AND [(Stillbirth) OR (Perinatal death)] AND (Life change event)</i>	5

Apêndice II: Instrumento de extração de dados

Estudo	Metodologia	Método	Participantes	Objetivos	Conclusões dos autores	Conclusões dos revisores
Doing, Being, and Becoming: A Family's Journey Through Perinatal Loss (Forhan, 2010).	Autoetnografia	Revisão das notas escritas num diário durante o primeiro ano após a morte fetal, discussões entre os membros da família, sentimentos e reflexão dos mesmos.	Uma família que passou pela morte fetal de um dos filhos.	Expor os significados atribuídos à experiência de luto e perda na realização das tarefas quotidianas.	As várias fases durante o luto por uma morte fetal têm igual importância, sendo que se potenciam mutuamente. Ao longo desse ciclo, o apoio familiar e a intervenção dos profissionais de saúde são cruciais para o seu desenvolvimento positivo. As tarefas do quotidiano, numa primeira fase, são negadas, e, aos poucos, têm vindo a ser retomadas na sua plenitude. Existem várias estratégias promotoras do luto que foram experimentadas por esta família, nomeadamente: caixa de memórias, serviço funerário, diário e grupos de apoio. Esta família sentiu que os profissionais deveriam ter uma melhor	Existem quatro fases de transição após a morte do filho, pelas quais a autora e a sua família passaram: início do percurso, percepção da perda, seguir em frente e recomeço. A primeira fase caracteriza-se pela manutenção das atividades diárias, de forma a negar a perda. A segunda fase inicia-se com a perda de interesse pelas tarefas do quotidiano e familiares. É nesta fase que se toma consciência do sucedido e da realidade. A terceira fase caracteriza-se pelo sentimento de culpa e pelo fraco interesse em regressar ao trabalho e as atividades anteriores à perda. A quarta e última fase é o ponto de transição mais difícil de alcançar, segundo os pais, momento em que retornam em plenitude às atividades que desenvolviam. Existe uma lacuna significativa no que diz respeito

Estudo	Metodologia	Método	Participantes	Objetivos	Conclusões dos autores	Conclusões dos revisores
					preparação para lidar com este tipo de perda, uma vez que possuíam pouco conhecimento e se sentiam desconfortáveis na prestação de cuidados nesta situação peculiar.	do conhecimento e nível de conforto para com a perda perinatal e o luto por parte dos profissionais de saúde, assim como o encaminhamento para grupos de apoio.
Untold stories of infant loss: The importance of contact with baby for bereaved parents (O'Leary & Warland,	Revisão de literatura	Análise das declarações de pais com idade entre 50 e 70 anos que sofreram uma morte fetal acerca do impacto desse evento na sua vida.	Pais com idade entre 50 e 70 anos que sofreram uma morte fetal.	Identificar de que forma a experiência de morte fetal influenciou a vida dos participantes.	Os estudos revelam que os pais privados da escolha de ver o feto morto após a sua extração, da possibilidade de realização de funeral ou partilha dos sentimentos no momento da perda, viveram a vida inteira à sombra da experiência de perda do filho, causando ainda impacto nos filhos que se seguiram. Sentiram que não existiu respeito pelo direito de sofrer e foram instruídos a deixar a perda para trás.	Um importante elemento no processo de luto após a morte de um bebé é o apoio prestado, a compaixão, e o acompanhamento da angústia espiritual de uma família após a crise da morte. Os profissionais de saúde devem adotar práticas que apoiam o processo de luto, como encorajar os pais a ver e segurar o seu bebé, fotos e recordações, orações, bênçãos, batismo, realização de funeral/serviço ou qualquer ritual tradicional ou religioso. É através do luto que as pessoas podem incorporar as suas perdas numa vida saudável e contínua,

Estudo	Metodologia	Método	Participantes	Objetivos	Conclusões dos autores	Conclusões dos revisores
2013)					É difícil para os pais falar no presente sobre a gravidez em que ocorreu a perda do filho.	sendo que a falta de ajuda aos pais no processo de luto pode ter consequências negativas para o bem-estar da família.
A scoping review of therapies used to treat psychological trauma post perinatal bereavement (Martin & Reid, 2023)	Scoping review	Análise dos resultados da scoping review	Estudos resultante da pesquisa em bases de dados, referências bibliográficas e jornais periódicos.	Mapear as terapias existentes no tratamento dos traumas psicológicos pós luto perinatal.	Foi possível obter uma visão global acerca das terapias existentes possíveis de aplicar em situação de trauma pós luto perinatal. Um dos estudos abordados na scoping review relata o acompanhamento de mulheres pós nadi-mortos ao longo de duas semanas nas quais assistiram a quatro sessões de aconselhamento. Os sintomas previamente apresentados de transtorno de estresse pós-traumático diminuíram significativamente.	Existem terapias que apoiam o luto perinatal, bem como o trauma pós-luto perinatal. Emerge a necessidade de mais pesquisa sobre este tema, de forma a desenvolver intervenções flexíveis e eficazes no tratamento do estresse pós-traumático no âmbito do luto por morte perinatal, considerando estas terapias uma das estratégias a adotar.

ANEXOS

ANEXO I - SÍNTESE DE REGISTO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS

Síntese de Registo de Atividades Práticas/*Registration of Practice Activities*

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family Counseling and health promotion</i>	
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant women:</i>	356
• Exames pré-natais/ <i>Prenatal Examinations (100)</i>	
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor:</i>	44
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries (40)</i>	
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	2
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiples births</i>	2
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	32
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	7
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	7
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at the risk</i>	
• Gravidez/ <i>Pregnancy (40)</i>	115
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	126
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	50
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period (100)</i>	122
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/ <i>Supervision and care to the healthy new-born (100)</i>	159
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	49
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/ <i>Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology</i>	10
Prática simulada/ <i>Simulated practice:</i>	
• Prática de manobras de Leopold/ <i>Leopold's maneuver practice</i>	✓
• Prática de partos eutócicos/ <i>Practice of eutocic births</i>	✓
• Prática de partos pélvicos/ <i>Practice of breech births</i>	✓
• Prática de distocias de ombros/ <i>Shoulder dystocia practice</i>	✓
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/ <i>Practice on episiorrhaphy, periniorrhaphy</i>	✓

Santarém, 20 de dezembro de 2023

Estudante/*Student* Diana Gonçalves Stefan

Professor/*Teacher* Alicia Guerra

Coordenador do curso/*The course coordinator* _____