



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Perda Gestacional: Estratégias do Enfermeiro Obstetra no cuidar do casal baseado nas forças

Inês Colaço Fernandes Branco Lacerda



Lisboa

2023



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Perda Gestacional: Estratégias do Enfermeiro Obstetra no cuidar do casal baseado nas forças

Inês Colaço Fernandes Branco Lacerda



Orientador: Professora Doutora Maria Anabela Ferreira dos Santos



Lisboa

2023

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Nesta fase mais desafiante do meu percurso académico, e porque nunca caminhamos sozinhos, quero expressar a minha sincera gratidão ...

À minha família, em especial ao meu Duarte, pelo apoio, compreensão e amor incondicional.

Aos meus amigos por estarem sempre presentes, e emanarem-me luz e boas energias sempre que preciso.

À minha Sara por acreditar em mim desde o início e estar sempre disponível.

Às enfermeiras supervisoras clínicas que me acompanharam, apoiaram, inspiraram e incentivaram ao longo do percurso a ser cada vez melhor.

À Professora Orientadora Maria Anabela Ferreira dos Santos pelo seu apoio, empoderamento e orientação imprescindíveis em todas as etapas deste percurso.

Às professoras por fazerem desabrochar o meu potencial de trabalho e por todo o apoio, em especial à professora Isabel Serra que na licenciatura me fez despertar a apetência pela Saúde Materna e Obstetrícia, estará para sempre no meu coração.

À Enfermeira Gestora e colegas de trabalho pela ajuda, motivação e compreensão disponibilizada em todos os momentos.

Às colegas com quem tive o privilégio de percorrer esta Especialização e Mestrado, pelas partilhas, companheirismo e conquistas que alcançámos juntas.

A todos os casais que participaram neste estudo, sem os quais não seria possível a sua realização.

Grata a todos!

“A dor pode ser uma tempestade profunda,
mas é através dela que nos tornamos guerreiros de luz.
O amor. Sempre o amor. Só o amor salva. Seja ele sob que forma for.”

Sofia Castro Fernandes

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CNU – Consenso Nacional de Uroginecologia

CTG – Cardiotocografia

DG – Diabetes Gestacional

EESMO – Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICM – *International Confederation of Midwives*

ICN – *International Council of Nurses*

ISANDS – *Irish Stillbirth & Neonatal Death Society*

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HTA – Hipertensão Arterial

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PE – Pré-Eclâmpsia

PNP – Preparação para o Nascimento e Parentalidade

RCF – Restrição do Crescimento Fetal

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RPM - Rotura Prematura de Membranas

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

A morte de um filho, independentemente da sua idade, é uma perda devastadora. O luto pela morte está integrado numa reação natural à perda, e determina um processo que tem como objetivo a adaptação a uma nova realidade, que implica uma recuperação emocional.

O conceito de perda gestacional compreende o aborto espontâneo, a morte fetal, a morte neonatal, a interrupção médica da gravidez e a interrupção voluntária da gravidez.

A intervenção junto do casal que inicia o seu luto por perda gestacional, é uma área pouco investigada na comunidade científica. Tendo em conta a complexidade deste processo que envolve um sofrimento emocional intenso, o enfermeiro EESMO tem um papel determinante na aquisição pelo casal e família de estratégias de luto.

Inicia-se esta investigação, com a questão de partida “Quais as estratégias do Enfermeiro Obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional?”, onde se realiza uma revisão *scoping*, segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute* e o estudo empírico, com a inclusão de entrevistas semiestruturadas a seis casais em gestão de luto por perda gestacional, durante o seu internamento. “O Cuidar em Enfermagem baseado nas Forças” de *Laurie Gottlieb*, é a teoria de enfermagem norteadora e que fundamenta a minha prática de cuidados, retratando uma abordagem centrada na pessoa e na humanidade.

Produzir mais conhecimento sobre a práxis do enfermeiro EESMO perante uma situação de perda gestacional pode contribuir para a implementação de modelos assistenciais em Portugal, que privilegiem experiências mais diferenciadas e humanizadas, aos casais em processo de luto por perda gestacional. Numa visita realizada à equipa do luto liderada por *Midwives*, no *Rotunda Hospital* em Dublin, corroborei o que a melhor evidência científica preconiza, constatando que a formação dos profissionais nesta problemática permite uma intervenção individualizada e adequada ao casal em processo de luto por perda gestacional, com impacto na melhoria da sua qualidade de vida, bem-estar e equilíbrio.

No presente relatório consta o percurso reflexivo da prática clínica vivenciada, para aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro EESMO, bem como, as conferentes de grau de Mestre.

Palavras-Chave: Enfermeiro Obstetra; Estratégias; Pais; Luto Materno.

ABSTRACT

The death of a child, regardless of their age, is a devastating loss. Mourning due to death is a natural reaction to a loss and determines a process that aims to adapt to a new reality, which implies emotional recovery.

The concept of pregnancy loss includes miscarriage, fetal death, neonatal death, medical termination of pregnancy and voluntary termination of pregnancy.

Intervention with the couple that begins mourning due to pregnancy loss is a topic little investigated by the scientific community. Given the complexity of this process, which involves intense emotional suffering, the midwife does play a decisive role in assisting the couple and family acquiring mourning strategies.

This research starts with the question “What are the Obstetric Nurse’s strategies in managing the couple’s mourning due to pregnancy loss?”, where a scoping review is carried out according to the *Joanna Briggs Institute* guidelines and empirical study, with the inclusion of semi-structured interviews of six couples undergoing management of mourning due to pregnancy loss, during hospitalization. *Laurie Gottlieb's* “Strengths-Based Nursing Care” represents the nursing theory that guides my care practice, based on a person-centered and humanity-centered approach.

Producing more knowledge about the role of the Midwife when dealing with a scenario of pregnancy loss can contribute to the implementation of care models in Portugal, which may favour more differentiated and humanized experiences to couples undergoing a mourning process due to pregnancy loss. In a visit to the bereavement team led by Midwives at the *Rotunda Hospital* in Dublin, I corroborated with the most current scientific recommendations, noting that professional training in this area allows for an individualized intervention, adapted to the couple undergoing a mourning process due to pregnancy loss, which ultimately improves their quality of life, well-being and balance.

This report contains the reflective course of the clinical practice experienced, for the acquisition and development of common and specific competences of the midwife, as well as the Master's degree conferers.

Keywords: *Nurse Midwife; Health Strategies; Parents; Bereavement.*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	15
1.1. A Perda Gestacional	15
1.2. O Cuidar em Enfermagem baseado nas Forças de <i>Laurie Gottlieb</i>	17
2. OPÇÕES METODOLÓGICAS E PROCESSO DE TRABALHO	21
2.1. Revisão <i>Scoping</i>	21
2.1.1. Questão de Pesquisa e Objetivos	22
2.1.2. Critérios de Inclusão e Exclusão	22
2.1.3. Estratégia de Pesquisa	22
2.1.4. Extração de Dados	24
2.1.5. Resultados da Pesquisa	24
2.2. Da Evidência à Prática	26
2.3. Pesquisa Empírica	28
2.3.1. Considerações Éticas	29
2.3.2. Análise e Discussão dos Resultados Obtidos	30
3. REFLEXÃO SOBRE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	39
3.1. Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro EESMO: Percurso de Aquisição de Competências	39
3.1.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período preconcecional e pré-natal	43
3.1.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	52
3.1.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	59
3.1.4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e durante o período de climatério	67
3.2. Competências do Grau de Mestre	73
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79

ANEXOS

Anexo I – Certificados de Formação sobre a temática nos diferentes contextos clínicos.

Anexo II – Certificado de Participação no 1º Simpósio de Medicina Materno-Fetal.

Anexo III – Comunicação oral no XXIII Congresso Nacional & VII Internacional APEO 2022 no dia 6 de maio de 2022.

Anexo IV – Palestrante Convidada nas XV Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – Por uma vida melhor no dia 29 de novembro de 2022.

Anexo V – Documentos Comissão de Ética.

Anexo VI – Síntese do Registo das Atividades Práticas.

APÊNDICES

Apêndice I – Tabela das palavras-chave pesquisadas na *CINAHL* e na *MEDLINE*.

Apêndice II – Linguagem da Pesquisa.

Apêndice III – Pesquisa na base de dados *CINAHL Complete*.

Apêndice IV – Pesquisa na base de dados *MEDLINE Complete*.

Apêndice V – Pesquisa na base de dados *Academic Search Complete*.

Apêndice VI – Diagrama de fluxo da estratégia de pesquisa.

Apêndice VII – Tabelas de Extração de Dados.

Apêndice VIII – Categorias das Estratégias do Enfermeiro EESMO no cuidado do casal em gestão de luto por perda gestacional.

Apêndice IX – Certificado de Amor Eterno.

Apêndice X – Nota Manuscrita pelo enfermeiro EESMO.

Apêndice XI – Folheto informativo dos grupos de apoio.

Apêndice XII – Caixa de Memórias do bebê ilustrativa desenvolvida.

Apêndice XIII – Norma do luto que aguarda aprovação.

Apêndice XIV – Visita à Maternidade *Rotunda Hospital – Dublin*.

Apêndice XV – Consentimento informado para o estudo.

Apêndice XVI – Guião da entrevista semiestruturada.

Apêndice XVII – Sessão de Educação para a Saúde sobre o Papel do Pai/Companheiro durante o ciclo perinatal.

Apêndice XVIII – Sessão de Educação para a Saúde sobre o Aleitamento Materno.

Apêndice XIX – Folheto sobre o Papel do Pai/Companheiro.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Mnemónica PCC19

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representação gráfica dos metaparadigmas de enfermagem e pressupostos subjacentes ao Cuidado Baseado nas Forças	17
--	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório integrado no 12º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), sendo um dos objetos de avaliação da mesma, e projetando o percurso formativo de aquisição de competências teórico-práticas do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), encontrando-se dependente de apresentação e discussão pública, para alcançar o grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

O Estágio com Relatório iniciou-se a 11 de outubro de 2021 e terminou a 1 de julho de 2022, dispondo de um total de 1500 horas (ESEL, 2021), onde se desenvolveram competências em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, nos vários contextos da prática clínica, na Região do Algarve, Faro.

A área de estudo, Perda Gestacional, sempre foi uma área de grande interesse para mim. E devido ao meu percurso profissional nos cerca 6 anos a desempenhar funções no internamento puerpério, contactei com muitos casais em situação de perda gestacional, que deveriam estar a vivenciar o momento mais feliz das suas vidas e encontram-se apavorados, numa perda indescritível, sendo o luto, dor indizível na perda de um filho. A escolha desta área passou pela necessidade de carácter urgente, em criar uma equipa diferenciada na instituição onde exerço funções, com o intuito de empoderar os casais na realização do luto, providenciando-lhes estratégias que lhes permitissem despedirem-se do seu bebé, com consciência e serenidade que necessitavam, com o respetivo seguimento no pós-parto. Foi também devido a uma situação que passei com um familiar próximo, que me influenciou e motivou a querer desenvolver e aprofundar esta temática, que irei abordar ao longo deste relatório.

De acordo com os dados da Pordata (2022), a taxa de mortalidade perinatal, fetos que nascem sem vida ou bebés que morrem na primeira semana de vida por cada 1000 nascimentos com ou sem vida, em Portugal no ano de 2021 foi de 3,4‰ enquanto a neonatal, bebés que morrem durante o primeiro mês por cada 1000 nascimentos, foi de 1,7‰. A diminuição destas taxas ao longo dos anos deve-se, essencialmente, a avanços tecnológicos, que possibilitam uma vigilância criteriosa da gravidez (Miranda & Zangão, 2020). Não obstante, o impacto que cada perda gestacional causa na vida dos casais e família, deve sempre ser tida em conta.

O enfermeiro EESMO contribui para a melhoria da qualidade das condições assistenciais à mulher ao longo do ciclo de vida, ao recém-nascido e família e consequentemente para a redução da morbilidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal [Ordem dos Enfermeiros (OE), 2015c].

Através da metodologia de projeto, de uma prática reflexiva, sistematização e fundamentação teórica com recurso da melhor evidência científica, na procura permanente da excelência no exercício profissional, pretendo enquanto futura enfermeira EESMO desenvolver conhecimentos e competências nesta área, permitindo que os casais consigam um processo de luto resolvido, contribuindo assim para a implementação de modelos assistenciais em Portugal, que privilegiem experiências mais diferenciadas e humanizadas.

O quadro de referência orientador da minha prática é o “Cuidar em Enfermagem baseado nas Forças” de *Laurie Gottlieb*, que considera que a pessoa/família seja capaz de encontrar as suas forças enquanto lida com os desafios da vida, promovendo a sua recuperação e o seu restabelecimento. O enfermeiro procura estruturar um processo de aprendizagem que permite à pessoa participar o máximo possível, estabelecendo metas em conjunto, com base nas forças e recursos da pessoa, objetivando meios para alcançá-los (*Gottlieb*, 2016).

Particularizando no meu trabalho, a pessoa remete-se para o casal, objeto de cuidados de enfermagem, onde em conjunto se vai procurar estratégias para encontrar suas forças, fomentando novas capacidades no cuidar do casal enquanto lidam com a inevitabilidade da perda, com a finalidade de aliviar o sofrimento sentido, e acompanhar este processo de aprendizagem nesta situação de saúde, com respeito, empatia e compaixão, potenciando a sua saúde e restabelecimento.

Assim sendo, delineei como objetivos gerais deste relatório:

- Desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista presentes no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º140/2019), no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento n.º391/2019), respetivamente; as competências contempladas no *Essential Competencies for Midwifery Practice* da *International Confederation of Midwives* (ICM, 2019) assim como as competências do grau de Mestre descritas no Decreto-Lei n.º74/2006.
- Desenvolver competências promotoras do cuidar do casal em gestão de luto por perda gestacional.

Relativamente ao último objetivo geral que se prende com a temática a aprofundar neste relatório, delineei os seguintes objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos sobre a temática da Perda Gestacional;
- Adquirir conhecimentos relativamente às estratégias dos enfermeiros obstetras no cuidar do casal em gestão de luto por perda gestacional;
- Identificar as estratégias dos enfermeiros obstetras no cuidar do casal em gestão de luto por perda gestacional;
- Fazer formação em serviço sobre esta temática;

- Elaborar um projeto sobre a temática, na instituição onde exerce funções.

O relatório desenvolve-se por quatro capítulos. O Capítulo I referente ao enquadramento conceptual, contempla a revisão da literatura que sustenta a temática e o quadro de referência que orienta o desenvolvimento da prática de cuidados de enfermagem. Segue-se o capítulo II que totaliza a metodologia do relatório, o planeamento do projeto, o mapeamento da literatura através da Revisão *Scoping*, da evidência à prática e o estudo empírico. O capítulo III integra a reflexão sobre o percurso de desenvolvimento de competências nos diferentes contextos clínicos, enfatizando as aprendizagens que emergiram. Conclui-se com o capítulo IV, que explana a reflexão final relativa à formação e realização deste relatório e por último, disponibiliza-se as referências bibliográficas mobilizadas.

No âmbito da reflexão sobre as questões bioéticas relacionadas com a temática, o carácter interdisciplinar da bioética é fundamental e decisivo na formulação de qualquer problema normativo, relacionado com a vida e com a esfera biológica da realidade pessoal (Canário, 2009). O cumprimento da responsabilidade profissional e ético-legal foram uma preocupação constante, tendo como referência, os documentos reguladores da profissão.

Para a elaboração deste trabalho, é de salientar, que se seguiram as normas *American Psychological Association* (2020), 7ª edição, em vigor na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e foi redigido de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo realiza-se uma revisão da literatura alusiva à temática presente neste relatório seguindo-se uma contextualização ao quadro teórico que suporta o desenvolvimento da prática de enfermagem ao longo dos diferentes contextos clínicos.

1.1. A Perda Gestacional

Na literatura disponível ainda não existe um conceito minucioso para definir perda gestacional.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2006), distingue como perdas, as que se verificam antes da expulsão completa ou extração do produto de concepção, independentemente da idade gestacional (morte fetal) das que ocorrem após o nascimento até ao 7º dia após o parto (morte neonatal precoce) ou até ao 28º dia após o parto (morte neonatal tardia). Define ainda, nado-morto, como a morte intrauterina, após as 28 semanas de gestação, que pode ocorrer antes do início de trabalho de parto ou durante o mesmo (OMS, 2016).

A definição mais atual e completa de perda gestacional, segundo a *Public Health Agency of Canada* (2000) citada por Nazaré et al. (2010), envolve um conjunto de situações de perda que podem ocorrer ao longo da gestação ou após o parto, compreendendo o aborto espontâneo, a morte fetal (nado-morto), a morte neonatal, a interrupção médica da gravidez e a interrupção voluntária da gravidez.

A perda gestacional é uma das experiências mais traumáticas para os casais e família, levando frequentemente a grandes mudanças na vida familiar (Nazaré et al., 2010).

Muitas destas perdas ocorrem em gestações sem complicações, sendo por isso, acontecimentos inesperados e imprevisíveis, que dificultam a aceitação da perda e podem ter efeitos devastadores para o casal, com repercussões em gestações futuras e afetando a vivência do mesmo. O impacto da perda gestacional não se traduz apenas na morte do filho, mas em todas as expectativas que o casal idealizou para o futuro, uma vez que ficam impedidos de vivenciar todos os sonhos e planos associados à parentalidade (Miranda & Zangão, 2020).

O conceito de luto é bastante complexo, na medida em que cada pessoa vivencia o processo de luto de forma diferente, mediante vários fatores, como a cultura, o tipo de perda, a relação afetiva, as circunstâncias, a personalidade dos pais, a resiliência e as variáveis sociais e pessoais (Avelin et al, 2012).

Relativamente às variáveis sociais, nesta problemática, decorrentes em Portugal, a Lei n.º 1/2022 alarga para 20 dias o período de luto por falecimento de descendente ou afim no 1.º grau da linha reta, alterando o Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009 de 12 fevereiro, no seguimento de um Parecer da Ordem dos Psicólogos Portugueses (Projeto de Lei nº 926/XIV/2.^a). Segundo *MacDonald et al.* (2015), a perda de um filho/a pode ser uma experiência traumática e extremamente dolorosa independentemente da fase do ciclo de vida na qual o filho/a se encontrava, primeiro trimestre da gravidez, período perinatal, infância, adolescência ou vida adulta. Contudo, quando a perda acontece no primeiro trimestre da gravidez ou no período perinatal, frequentemente os casais não veem, o seu luto ser reconhecido, do ponto de vista social. A evidência científica demonstra que a vinculação entre os casais e o/a filho/a já existe no início da gravidez e que se reforça, especialmente no caso dos casais, com a primeira ecografia (*Worden*, 2018).

A Segurança Social determina o subsídio parental inicial exclusivo da mãe, apoio em dinheiro concedido à mãe por um período facultativo até 30 dias antes do parto e seis semanas obrigatórias (42 dias) após o parto. Já o subsídio parental inicial exclusivo do pai, apoio em dinheiro dado ao pai que está de licença parental, 20 dias úteis obrigatórios (5 dias seguidos imediatamente depois do nascimento do filho e 15 dias seguidos ou não, nas 6 semanas seguintes ao nascimento do filho). No caso de nado-morto, o pai não tem direito ao subsídio referente a cinco dias úteis facultativos nem ao acréscimo de mais dois relativamente ao período de vinte dias de gozo obrigatório se se tratar de gémeo que nasça sem vida. O subsídio após aborto/interrupção da gravidez é atribuído durante 14 a 30 dias, conforme indicação médica. De acordo com o Decreto-Lei n.º 324/2007 do Diário da República n.º 188/2007, série I de 2007-09-28, em vigor a partir de 2007-09-29, até às 22 semanas de gestação não há obrigatoriedade de registo ou certificação de óbito. O subsídio de Funeral, é circunscrito pela prestação de concessão única para compensar as despesas efetuadas com o funeral de um familiar ou de qualquer outra pessoa (incluindo *nados-mortos*).

A transição por um processo de luto capacita a pessoa para a aceitação da perda, pelo que a sua vivência é determinante no processo de cura (*Costa*, 2020).

Diversos autores dedicaram-se em estudar o luto, e nos dias de hoje, percebe-se uma pluralidade de intervenções que abrangem diversas abordagens.

Um dos pioneiros no estudo do luto foi Sigmund Freud. Na sua obra literária “*Luto e Melancolia*” publicada em 1917, o luto foi definido como uma reação à perda de um ente querido. Diante dessa quebra de vínculo, exige-se, conseqüentemente, uma reestruturação da adaptabilidade exigida pela mesma e reorganização gradual da vida do indivíduo, que experiencia diversas reações consideradas integrantes do processo de luto (*Costa*, 2020).

O processo de luto deve ser vivenciado, por mais doloroso que possa ser, pois é através dele que o indivíduo entra em contato com a sua nova realidade sem a pessoa ou coisa amada, até que ele consiga superá-lo e, a seu tempo, ressignificá-lo (*Costa*, 2020).

Hagman (1996) citado por *Ramos* (2016), afirma que o luto é um acontecimento natural que ocorre depois da perda de uma pessoa significativa, sendo um processo individual, que varia de pessoa para pessoa, de momento para momento e que envolve várias dimensões do ser humano, tal como, a cultura, o tipo de perda, a relação afetiva, as circunstâncias, a personalidade dos pais, a resiliência e as variáveis sociais e pessoais (*Avelin et al.*, 2012).

Kübler-Ross (1969) definiu cinco etapas do processo do luto. A primeira etapa é a negação da perda, enquanto a segunda deve-se ao desenvolvimento de sentimentos de raiva e culpa. A terceira engloba a negociação, em que ocorre a consciencialização da perda pela pessoa enlutada, como uma hipótese. A depressão sucede na quarta etapa, proveniente do reconhecimento da inevitabilidade da perda e por fim, a última etapa define-se pela aceitação da perda.

Nazaré et al. (2010) refere, que o casal deve ser ajudado a olhar para o feto como uma pessoa real, um membro da família que nasceu e morreu, promovendo a aceitação da realidade da perda como objetivo da intervenção clínica no âmbito da perda gestacional.

O impacto da perda vai para além do casal, englobando também a família e amigos. Embora o luto possa ser partilhado, cada pessoa deve ser acompanhada individualmente, pois pode ter diferentes formas de se perspetivar e relacionar com o feto (*Avelin et al.*, 2012). Ao vivenciarem a perda dum filho, os casais criam sentimentos de fracasso e culpa e estão unidos por uma mesma experiência, contudo, a resposta ao luto é pessoal e única. Independentemente da passagem do tempo, o luto é sempre marcante. Por parte da mulher, surge uma desvalorização da autoimagem, pelo seu corpo não ter funcionado adequadamente durante a gestação ou simplesmente, pela crença que não foi capaz de desempenhar o seu papel biológico e também conjugal (*Stirtzinger et al.*, 1999 citado por *Carvalho & Meyer*, 2007).

Perante todas estas alterações, torna-se verdadeiramente desafiante a prestação de cuidados ao casal em gestão de luto por perda gestacional, sendo impreterível que o enfermeiro EESMO seja capaz de dar resposta às necessidades do casal e família, de forma a contribuir para o bem-estar físico, psicológico e social (*Miranda & Zangão*, 2020). Desta forma, considera-se o enfermeiro EESMO, um elemento essencial no desenvolvimento de estratégias de luto, para facultá-las ao casal, ajudando-o no processo de luto, de forma a lidar com a dor e sofrimento, pois o facto da perda entrar em conflito com as crenças mais básicas das pessoas, contrariando a ordem natural do ciclo de vida, torna o processo ainda mais penoso (*Rolim & Canavarro*, 2001).

1.2. O Cuidar em Enfermagem baseado nas Forças de *Laurie Gottlieb*

Para o desenvolvimento de uma enfermagem avançada, é essencial uma teoria de enfermagem que sustente e norteie a prática de cuidados de enfermagem.

Nesta perspetiva, para a orientação do desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira EESMO e suporte deste relatório, elegi como teoria de enfermagem “O *Cuidar em Enfermagem baseado nas Forças*” de *Laurie Gottlieb*.

Representa uma abordagem que orienta os enfermeiros na sua prática clínica quotidiana às suas raízes do cuidar do ser humano, focados na pessoalidade e na humanidade, alicerçado quatro elementos que compõem o metaparadigma da enfermagem: saúde (indivíduos, famílias e comunidades estão motivadas e aspiram atingir um melhor estado de saúde), pessoa (única que funciona como um todo integrado), ambiente (contém forças que compelem à seleção de forças ou défices) e cuidados de enfermagem (enfermeiros que cuidam dos indivíduos, famílias e comunidades, de forma a ajudá-los a alcançarem a saúde, aliviando o sofrimento, e, levando-os a desenvolver forças que promovam saúde e facilitem a cura).

Tem por base oito valores fundamentais que estão inter-relacionados com a finalidade de formar um sistema de valores condescendente e coerente, sendo eles: saúde e cura; singularidade da pessoa; holismo e *embodiment*; realidade objetiva/subjetiva e construção do significado; autodeterminação; pessoa e ambiente estão integrados; aprendizagem, preparação e *timing*; e parceria colaborativa entre o enfermeiro e a pessoa (*Gottlieb, 2016*).

Segundo *Gottlieb (2016)*, as forças são “as qualidades únicas e especiais da pessoa e da família e os recursos que definem a sua pessoalidade” (p. 414), com a finalidade de encontrar soluções para os seus problemas, “desenvolver a saúde, lidar com os desafios da doença, facilitar e promover a cura através da restauração do todo, auxiliando a pessoa a obter o máximo partido da vida” (p.414), onde se encontra tácito o cuidado centrado na pessoa, nas suas necessidades, estabelecendo uma parceria colaborativa. Deste modo, existe uma partilha do poder com o casal, o que permite trabalhar em conjunto para objetivos mutuamente acordados, promovendo o *empowerment*, saúde e segurança do cliente.

Esta teoria considera os aspetos positivos, encontrando o equilíbrio entre o foco nas forças, enquanto se lida com os problemas e os défices (*Gottlieb, 2016*). Concludentemente, reside em dar aos casais e famílias, as ferramentas para melhorar a sua saúde, aliviar o sofrimento, ajudar na recuperação e restaurar a plenitude, encontrando novas formas de lidar com os problemas existentes.

Ao longo da vida, algumas pessoas, só quando confrontadas com o inesperado, é que descobrem forças ocultas. “É durante os tempos de adversidade que os clientes/doentes/famílias/comunidades descobrem as suas forças e desenvolvem outras novas. É então, que a capacidade humana para curar é revelada, renovada e aprofundada” (*Gottlieb, 2016, p.138*).

Ao desenvolver a sua teoria, *Gottlieb (2016)* refere que as forças podem ser biológicas, emocionais, psicológicas ou sociais na sua origem e natureza. “Existem forças internas (como por exemplo, motivação, coragem, resiliência) que residem dentro do indivíduo, assim como

existem forças externas na forma de recursos (por exemplo, finanças, relações, suporte, religião, espiritualidade)” (Gottlieb, 2016, p. 414).

Contudo, as forças são finitas e podem-se esgotar, sendo o papel do enfermeiro EESMO reconhecer quando a pessoa necessita de as recarregar ou restabelecer, tendo este que deter quatro qualidades *major* de forças: mentalidade, conhecimento e saber, relação e de defesa.

As forças de mentalidade são as qualidades que dão origem a um conjunto de atitudes, filosofias ou valores que afetam a maneira de alguém se comportar, e incluem o *mindfulness*, humildade, abertura de espírito e a aceitação (não julgar). Envolve fazer algo com propósito, com intenção, prestar atenção à sua volta, ao que se está a fazer, com uma atitude consciente. Gottlieb (2016) citando Siegel (2007) refere que é ter um relacionamento consigo mesmo (autorrelacionamento) para que se possa conectar melhor com, e cuidar de outra pessoa. “Os enfermeiros que estão plenamente presentes têm maior probabilidade de compreender a pessoa” (Gottlieb, 2016, p. 56); as forças do conhecimento e saber consistem nas qualidades necessárias para obter e utilizar as informações. “Elas dão origem a novas ideias, e motivam o enfermeiro a procurar novas informações acerca da pessoa” (Gottlieb, 2016, p155). Envolve a autorreflexão e curiosidade; as forças de relação constam nas qualidades necessárias para se conectar com os outros, estabelecer relações e manter uma parceria colaborativa. Exigem respeito e confiança, empatia, compaixão e bondade (Gottlieb, 2016). E por fim, as forças de defesa que comportam as qualidades necessárias para proteger, defender-se e defender outra pessoa e família. Requerem autoeficácia e coragem (Gottlieb, 2016).

É ainda importante fazer uma introspeção, conhecer-se a si próprio, as suas crenças, medos e receios, o seu propósito de vida, para ser autêntico no cuidar do casal com perda gestacional, respeitando as suas crenças, valorizando os seus medos e receios, e simplesmente estar presente, reconhecendo a singularidade e valor do cliente (Gottlieb, 2016).

Face ao explanado, uma abordagem baseada nas forças revela muito sobre o próprio enfermeiro e como ele escolhe expressar a sua humanidade. Sendo o principal enfoque desta teoria as forças, os enfermeiros e profissionais de saúde estão incumbidos da responsabilidade de ajudarem as pessoas a encontrarem as suas próprias forças, para lidarem com os desafios do quotidiano, bem como com as adversidades à sua integridade.

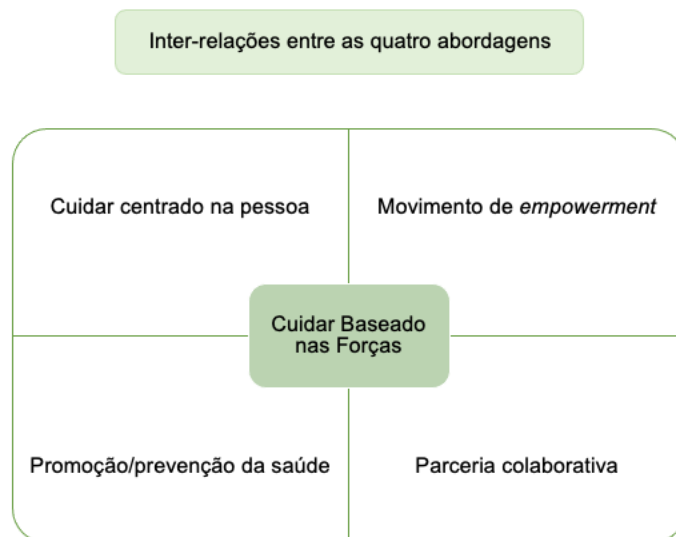


Figura 1 – O Cuidar em Enfermagem baseado nas Forças ao casal em gestão de luto por perda gestacional.

Fonte: Adaptado de *Gottlieb*, 2016, p.18

Com o propósito de sintetizar a adaptação desta teoria no cuidar do casal em gestão de luto por perda gestacional, as quatro abordagens mencionadas na figura 1, que são os pilares do “*Cuidar Baseado nas Forças*”, tem como objetivo criar um sistema de saúde mais humano, que adota uma visão holística, de que os casais e famílias têm maior probabilidade de construir futuros sustentáveis para si próprios e outros quando creem neles próprios. Através de uma relação de parceria entre os enfermeiros e os casais, têm à disponibilidade os recursos para que possam criar as próprias soluções aos demais problemas, focando-se nos aspectos positivos das diversas situações, para promover o bem-estar, a cura e a saúde. Assim, a teoria baseada nas forças de *Gottlieb* sustenta conceitualmente a abordagem do enfermeiro obstetra perante o casal, que vivencia a perda gestacional.

2. OPÇÕES METODOLÓGICAS E PROCESSO DE TRABALHO

Este capítulo integra a metodologia utilizada recorrendo à *scoping review*, da evidência à prática e o estudo empírico, de forma a sustentar a tomada de decisão no percurso de aquisição e desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira EESMO, baseando a prática na mais recente evidência científica, capaz de responder às necessidades reais e prementes, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e defendendo o saber próprio da enfermagem, legitimado pelo rigor da metodologia em que se baseia e reconhecido pela sua necessidade em contexto da prática dos cuidados.

2.1. Revisão *Scoping*

O *Joanna Briggs Institute* (JBI) é uma organização internacional de pesquisa e desenvolvimento sem fins lucrativos da Faculdade de Ciência da Saúde da Universidade de Adelaide, que juntamente com as suas entidades colaboradoras, promovem e apoiam a síntese, a transferência e a utilização de evidência mediante da identificação de práticas “viáveis, apropriadas, significativas e eficazes para ajudar na melhoria global dos resultados de saúde” (Amendoeira, 2021, p. 3).

Segundo Amendoeira (2021), a *Scoping Review* são um tipo de síntese de evidência que sistematicamente identifica e mapeia a amplitude de evidência disponível num determinado campo/questão, esclarecendo os principais conceitos/definições na literatura e identificando as principais características ou fatores relacionados a um conceito, incluindo os que estão relacionados com a pesquisa metodológica, identificando e analisando lacunas do conhecimento.

Assim, a Revisão *Scoping* alicia o investigador a produzir novos estudos com vista a alcançar novos conhecimentos para aplicá-los na sua prática clínica e assim obter melhoria da qualidade dos cuidados prestados, sendo uma ferramenta profícua para o enfermeiro EESMO.

Para a realização desta Revisão *Scoping*, efetuou-se uma pesquisa no *Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, nas bases de dados eletrónicas *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Academic Search Complete* e na literatura cinzenta, verificando-se a inexistência de Revisões de *Scoping* sobre este tema.

Assim, definiu-se como título: Estratégias do Enfermeiro Obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional: uma revisão *scoping*. E foram determinadas as seguintes palavras-chave: Enfermeiro EESMO; estratégias; casal; gestão do luto; perda gestacional (Apêndice I).

2.1.1. Questão de Pesquisa e Objetivos

Peters et al. (2020), propõem a formulação da questão de pesquisa, de acordo com a mnemónica “PCC” que define a População, o Conceito e o Contexto. Em conformidade, elaborou-se a questão de pesquisa “Quais as estratégias do Enfermeiro Obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional?”.

E segundo a mnemónica “PCC” definiu-se:

Tabela 1. Mnemónica PCC.

População	Enfermeiro Obstetra
Conceito	Casal, independentemente da idade, género e cultura, que se encontram no processo de luto por perda gestacional; Luto; Estratégias de gestão;
Contexto	Perda Gestacional

O objetivo da presente *Scoping Review* prende-se em mapear a evidência científica sobre as estratégias do enfermeiro obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional.

2.1.2. Critérios de Inclusão e Exclusão

Definiu-se como critérios de inclusão: estudos publicados em língua portuguesa, inglesa e espanhola, com texto integral disponível, sem limite temporal e que incluam estratégias para providenciar aos casais em gestão de luto por perda gestacional e estudos que incluam enfermeiros obstetras que prestem cuidados a estes casais.

E como critérios de exclusão desta pesquisa, todos os artigos que não cumprem os critérios de inclusão.

2.1.3. Estratégia de Pesquisa

Tal como é recomendado pelo JBI (2020), a estratégia de pesquisa compreendeu três etapas (Peters et al., 2020).

Relativamente à primeira etapa, foi realizada uma pesquisa inicial, livre, na plataforma EBSCOhost, limitada em duas bases de dados científicas, CINAHL complete e MEDLINE

complete relevantes para a temática e também na literatura cinzenta, de onde surgiram as palavras-chaves contidas no título e no resumo.

Na segunda etapa, concretizou-se uma pesquisa organizada, onde se adicionou a terceira base de dados *Academic Search Complete* e se identificaram os termos em linguagem natural e os respetivos termos indexados, validados na *Cinahl Subject Headings*, *Medical Subject Headings*, e na *Academic Search Complete Subject Terms*. Foram selecionados sinónimos de alguns termos em inglês, por serem pertinentes e aumentarem o campo de pesquisa e, desta forma, também a probabilidade de obter artigos relevantes que dão resposta à questão de pesquisa. O Apêndice II reúne a linguagem de pesquisa utilizada com os respetivos termos em linguagem natural e os termos indexados.

Seguidamente, realizou-se o processo de agregação e associação, através da interceção dos descritores encontrados, utilizando os operadores booleanos [OR] e [AND] nas bases de dados suprarreferidas, que originaram catorze artigos, sendo oito artigos identificados na *CINAHL* (Apêndice III), três artigos na *MEDLINE* (Apêndice IV) e três artigos na *Academic Search Complete* (Apêndice V).

Aos artigos encontrados, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos artigos para apreciação e obteve-se nove artigos, através da análise de informação contida no título e no resumo, foram elegidos quatro artigos e após a leitura íntegra dos artigos, foram incluídos nesta *Scoping Review* quatro artigos. Na concretização da pesquisa, constatei que a evidência científica relativamente à importância da intervenção do enfermeiro EESMO aquando da perda gestacional é parca. Como forma de encontrar o maior número possível de artigos, não se utilizaram limitadores temporais, motivo pelo qual, foi incluído um artigo de 1993, devido ao seu carácter relevante para a concetualização da problemática em estudo.

Por fim, na terceira etapa, através da literatura cinzenta e referências bibliográficas dos artigos obtidos, fez-se uma pesquisa para a identificação de estudos adicionais, e foram acrescentados oito artigos à *Scoping Review*, selecionando-se assim, um total de doze artigos para a revisão.

Importa salientar, que foram realizadas várias pesquisas nas três bases de dados em diferentes momentos do curso, sendo que este relatório inclui a última pesquisa realizada no dia sete de fevereiro de 2023, por ser a mais completa e reter a evidência científica mais atual.

De forma a compreender e sintetizar o processo de seleção da literatura poderá analisar-se o diagrama de fluxo da estratégia de pesquisa (Apêndice VI), conforme as recomendações *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-Analysis* (PRISMA), indexado no JBI (*Peters et al., 2020*).

2.1.4. Extração de Dados

Para sumariar cada artigo e registrar os seus dados relevantes, foi elaborada pela autora desta revisão, uma tabela de extração de dados baseada no JBI (*Peters et al., 2020*), onde se encontra retratada a fonte, os autores, o título, o ano de publicação, as palavras-chave, os objetivos, a questão de estudo, o tipo de estudo, a metodologia/participantes, o contexto, as estratégias do enfermeiro obstetra para providenciar aos casais em gestão de luto por perda gestacional e por fim, as sugestões do estudo. Esta, foi aplicada a cada um dos artigos obtidos na pesquisa (Apêndice VII).

2.1.5. Resultados da Pesquisa

De acordo com os estudos selecionados para a revisão, verifica-se que a morte de um filho é uma experiência profundamente angustiante e intensa, que acarreta consequências para os casais, como o aumento do risco de problemas de saúde mental como a depressão, até ao luto patológico (*Robinson & E. Robinson, 2022; Hackett & Beresford, 2021*).

Kingdon et al. (2015) referem que existem várias diretrizes clínicas publicadas por organizações como *United Kingdom's Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)*, *American College of Obstetrics and Gynaecology (ACOG)* e *Perinatal Society of Australia and New Zealand (PSANZ)* para orientar os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros EESMO, nos cuidados biopsicossociais após a perda gestacional.

A tomada de decisão compartilhada está incluída na *Australia's Clinical Practice Guidelines for Pregnancy Care* e é uma estratégia essencial nos cuidados de saúde prestados de alta qualidade, que deve estar implícita nos cuidados de enfermagem prestados aos casais por perda gestacional, com vista a ajudá-los a expressar as suas preferências e a tomarem decisões mais ponderadas (*Boyle et al., 2020*).

A evidência demonstrou, que o enfermeiro EESMO é responsável por providenciar apoio psicológico e informação clara e essencial aos casais, desde o momento do diagnóstico de perda gestacional, tornando-se um elemento facilitador ao longo do processo de luto (*Martínez-Serrano et al., 2018; Forrester, 2008; Easterwood, 2004*). Os autores *Siassakos et al (2017)* e *Easterwood (2004)* apontam que deve ser providenciado um quarto privativo aos casais e investida na formação da equipa multidisciplinar em situações de perda gestacional e esta deve incluir: desafios comuns; como enfrentar situações difíceis; teorias psicológicas e a sua aplicação no cuidado do luto; técnicas de comunicação em como divulgar as más notícias, dar primazia à realização de perguntas abertas como aquelas que começam por “o quê, quando ou como”, em detrimento das perguntas fechadas; não fazer julgamentos, nem determinar os seus próprios sentimentos e valores sobrepostos ao do casal; como lidar com as reações inesperadas do luto; o processo de consentimento *post-mortem*; informações

necessárias a serem fornecidas/discutidas aquando da alta hospitalar; e deve também abordar suposições erróneas comuns, que muitas vezes comprometem o atendimento e o cuidado aos casais (*Martínez-Serrano et al., 2018; Siassakos et al., 2017; Easterwood, 2004*).

Os profissionais de saúde que se consideram em situação de maior vulnerabilidade como grávidas, ou que já tenha vivido uma experiência semelhante no seu ambiente pessoal próximo, ou mesmo aqueles que estão passando por uma situação pessoal difícil, devem distanciar-se do processo de luto, pois não estão condições de cuidar autenticamente (*Martínez-Serrano et al., 2018*). Deste modo, emerge a necessidade da existência de redes de apoio no ambiente de trabalho para permitir e facilitar a troca de experiências entre os profissionais de saúde, para reforçar as potencialidades e contribuir para a redução das fragilidades de todos os membros da equipa multidisciplinar no cuidar (*Martínez-Serrano et al., 2018*).

Outras estratégias estão retratadas nos estudos *Ávila et al. (2020)*, *Smith et al. (2020)*, *Kingdon et al. (2015)*, *Moore (2013)* e *Easterwood (2004)* como a promoção da escuta ativa, incentivando o casal a expressar e explorar os seus sentimentos; promoção de uma relação terapêutica na base da confiança e empatia com o casal; discutir intervenções com os casais, de forma a ajudar os filhos mais velhos a lidarem com a perda; dispor o apoio das suas famílias para minimizar a dor e o sofrimento sentido; providenciar folhetos com informações sobre grupos de apoio ao luto da área, cartão de condolências com uma nota manuscrita pelo enfermeiro EESMO e um testemunho real escrito por um casal anónimo que tenha vivenciado uma situação de perda gestacional durante o internamento; proporcionar e incentivar ativamente os pais verem e segurarem o seu bebé, respeitando sempre a sua decisão final, tratando o bebé pelo nome, fornecendo informações e orientações de como a aparência do bebé vai ficar com o passar do tempo, bem como a temperatura e o toque para colmatar os receios e medos dos casais, respeitando a sua decisão final e a criação da caixa de memórias do bebé através da impressão de mãos e/ou pés, recolha de mechas de cabelo e fotografias.

É unânime entre os autores *Hackett e Beresford (2021)*, *Smith et al. (2020)*, *Martínez-Serrano et al. (2018)* e *Forrester (2008)* e vista como uma estratégia fulcral, providenciar tempo aos casais para estes enfrentarem a realidade da morte do filho e despedirem-se a seu ritmo até ao funeral. Neste seguimento, *Hackett e Beresford (2021)*, *Smith et al. (2020)* e *Forrester (2008)* sugerem a utilização de sistemas de refrigeração portáteis (*Cold Cot ou CuddleCot®*) como a estratégia do enfermeiro EESMO, a providenciar aos casais com perda gestacional, mais inovadora e eficaz no processo de luto. Esta estratégia é utilizada em 93% no Reino Unido, está dependente das crenças culturais, religiosas e espirituais dos casais, sendo o seu principal objetivo, oferecer tempo aos pais para se ajustarem à realidade e assimilar a separação e situação vivida, estabelecendo um vínculo com o seu filho e se sentirem como uma unidade familiar. Esta tecnologia consiste num colchão refrigerante que se coloca dentro de um berço, e posteriormente, o nado-morto é deitado em cima e coberto

por uma manta, atrasando a deterioração do corpo e tendo um limite máximo do seu uso entre 5 a 10 dias, embora haja um caso retratado na literatura que teve a duração de 16 dias.

Em alguns estudos, também são documentadas diferenças entre o processo de luto da mãe e do pai. Os cuidados de enfermagem estão mais centralizados para a mulher/mãe, embora os enfermeiros EESMO, enfermeiros de prática avançada, reconheçam que o pai também sofre uma perda e são dotados de responder às necessidades prementes do pai no apoio à saúde mental, ouvindo, interpretando e confortando durante o momento de luto vivido, atenuando desta forma, a intensidade do sofrimento e trauma e contribuindo para um luto saudável (Robinson & E. Robinson, 2022; Martínez-Serrano et al., 2018).

Na literatura surge ainda o conceito de “obstetrícia compassiva”, definido pelas inter-relações de presença autêntica, compreendendo a dor e tristeza sentida, demonstrando empatia, conexão, trabalho emocional e motivação para ajudar, apoiar e empoderar os casais, aliviando o sofrimento por meio de negociação, conhecimentos e competências (Martínez-Serrano et al., 2018).

Os resultados obtidos através dos artigos elegidos dão resposta à questão de partida e são apresentados e discutidos com vista a retratar e evidenciar as estratégias do enfermeiro obstetra facilitadoras no processo de luto do casal por perda gestacional.

As estratégias encontram-se categorizadas pela autora do relatório, com base no modelo biopsicosociocultural e espiritual (Souza et al., 2021), onde está subjacente o cuidado centrado no casal e nas suas necessidades, como Gottlieb (2016) referencia. Estas, agrupam-se em: Categoria A – Estratégias do enfermeiro obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional: alterações físicas; Categoria B – Estratégias do enfermeiro obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional: alterações psicológicas; Categoria C – Estratégias do enfermeiro obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional: alterações sociais; Categoria D – Estratégias do enfermeiro obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional: alterações culturais; Categoria E – Estratégias do enfermeiro obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional: alterações espirituais (Apêndice VIII).

2.2. Da Evidência à Prática

Prática Baseada na Evidência (PBE) é definida pelo *International Council of Nurses* (ICN) como “um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidado (ICN, 2012, p. 10).

Schneider et al. (2020) refere a PBE como uma abordagem que tem exposto notoriedade para melhorar a efetividade clínica bem como apoiar o profissional de saúde nas suas condutas, e a sua utilização permite diminuir as distâncias entre a pesquisa e a prática

assistencial, uma vez que, a sua implementação ocorre por meio da avaliação dos resultados obtidos das pesquisas, a partir da busca e avaliação crítica das evidências.

Através da utilização de uma abordagem sistemática de reflexão, os enfermeiros poderão nortear a sua prática de uma forma significativa e construtiva. Atualmente, a prática reflexiva é vista como um elemento fundamental de uma prática profissional e as técnicas para desenvolver estas competências estão incorporadas em diversos programas de formação (ICN, 2012).

A disseminação alargada de informação compreensiva e baseada na evidência é imprescindível para consciencializar e influenciar a mudança de comportamento, tal como a importância de traduzir a evidência para a prática, de modo, a criar um ambiente que promova a mudança, implementação, inovação e avaliação, para alcançar melhores resultados na saúde (ICN, 2012), nomeadamente, aos casais e famílias em situação de perda gestacional, através do desenvolvimento da disciplina de enfermagem.

Com base nestes pressupostos, delineou-se como desígnio inicial o mapeamento do estado de arte relacionado com a problemática em estudo, através da realização da *Scoping Review* retratando a evidência científica mais atual, seguidamente foram definidos os objetivos formativos desenvolvidos no projeto de estágio integrado na unidade curricular Opção II, e pedido parecer à comissão de ética hospitalar para pôr em prática o projeto de estágio onde se encontravam retratadas as estratégias dos enfermeiros obstetras no cuidar do casal em gestão de luto por perda gestacional passíveis de aplicar na prática, ao longo do ensino clínico tais como, a utilização do Certificado de Amor Eterno com a impressão das mãos e/ou pés do nado-morto (Apêndice IX), nota manuscrita pelo enfermeiro EESMO ao casal (Apêndice X), providenciar folheto informativo de grupos de apoio (Apêndice XI) e criação da caixa de memórias (Apêndice XII), entre outras. Foi realizada formação aos pares sobre a temática nos diferentes contextos clínicos, nos serviços de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Internamento de Grávidas e Bloco de Partos, de Ginecologia, de Obstetrícia – Unidade de Puerpério e Serviço de Medicina *Intensiva Neonatal e Pediátrica* (Anexo I), com o propósito de demonstrar a mais recente evidência científica. Neste seguimento, constatou-se a inexistência da norma do luto no serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, e juntamente com as enfermeiras EESMO orientadoras foi feita a sua elaboração que aguarda aprovação pelo Conselho de Administração (Apêndice XIII). Nos dias 4 e 5 de Novembro de 2021, participou-se no 1º Simpósio de Medicina Materno-Fetal realizado na instituição (Anexo II). Efetuou-se também, uma visita à maternidade *Rotunda Hospital* em *Dublin* para conhecer a realidade irlandesa na gestão do luto dos casais por perda gestacional e *School of Midwifery* (Apêndice XIV). Com vista a dar visibilidade ao trabalho já desenvolvido, procurei divulgar os resultados da *Scoping Review* e a visita à maternidade em jornadas e congressos, nomeadamente, com a participação em comunicação oral no XXIII Congresso Nacional & VII Internacional APEO 2022, no dia 6 de maio de 2022, obtendo o terceiro prémio das

comunicações orais (Anexo III) e participação como palestrante convidada, nas XV Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – Por uma vida melhor, no dia 29 de Novembro de 2022 (Anexo IV).

2.3. Pesquisa Empírica

O enfermeiro EESMO contribui para a melhoria da qualidade das condições assistenciais à mulher ao longo do ciclo de vida, ao recém-nascido e família e consequentemente, para a redução da morbilidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal (OE, 2015c). Desta forma, assume um papel determinante no acompanhamento da mulher e família que sofreu uma perda gestacional, na aceitação da inevitabilidade da perda, com o intuito de fomentar um processo de luto resolvido, promovendo o restabelecimento da sua saúde e, arroga ainda, um papel influente na divulgação do conhecimento acerca desta temática, no seio das suas equipas, como elemento de referência e dinamizador de boas práticas em saúde, baseadas na melhor evidência científica, pedra basilar de qualquer planeamento de cuidados.

Neste subcapítulo apresentam-se as opções metodológicas seguidas na realização do estudo empírico, enquadrando os objetivos e questão do estudo, bem como o processo de identificação e seleção de participantes, a descrição detalhada dos procedimentos metodológicos adotados na parte qualitativa deste trabalho, assim como as considerações éticas intrínsecas à pesquisa empírica, e a análise e discussão dos resultados obtidos.

Desenvolveu-se um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, cujo o seu objetivo geral é avaliar a satisfação dos casais em gestão de luto por perda gestacional durante o internamento, com o apoio fornecido pelo enfermeiro EESMO, contribuindo desta forma, para a evidência científica, desenvolvimento da praxis de enfermagem, bem como, na divulgação do conhecimento acerca desta temática na formação de pares, e no aumento da literacia em saúde desta população em particular. Como questão de partida definiu-se “Quais as estratégias do Enfermeiro Obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional?”.

Os participantes são casais que se encontravam em processo de luto por perda gestacional durante o internamento hospitalar, sendo esse o critério de inclusão e de exclusão. Realizou-se a caracterização do(s) participante(s), através da colheita de dados sociodemográficos como a idade, género, estado civil, escolaridade, profissão, índice obstétrico, gesta, número de perda(s) gestacional(ais) e a idade gestacional do feto, obtendo desta forma diversidade máxima de perfis com a intencionalidade de recolher opiniões diversificadas e contrastantes na problemática em estudo (*Campenhoudt et al., 2017*).

Os dados foram obtidos através da realização de entrevistas semiestruturadas aos casais que concederam o seu consentimento prévio (Apêndice XV), aceitando participar no estudo. Foi elaborado o guião da entrevista (Apêndice XVI), composto por cinco questões, na

qual, a primeira questão diz respeito, se o casal recebeu o apoio necessário durante o internamento por parte dos enfermeiros EESMO, a segunda questão, se sentiram que o(s) seu(s) bebé(s) foram sempre tratados com respeito e sensibilidade, a terceira, se consideraram que as condições físicas do serviço contribuíram para a sua vivência do processo de luto, a quarta, se lhes foram facultadas estratégias na gestão do luto, e por último, a quinta questão, qual a estratégia que receberam que foi mais útil.

Desta forma, a entrevista é composta por questões de respostas abertas, onde o participante explana a sua satisfação, como o apoio e estratégias de luto facultadas pelo enfermeiro EESMO durante o seu internamento, justificando-se a abordagem qualitativa, exploratória e descritiva; não probabilística - por conveniência, pois o investigador seleciona participantes da população em estudo que se encontram mais acessíveis, colaborativos ou disponíveis para participar no processo, não sendo a escolha dos participantes aleatória (*Freitag, 2018*).

Subsequentemente, procedeu-se à análise de dados segundo *Bardin (2016)*, que sumamente, pressupõe que esta seja realizada em três fases. Na primeira fase, realizou-se a pré-análise, que integra a organização das ideias iniciais assentes na escolha dos documentos a serem analisados, na formulação das hipóteses e objetivos e na criação de indicadores que sustentam a interpretação final. A segunda fase, seguiu-se com a exploração do material através da realização de operações de codificação, decomposição ou enumeração, com base em regras previamente desenvolvidas (*Bardin, 2016*). Por fim, a terceira fase sucedeu-se com o tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos mesmos, integrando o tratamento dos dados a serem relevantes para o estudo (*Bardin, 2016*).

2.3.1. Considerações Éticas

O desenvolvimento da profissão de enfermagem tem-se realizado a diversos níveis, com refulgência para a compreensão da responsabilidade ética e deontológica dos enfermeiros (*OE, 2015*).

Deste modo, tal como na prestação de cuidados, em investigação é imprescindível ponderar e respeitar os princípios éticos: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido; o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações e dados pessoais; o respeito pela justiça e pela equidade; o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; a redução dos inconvenientes e a potencialização das vantagens (*Fortin, 2009*).

Com o intuito de proteger o anonimato e confidencialidade dos participantes do estudo e dos dados fornecidos foi produzido o consentimento informado, esclarecido e livre (Apêndice XVI). O anonimato dos participantes está garantido, pois o preenchimento do instrumento de registo de interação não carece de identificação, apenas de codificação. Este documento foi entregue antecipadamente a cada um dos participantes e esclarecidas as suas dúvidas, e só

posteriormente à sua aceitação, é que foram agendadas e realizadas as entrevistas, de acordo com a preferência e disponibilidade dos casais para a participação nas mesmas. Com base na Lei n.º 58/2019, esteve também garantida a proteção no tratamento de dados pessoais e a livre circulação dos mesmos.

Ao longo de todo o percurso académico e profissional, os conteúdos éticos e deontológicos bem como as normas internas da instituição foram respeitados de forma exímia, tendo sempre vigente o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2015b), a Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015a) e o Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015).

Solicitou-se o parecer à comissão de ética da instituição onde se realizaram os ensinamentos clínicos para a realização do projeto na instituição.

O pedido foi deferido a 17 de fevereiro de 2022 (Anexo V).

No dia 24 de maio de 2022, devido à realização de apenas três entrevistas até aquele momento, foi efetuada uma adenda e solicitada adequação na recolha de dados, para ser complementada com um questionário digital a ser divulgado nas redes sociais. O mesmo não se verificou, pois, passado pouco tempo da realização do pedido, foram realizadas mais entrevistas, no qual foi dada primazia às entrevistas por estas possibilitarem uma interação direta com o casal, tal como a obtenção de informações sobre a sua experiência individual em relação à temática em estudo (Fortin, 2009).

2.3.2. Análise e Discussão dos Resultados Obtidos

A análise de conteúdo segundo *Bardin* consiste numa leitura metódica, determinada pelas condições oferecidas pelo sistema linguístico e objetiva a compreensão das relações existentes entre o conteúdo do discurso e os aspetos exteriores (Santos, 2011).

Os dados alcançados através das entrevistas semiestruturadas, tiveram como desígnio a identificação das estratégias facultadas pelo enfermeiro EESMO aos casais em gestão de luto por perda gestacional, e correlacionar os achados com os resultados obtidos da *Scoping Review*.

Consideraram-se elegíveis todas as participações, uma vez que os participantes do estudo receberam conhecimento prévio do objetivo do estudo e autorizaram que os dados facultados fossem utilizados para fins académicos e de investigação. É de ressaltar, que as entrevistas foram realizadas em momentos definidos pelos próprios casais, de acordo com a sua disponibilidade. Para além dos seis casais entrevistados, houveram mais dois casais, que não pretenderam realizar as entrevistas no momento do contacto, mas manifestaram interesse em colaborar à priori, ficando com os contactos para agendamento, acabando por não se verificar e respeitar as suas decisões.

Deste modo, a amostra é constituída por seis casais que se enquadram nos critérios de inclusão e exclusão definidos anteriormente (subcapítulo 2.3.).

Na segunda fase, o material é organizado em respostas dos casais às cinco questões da entrevista, constituindo o *corpus* da pesquisa (Bardin, 2016). Assim, formularam-se as hipóteses e elaboraram-se indicadores que norteiam a interpretação final, segundo as regras determinadas por Bardin (2016) para a sua análise e compreensão: exaustividade, onde se sugere esgotar todo o assunto sem omissão de nenhuma parte; representatividade, onde se identificam as amostras que representam o universo; homogeneidade, onde se agregam dados do mesmo tema que são coletados por meio de técnicas iguais e indivíduos semelhantes; pertinência, que sugere a adaptação dos objetivos à pesquisa; e, por fim, exclusividade, onde cada elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria (Santos, 2011).

Os quadros que se seguem apresentam a terceira fase, que contém as categorias desenvolvidas de acordo com as questões realizadas nas entrevistas, com a nomeação das estratégias identificadas na Revisão *Scoping* para cada necessidade identificada. Integram-se também as unidades de registo, e o tratamento dos dados relevantes no estudo.

Quadro 1 – Apoio sentido pelos casais durante o internamento por parte dos enfermeiros EESMO

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Frequência	Estratégia Nº segundo a Revisão <i>Scoping</i>
Apoio	Apoio emocional eficaz	E1: “Sim recebemos, embora estejamos incrédulos com a situação. Ainda nem acredito no que aconteceu. Não somos portugueses, mas respeitaram a nossa cultura indiana. Foram-nos dadas informações relativas ao funeral, pois não sabíamos como funcionava e queremos realizar o funeral porque era um bebé muito desejado.” E2: “Mal o nosso filho nasceu foi entregue de imediato à equipa de pediatria pelo que nem eu, nem o meu marido conseguimos ver o	6	4, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 15, 22, 38

	nosso bebê. Ainda chegou a ser reanimado ali na mesma sala onde estávamos, mas poucos minutos depois, transferiram-no para a neonatologia, onde veio a falecer. Estamos desolados e angustiados com a situação. Após a perda tivemos apoio psicológico por parte dos enfermeiros EESMO e da equipa médica que se encontravam de serviço.” E3: “O meu companheiro diz que o bebê morreu por minha culpa, mas os enfermeiros apoiaram-me e disseram que ninguém tem culpa da situação. Foram muito atenciosos comigo neste momento tão difícil, senti-me mais calma.” E4: “Sim recebi, sabia que o meu filho tinha malformações graves pois era seguida em consulta cá no hospital, mas não quis abortar, e durante todo o processo recebi apoio psicológico. Durante o trabalho de parto e parto foram incansáveis, senti-me acarinhada e protegida. Depois do meu filho nascer ainda o ouvi chorar e deu o último suspiro no meu peito.” E5: “Foram incansáveis. Pessoas que cuidam com um coração gigante. Eu não sabia que estava grávida, foi um choque. Houve uma enfermeira que nunca me largou a mão.” E6: “Sim, foram muito atenciosos e carinhosos.”		
--	---	--	--

Da categoria “Apoio” é unânime nos casais, que receberam apoio emocional dos enfermeiros EESMO, através das estratégias elencadas. De acordo, com a melhor evidencia científica consultada é notório que os casais aproveitam todas as oportunidades para colocar questões e que desejam receber informações claras e pertinentes sobre a perda, promovendo uma vivência facilitadora do processo de luto, reconfortando-os e atenuando a intensidade do sofrimento sentido (Robinson & E. Robinson, 2022, Martínez-Serrano et al., 2018, Forrester, 2008 e Easterwood, 2004).

Quadro 2 – Cuidado ao nado-morto por parte dos enfermeiros EESMO

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Frequência	Estratégia N° segundo a Revisão Scoping
Cuidados especializados ao nado-morto	Cuidar eficaz	E2: “Fizeram de tudo para salvar o nosso filho.” E3: “Sim, senti que foi tratado com respeito e sensibilidade, mas não acredito que está morto. Que terá acontecido?” E4: “Trataram-no sempre pelo nome dele.” E5: “Com muita gentileza.” E6: “Foi sempre cuidado pelo seu nome.”	5	10, 12, 13, 21
	Cuidar não eficaz	E1: “No momento do parto, senti que a enfermeira queria despachar a situação, sendo visível o seu desconforto.”	1	

Nesta categoria “Cuidados especializados ao nado-morto” verifica-se que apenas um casal sentiu que no processo de luto vivenciado durante o internamento, o seu filho não foi valorizado, podendo inferir-se pelo discurso apresentando, que não lhes foi oferecido tempo ambicionável para se ajustarem à realidade da morte do seu filho e assimilar a separação, assim como, não foram envolvidos na tomada de decisão sobre o modo do nascimento. De acordo com o estudo dos autores Martínez-Serrano et al. (2018) e Gottlieb (2016) os enfermeiros devem prestar cuidados autênticos em situação de perda gestacional, onde o

casal, foco dos cuidados de enfermagem, assume um papel preponderante em todo o processo de tomada de decisão.

Dois casais referiram que os seus filhos foram tratados pelo seu nome durante o processo, demonstrando um cuidar altamente diferenciado, com respeito por aquele Ser que nasceu e morreu, onde a referência ao nome nos transporta para a sua unicidade enquanto pessoa, como retratado nos estudos Ávila et al. (2020), Smith et al. (2020), Kingdon et al. (2015), Moore (2013) e Easterwood (2004).

Quadro 3 – Condições físicas do serviço na vivência do processo de luto

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Frequência	Estratégia Nº segundo a Revisão Scoping
Ambiente Hospitalar	Espaço adequado para a vivência do processo de luto	E1: “Encontro-me num quarto privativo.” E2: “Estou num quarto privado e o meu marido pode ser estar comigo.” E4: “Fiquei num quarto privativo e senti que a minha intimidade e privacidade foram respeitadas.” E5: “Estive numa sala onde a nossa privacidade foi assegurada.” E6: “Tive num quarto sozinha num serviço resguardada de outras mães que estavam com os seus bebés.”	5	1, 2
	Espaço não adequado para a vivência do processo de luto	E3: “Infelizmente, estou num quarto com outras senhoras que nem estão na mesma situação que eu.”	1	

Na categoria “Ambiente Hospitalar”, onde dentro da imensidade de aspetos que podiam ser mencionados, remeto-me para o aspeto que foi referenciado pelos casais, o quarto privado, e que na sua maioria como descrito, facilitou o processo de luto.

A importância de ter um espaço adequado e cuidado onde se assegure a privacidade, confidencialidade e intimidade destes casais é essencial para a consecução de uma vivência

do processo do luto eficaz, pois a partilha de espaços entre casais a vivenciar uma perda gestacional e outras pessoas, pode influenciar negativamente esta vivência (Siassakos et al., 2017).

Quadro 4 – Estratégias providenciadas pelo enfermeiro EESMO no processo de luto

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Frequência	Estratégia N° segundo a Revisão Scoping
Estratégias de <i>Coping</i>	Estratégias de <i>Coping</i> eficaz	E1: “Apoio da psicóloga, apoio ao longo do parto, iam explicando tudo o que ia acontecendo e dando medicação para a dor, e agora deram-nos informações antes de irmos para casa, nomeadamente ao nível do leite materno.” E2: “Ouviram-nos, tivemos apoio psicológico, inclusive a visita da psicóloga, ver o nosso bebé e segurá-lo ao colo e aconselharam-nos a fazer autópsia para melhor planeamento de uma futura gravidez.” E3: “Ainda não compreendo o que aconteceu e estão me sempre a explicar e a esclarecer dúvidas que tenho. Eu queria muito ver o meu filho, mas tinha receio e não quis pegar. Antes de o ver, explicaram-me como ele se encontrava porque tinha na cara e braços, umas feridas parecidas a pele escamada. Porque estaria assim?” E4: “Desde o apoio incondicional, à sensibilidade com que me acolheram, a medicação para as	6	9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 28, 3, 33

		dores, apoio da psicóloga, fazerem a impressão dos pés do meu filho para ficar com essa recordação. Foi me dada também informações para ir para casa acerca do leite materno e também sobre o funeral, mas decidimos que não queremos fazer.” E5: “Essencialmente foi oferecido apoio psicológico.” E6: “Tive sempre a companhia e apoio do meu marido, que para mim é essencial. Os enfermeiros ofereceram-nos apoio psicológico e também apoio da psicóloga. Foi uma decisão difícil porque o bebé tinha uma malformação grave no coração. Agora, o importante é focar-me no meu outro filho (irmão gémeo).”		
	Estratégias de <i>Coping</i> não eficaz	E1: “Aconselharam-nos a não ver o bebé porque ele tinha algumas alterações na pele.”	1	

Na categoria “Estratégias de *Coping*” todos os casais sentiram que lhes foram providenciadas estratégias de *coping* na vivência do processo de luto, durante o internamento hospitalar. No discurso de um dos casais foi também explanado, que foram aconselhados a não ver o seu filho, pelo que, foi considerado como uma estratégia de *coping* não eficaz. A evidência científica atual consigna que o enfermeiro deve incentivar ativamente os casais a verem o seu bebé, desmistificando previamente medos e receios sentidos, através da descrição das características da temperatura e aparência do nado-morto, pois a oportunidade de contato é limitada e definitiva, contudo, a decisão final é sempre dos casais (Hackett & Beresford, 2021; Ávila et al., 2020; Smith et al., 2020; Kingdon et al., 2015; Moore, 2013; Forrester, 2008).

Esta categoria, vem enaltecer a importância do enfermeiro EESMO na vivência positiva do processo de luto dos casais que sofrem uma perda gestacional, assim como, a formação dos pares na temática, para que seja adotada a conduta mais adequada e exemplar, por todos os profissionais de saúde, no cuidar do casal em gestão de luto por perda gestacional (Boyle et al., 2020; Kalu et al., 2019; Kingdon et al., 2015).

Quadro 5 – A estratégia mais útil considerada pelos casais em processo de luto durante o internamento

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Frequência	Estratégia Nº segundo a Revisão Scoping
Estratégia de <i>Coping</i>	Estratégia de <i>Coping</i> mais útil	E1: “Ver o meu bebé e tirar-lhe uma fotografia.”	6	18
		E2: “Segurar o meu filho e poder dar-lhe um beijinho e dizer que o amava muito.”		
		E3: “Ver o meu filho.”		
		E4: “Poder receber o um filho nos braços e peito.”		
		E5: “O aperto de mão daquela enfermeira, ela não me dizia nada, mas teve sempre ali e isso fez a diferença.”		
		E6: “Ter o meu marido em todos os momentos.”		

Conclui-se que, a estratégia significativa mais referenciada pelos casais no processo de lutos, aquando do internamento hospitalar foi o contacto visual ou físico com o seu filho.

Sendo o primeiro objetivo da intervenção clínica no âmbito da perda gestacional, promover a aceitação da realidade da perda, estas estratégias referidas pelos casais vêm validar a concretização deste propósito. Salienta-se que o casal precisa de tempo para tomar este tipo de decisões não devendo ser pressionado, nem apressado. E, deve ser dada também, a oportunidade de repensar algumas opções, e em circunstância alguma deve ser imposta aos casais. Embora a pessoa não tenha o poder de controlar os acontecimentos que surgem na sua vida, possui a capacidade de escolher como quer reagir perante eles e qual a importância que lhes atribui. Assim, procura-se estimular a aceitação da situação e a adaptação às circunstâncias para a vivência positiva de um processo de luto (Nazaré et al., 2010).

Em síntese, pode inferir-se que este era o discurso da amostra sobre as questões realizadas. Mais achados poderiam trazer mais contributos importantes à prática e à investigação.

Tendo por base a amostra retratada neste estudo, e fazendo um paralelismo com os pressupostos do “Cuidar Baseado nas Forças” de *Gottlieb* (2016), verifica-se ainda, que o

planeamento de cuidados ao casal em gestão de luto por perda gestacional é realizado na centralidade das necessidades dos casais, pois os enfermeiros obstetras “apoiam o que está a funcionar bem”, procurando estratégias, técnicas e ferramentas para identificar as forças e mobilizá-las para facilitar a vivência do processo de luto, de modo, a ajudá-los a adaptarem-se e a transformarem-se nos desafios presentes.

3. REFLEXÃO SOBRE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da OE (2019), os cuidados de saúde de excelência requerem, cada vez mais, maior exigência técnica e científica, sendo a especialização e a diferenciação, uma realidade que acompanha grande parte dos profissionais de saúde. Deste modo, ao enfermeiro especialista identifica-se a “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (p. 4744), compreendendo dimensões “da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente” (p. 4744) que vise apoiar a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

O desenvolvimento de competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista seja dotado de um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades que lhe permite, na sua prática diária, identificar as necessidades de uma população específica e atuar nos diferentes contextos das suas vidas e nos diferentes níveis de prevenção (OE, 2019).

Este terceiro capítulo integra a análise reflexiva do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, enquanto futura enfermeira especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Mestre nos diferentes contextos clínicos, enfatizando as aprendizagens que emergiram, tendo como referência, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro EESMO (Regulamento n.º 391/2019), as Competências Essenciais para a Prática de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ICM, 2019) e as competências de grau de Mestre. Aliado a todo este processo esteve constante o referencial teórico, “O Cuidar Baseado nas Forças” de *Laurie Gottlieb* (2016), assim como, a mais recente evidência científica.

3.1. Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro EESMO: Percurso de Aquisição de Competências

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da OE (2019), as competências comuns do enfermeiro especialista são “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p. 4745).

Estas estão enquadradas em quatro domínios, sendo eles, responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Nestes domínios predominam as dimensões técnica, científica, relacional e ética como elementos integrantes do campo do conhecimento (OE, 2019). E envolvem também, as dimensões da “educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (p. 4744).

A filosofia de cuidados de enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica assenta num modelo de cuidados centrado na Mulher. Esta filosofia enfatiza o cuidado holístico que atende à compreensão da Mulher, considerando-a no seu todo (abrangendo as suas dimensões social, emocional, cultural, espiritual, psicológica e física/biológica), ao longo do seu ciclo reprodutivo. Dá ainda ênfase à importância da escolha informada, da Mulher empoderada pelo enfermeiro EESMO, capaz de tomar decisões e fazer escolhas em liberdade e responsabilidade, de modo a promover a sua saúde e bem-estar bem como promover uma consciência de saúde dos seus semelhantes, como o estado de saúde do feto, durante a gravidez (OE, 2015).

Define-se como Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo segundo o Regulamento n.º 391/2019, a “entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade” (p.13561), que deve ser compreendida numa “perspetiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve” (p.13561), composto pela componente humana, física, política, económica, cultural e organizacional, e numa “perspetiva coletiva como grupo-alvo entendido como o conjunto das Mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns” (p.13561).

No decorrer dos ensinamentos clínicos, nos diversos contextos de prestação de cuidados, foi promovido o desenvolvimento do domínio responsabilidade profissional, ética e legal na prestação de cuidados às mulheres e suas famílias, agindo de acordo com as normas legais, Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015) e REPE (2015b), respeitando os direitos humanos, notadamente, a Convenção Europeia dos Direitos do Homem e a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (OE, 2019), explanando todos os cuidados de enfermagem prestados, esclarecendo possíveis dúvidas e respeitada a privacidade de cada mulher e família durante o exercício das funções desempenhadas.

Também as orientações tutoriais realizadas durante os ensinamentos clínicos, assim como, os momentos de aprendizagem com as enfermeiras orientadoras e equipa multidisciplinar permitiram uma análise reflexiva sobre a conduta, assente nos quatro princípios éticos, autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, com o intuito de nortear a prática clínica e melhorar o processo de tomada de decisão e cuidados prestados, assegurando sempre o

superior interesse da mulher e família, nomeadamente, no contexto tão particular de perda gestacional.

Na realização do projeto, foram tidos em consideração, todos os pressupostos éticos e legais subjacentes à sua implementação e garantido o sigilo profissional, a confidencialidade e anonimato dos participantes.

Relativamente ao domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, o enfermeiro especialista tem “um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (Regulamento n.º 140/2019, p.4747) fomentando o desenvolvimento de projetos, participando no seu planeamento a implementação, com vista à melhoria contínua dos cuidados prestados, assim como, ao aumento da qualidade (OE, 2019). A necessidade identificada de criar uma equipa diferenciada no processo de luto em situação de perda gestacional na instituição e reconhecida a carência de formação nesta área, foram os elementos chave para a criação do projeto nesta temática, com o intuito de planejar, liderar, operacionalizar e melhorar os cuidados prestados a estes casais, contribuindo para a evidência científica, o que permitiu adquirir as competências suprarreferidas.

O enfermeiro EESMO contribui para “a melhoria da qualidade das condições assistenciais à mulher ao longo do ciclo de vida, ao recém-nascido e família e consequentemente para a redução da morbilidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal” (OE, 2015, p.1).

De forma a promover um ambiente seguro e terapêutico nos cuidados prestados à mulher e família nos diferentes ensinamentos clínicos, respeitando a sua individualidade e particularidade, garantiu-se a prevenção de acidentes e a gestão de risco inerente à profissão, através do cumprimento da missão e dos valores institucionais, das normas e diretrizes internas em vigor nos diferentes serviços, utilizando os equipamentos de proteção individual adequados e executando os protocolos de controlo de infeção vigentes.

Após a análise reflexiva da conduta demonstrada, considera-se que as competências deste domínio foram alcançadas, concretizando uma prática profissional segura para os profissionais de saúde e para as mulheres e famílias cuidadas.

No âmbito do domínio da Gestão dos Cuidados, conforme a OE (2019) menciona, o enfermeiro especialista adequa a liderança e a gestão dos recursos ao contexto e situações, de modo, a garantir a segurança e qualidade dos cuidados.

Ao longo dos ensinamentos clínicos foi perceptível a necessidade de adaptação aos estilos de liderança em cada contexto clínico. Dado o elevado nível de competência exigido, bem como, de responsabilidade inerente, não foi possível durante os ensinamentos clínicos desempenhar decisões a este nível, no entanto, através da aprendizagem com as enfermeiras EESMO orientadoras e outros elementos de referência da equipa de enfermagem dos distintos serviços, foi possível verificar diversas formas de gestão de cuidados e diferentes

estilos de liderança, atendendo à especificidade de cada equipa, contexto e população alvo de cuidados. O reconhecimento dos papéis e funções de cada elemento da equipa de enfermagem foi fundamental para a gestão das respostas e dos recursos disponíveis para fazer face a uma contingência. Por conseguinte, a delegação de tarefas e a sua supervisão, manifestou-se como essencial para um planeamento, coordenação e organização adequados. Deste modo, consideram-se concretizadas as competências deste domínio.

Por fim, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista “demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749). Com a realização dos ensinamentos clínicos e do projeto foi possível desenvolver o autoconhecimento, através da autoconsciência enquanto pessoa e profissional, reconhecendo os principais recursos e limites.

É referido ainda, que o enfermeiro especialista “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749).

Baseando a minha praxis clínica na evidência científica, contribuiu-se para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem, através da concretização da revisão *scoping*, mapeando o estado da arte da temática em estudo, sendo a identificação de estratégias promotoras do cuidar do casal em gestão de luto por perda gestacional, uma contribuição valiosa, para uma enfermagem de nível avançado (OE, 2019).

Deste modo, considera-se assim, adquirida esta competência de enfermeiro especialista que proporciona um enriquecimento tanto a nível pessoal, como profissional.

Conforme o Regulamento n.º 391/2019, o perfil de competências específicas do enfermeiro EESMO “integra junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar” (p.13560).

Como descrito no Regulamento n.º 391/2019, o enfermeiro EESMO assume na sua prática clínica, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, que envolva processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, que cinja a processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2019). E, é o profissional a quem são reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitem realizar a vigilância de saúde da mulher ao longo do ciclo reprodutivo, a vivenciar processos de saúde/doença nos períodos pré-concepcional, pré, intra e pós-natal e ao recém-nascido até ao 28º dia de vida, assim como no âmbito da Educação Sexual, Planeamento Familiar, Ginecologia, Climatério e Saúde Pública (Parecer MCEESMO Nº03 / 2010).

De forma a retratar o percurso de aprendizagem enquanto enfermeira EESMO, apresenta-se de seguida a análise e reflexão das situações da prática clínica desenvolvidas, de acordo, com as seguintes áreas de intervenção relativas às competências específicas do enfermeiro EESMO. Em Anexo VI, revelo a síntese do registo das atividades práticas realizadas durante o estágio com relatório.

3.1.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período preconcecional e pré-natal

O Regulamento n.º 391/2019 afirma que o enfermeiro EESMO cuida da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período preconcecional e durante o período pré-natal, “estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade” (OE, 2019, p. 13561), e de forma, “a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal (OE, 2019, p. 13562). Tal como, a ICM (2019) assegura que o enfermeiro EESMO detém competências específicas durante o período preconcecional e pré-natal e, por conseguinte, desempenhe *“health assessment of the women and fetus, promotion of health and well-being, detention of complications during pregnancy and care of women with an unintended pregnancy”* (p.4).

Os cuidados de saúde primários retratam o primeiro nível de serviços de saúde pessoais na comunidade, garantindo cuidados acessíveis, contínuos e completos para as necessidades de saúde ao longo da vida de um indivíduo e sua família. Atendem às suas necessidades de saúde imediatas e a longo prazo, e não apenas em resposta a um conjunto de doenças específicas (OE, 2020). Desta forma, asseguram que as pessoas recebam cuidados completos, de acordo com as suas necessidades de saúde, desde a promoção e prevenção ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, durante toda a vida (OMS, 2021).

Em contexto de cuidados de saúde primários, o ensino clínico decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Neste contexto os principais alvos da prestação de cuidados de enfermagem são a tríade mãe-pai-bebé, onde se prestam cuidados individualizados e especializados que atendem às necessidades da família, durante o período pré-natal, através da capacitação e empoderamento da mulher e família mediante a participação no curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade (PNP) e durante o período pós-natal, auxiliando o casal no processo de transição e de adaptação na Parentalidade, aconselhando e apoiando a família para a amamentação, e o esclarecimento de dúvidas que surjam em relação aos cuidados com o RN e ao autocuidado da mulher no pós-parto.

O Curso de PNP consiste num conjunto de atividades teórico e/ou práticas dirigidas à grávida/casal/família, com a finalidade de lhe proporcionar a aquisição e validação de conhecimentos e competências necessárias ao autocuidado da mulher grávida, a uma vivência positiva de trabalho de parto, aos cuidados ao RN e autocuidado da mulher no pós-parto, bem como à promoção do exercício de uma parentalidade positiva e consciente por parte do casal (Norma do Curso de PNP – UCC Faro, 2019).

As sessões de educação para a saúde são lecionadas por uma vasta equipa multidisciplinar constituída pela enfermeira EESMO, enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, psicóloga, higienista, nutricionista, fisioterapeuta e assistente social. Esta diversidade de profissionais diferenciados nas distintas áreas de atuação, contribui para a valorização do curso.

A participação no Curso de PNP permitiu desenvolver competências na vivência da gravidez, trabalho de parto, parto e transição para a parentalidade positiva, mediante as atividades praticadas.

Através das consultas de iniciação ao Curso PNP entre as 23/24 semanas, que consistem essencialmente, em conhecer a grávida/casal e os seus desejos e expectativas para o decurso do mesmo, beneficiou-se de todas as oportunidades para realizar uma consulta de vigilância de gravidez de acordo com a idade gestacional de cada grávida, segundo o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (2015), e efetuar alguns exames obstétricos como as Manobras de Leopold, monitorização da frequência cardíaca fetal (FCF) através do doppler e monitorização da altura uterina, avaliando o “bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados” (Regulamento n.º 391/2019, p.13562) e determinando “a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto” (Regulamento n.º 391/2019, p.13562).

Em Portugal, a inclusão de um programa nacional de vigilância da gravidez enquadrada numa Rede de Referência Materno-Infantil e na articulação do trabalho realizado nos Cuidados de Saúde Primários e nos Cuidados Hospitalares, constituíram marcos decisivos para o sucesso alcançado (DGS, 2015).

De acordo com a DGS (2015), o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco parte do conceito de gravidez como uma oportunidade para promover um futuro mais saudável da população desde o início do ciclo de vida. Para além dos temas frequentes quando se fala em gravidez, como preparação para o parto, parentalidade e aleitamento materno, neste Programa são também abordados temas como alimentação, atividade física, saúde oral, sexualidade durante a gravidez, tabagismo, álcool e substâncias psicoativas e segurança rodoviária.

Nas consultas de vigilância de gravidez do final segundo trimestre e início do terceiro trimestre, que se efetivaram até às 28 semanas de gestação, abordou-se a gestão dos sintomas e desconfortos associados à gravidez, promovendo uma vivência feliz e adaptativa

(Sequeira et al., 2020); incentivou-se as grávidas a realizarem caminhadas frequentes; a evitarem usar roupas apertadas, principalmente as que façam compressão nos membros inferiores; a elevarem os membros inferiores frequentemente, favorecendo o retorno venoso; a lateralizarem-se em decúbito esquerdo para prevenção de dispnéia e edemas dos membros inferiores; a adotarem refeições leves (sobretudo à noite); referiu-se também às grávidas, a importância de mictarem mais vezes durante o dia mesmo que não tenham vontade para prevenção da nictúria; e que privilegiem diariamente opções alimentares mais saudáveis, diminuindo a ingestão de sal e açúcares para prevenção de complicações como a hipertensão gestacional e diabetes gestacional; na consulta era efetuado o índice de massa corporal (IMC), e quando detetada uma grávida com excesso de peso ou obesidade era de seguida referenciada, para a consulta com a nutricionista; reforçou-se também, sinais de alerta a recorrer ao serviço de urgência e sinais de parto pré-termo bem como, a importância da comunicação intrauterina através da vinculação entre a tríade (conversar com o bebé e acariciar o abdómen); abordou-se ainda, a prova de tolerância à glicose oral (PTGO) e profilaxia da isoimunização RhD, quando aplicável (Nené et al., 2016) e promoveu-se espaço para esclarecimento de dúvidas e partilha de sentimentos experienciados, tais como desmitificação de crenças em relação à sexualidade do casal, indo de encontro ao referido no Regulamento n.º 391/2019 (2019, p.13562), “providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal”, “informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez” e “informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco”.

Estas transições e transformações vividas pelos casais durante a gravidez são individuais e únicas. Porque todas as gestações são diferentes, mesmo quando vividas pela mesma mulher, em diferentes circunstâncias ao longo do tempo (DGS, 2015). Assim, cabe a todos os profissionais que vigiam grávidas, definir o melhor plano para vigiar uma gravidez em parceria colaborativa, pois a gravidez e o nascimento devem ser vivenciados pelo casal como experiências positivas e humanizadas. É essencial que os cuidados sejam centrados na mulher, no bebé e na família (Sequeira et al., 2020).

Em relação às atividades desenvolvidas referentes ao curso de PNP, realizaram-se duas sessões de educação para saúde, respetivamente sobre o Papel do Pai/Companheiro durante o ciclo perinatal – gravidez, parto e pós-parto (Apêndice XVII) e sobre o Aleitamento Materno (Apêndice XVIII), criou-se um folheto sobre o Papel do Pai/Companheiro (Apêndice XIX), e, efetuou-se também, um vídeo sobre a demonstração do banho do RN, para enviar aos casais participantes no curso PNP, pois detetou-se que era um tema que lhes suscitava muitas preocupações e dúvidas. Verificou-se que participação no curso PNP contribuiu para alcançar as competências descritas no Regulamento n.º 391/2019 (2019, p.13562) “promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade”, “concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa

e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável” e “concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção do aleitamento materno”.

Houve também oportunidade de participar em três consultas para a elaboração do Plano de Nascimento, promovendo o plano de parto, aconselhando e apoiando a mulher na sua decisão (Regulamento n.º 391/2019, p.13562).

Segundo a OMS, todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e parto, tal como o direito de estar livre da violência e da discriminação (OMS, 2014). Desta forma, todas as mulheres e RN devem estar protegidos contra intervenções e procedimentos desnecessários e não baseados na evidência científica e em práticas que não sejam respeitadoras da sua cultura, dignidade e integridade física (DGS, 2020).

O consentimento informado, livre e esclarecido nestes assuntos, significa não apenas a possibilidade de execução de escolhas feitas pelos casais, sempre que as condições de proteção de saúde e vida da grávida e feto o permitam, mas também o direito à informação quanto aos motivos de decisão exigidas pelos preceitos da boa prática clínica (DGS, 2020).

Neste sentido, ganha relevância o apoio que os profissionais de saúde possam prestar às mulheres/casais quanto à projeção das suas expectativas e preferências e quanto à forma como gostariam que o parto e o nascimento venham a ocorrer (DGS, 2020). A grávida na consulta manifestava as suas expectativas e preferências e de acordo com o modelo de Plano de Nascimento da DGS, ajudava-se a concretizar o do casal, com a supervisão da enfermeira EESMO. “Ajudar a ponderar, expressar e documentar, por escrito, preferências face ao parto e ao nascimento constitui uma forma de prestação de cuidados às mulheres e casais” (DGS, 2020, p. 14).

Face ao explanado, uma assistência pré-natal de qualidade é essencial para manter a saúde da grávida, facilitar as vivências da gravidez como uma experiência gratificante para o casal e família, estando esta inserida no seu contexto sociocultural e promover o nascimento de um recém-nascido saudável (Sequeira et al., 2020).

De acordo com a recomendação da OE (2015), o enfermeiro EESMO é o profissional mais diferenciado na área da Enfermagem para a vigilância da saúde reprodutiva da mulher, nomeadamente na gravidez, parto e pós-parto.

Face à reestruturação dos cuidados de saúde primários, a vigilância da gravidez passou a ser realizada pela equipa de enfermagem das Unidades de Saúde Familiar (USF) e das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), sendo a vigilância da gravidez realizada por um enfermeiro de cuidados gerais e não por um enfermeiro EESMO como recomendado.

Por conseguinte, realizou-se um turno numa USF, e assistiu-se a duas consultas de vigilância da gravidez de idade gestacional semelhante (27 e 28 semanas de gestação), de

modo a beneficiar de outra visão das consultas da vigilância da gravidez executada por uma enfermeira de cuidados gerais e refletiu-se sobre a sua concretização. A equipa de enfermagem de cada USF teve formação com os enfermeiros EESMO da UCC, e embora não tenham competências profissionais para a realização das mesmas, constatou-se que a enfermeira de cuidados gerais, ao longo destes anos desenvolveu habilidades de modo a dar resposta ao preconizado numa consulta de vigilância da gravidez segundo o Programa Nacional para a Vigilância de Gravidez de Baixo Risco (2015), conseguindo abordar os assuntos principais e relevantes para cada grávida, de acordo com a sua idade gestacional.

A participação nestas consultas foram benéficas, para desenvolver as competências técnicas, relacionais e comunicacionais, numa perspetiva de compreensão acerca do impacto que esta nova vivência tem na vida destas mulheres e casais, capacitando-os e empoderando-os.

No âmbito hospitalar, no serviço de internamento, as patologias da gravidez contactadas na prática clínica foram: Rotura Prematura de Membranas (RPM), Diabetes Gestacional (DG), Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT), Ameaça de Aborto Tardio, Placenta Prévia Total, Hemorragia do 3º Trimestre, Restrição do Crescimento Fetal (RCF), Hipertensão Gestacional, Pré-Eclâmpsia (PE), Hidrâmnios, Oligoâmnios, Prolapso da Bolsa, Trombocitopenia gestacional e Colestase gravídica. Houve também grávidas internadas para indução do trabalho de parto e com inícios de trabalho de parto, interrupção médica da gravidez, por pielonefrite e síndrome de abstinência por consumo de droga (haxixe).

As intervenções de enfermagem realizadas às grávidas com estas patologias no internamento, passaram por, em caso de RPM com duração superior a 18h, a avaliação clínica da grávida (perda de líquido amniótico), avaliação dos sinais vitais, nomeadamente a temperatura corporal e administração de antibioterapia profilática, de acordo com a prescrição médica, no caso de RPM pré-termo. Não está recomendada a realização de antibioterapia profilática na RPM de termo (ACOG, 2020). As complicações mais comuns na RPM são ocorrência de parto pré-termo, infeção materna (corioamnionite, endometrite), infeção neonatal, descolamento prematuro da placenta normalmente inserida e prolapso do cordão umbilical (Graça, 2017).

Na presença de grávidas com DG realizava-se educação para a saúde dos hábitos alimentares, prática regular de exercício físico e controlo metabólico, através da avaliação da glicémia capilar à grávida. Qualquer tipo de diabetes na gravidez, uma vez não controlada tem repercussões nefastas materno-fetais, como morte fetal, pré-eclâmpsia, hidrâmnios, macrosomia, traumatismos de parto, dificuldade respiratória e hipoglicémia do recém-nascido, originando assim consequências do controlo metabólico deficiente (Graça, 2017).

Em situação de APPT, foram adotadas medidas preventivas, tais como: repouso no leito, abstinência sexual, tocólise para suprimir a contractilidade uterina, corticoides para maturação pulmonar fetal e neuroprotecção fetal, quando necessário. Os fármacos tocolíticos

protocolados no serviço onde realizei o ensino clínico são o Atosiban e Nifedipina, e o corticoide protocolado para maturação pulmonar fetal (até às 34 semanas e 6 dias), a Dexametasona. A administração de corticoides a grávidas em risco de parto pré-termo iminente é das estratégias mais importantes para a diminuição da mortalidade e morbidade neonatal secundárias à prematuridade (diminuição do risco de síndrome de dificuldade respiratória, necessidade de suporte ventilatório, hemorragia intraventricular, enterocolite necrotizante e infecções sistêmicas neonatais nas primeiras 48 horas de vida (ACOG, 2017). Para a realização de neuroprotecção fetal (≤ 32 semanas de gestação) o fármaco utilizado é o sulfato de magnésio. A paralisia cerebral é a principal causa de disfunção neurológica nas crianças, sendo a prematuridade e o baixo peso à nascença os principais fatores de risco para o seu desenvolvimento, deste modo, existe evidência científica de que a exposição *in utero* ao sulfato de magnésio, em recém-nascidos prematuros, parece diminuir a incidência e a gravidade da paralisia cerebral (Himes, 2021).

Na prestação de cuidados à grávida com APPT, o reforço de sinais de alarme para recorrer à equipa de enfermagem, como algias pélvicas (constantes ou intermitentes), lombalgias (constantes ou intermitentes), pressão pélvica, algias abdominais, modificação/aumento do fluxo vaginal (mucoso, fluido, por vezes hemático) e contrações uterinas (dolorosas ou não) foi uma constante no ensino clínico (Graça, 2017; Nené et al., 2016). Quando detinham algum sinal de alarme supracitado era comunicado à equipa médica e realizado tocograma para avaliação da dinâmica uterina antes das 30 semanas de gestação, ou cardiotocografia (CTG), a partir das 30 semanas durante 30 minutos (Sequeira et al. 2020; ACOG, 2020).

Nas situações de ameaça de aborto tardio, as intervenções de enfermagem passaram por promover o repouso da grávida, abstinência sexual “por acreditar que as prostaglandinas do líquido seminal e a ocitocina libertada durante a estimulação dos mamilos podem aumentar as contrações uterinas e agravar o quadro clínico” (Alves et al., 2010, p.112-113) e administração de terapêutica hormonal como a progesterona via vaginal. A progesterona prepara o endométrio para a implantação do embrião e mantém o útero relaxado, e também aumenta a concentração plasmática do fator bloqueador dos linfócitos, que é imunomodular, antiabortivo e melhora a vascularização uterina (Alves et al., 2010). “A utilização da via vaginal oferece concentrações mais elevadas no útero e menores, porém mais constantes, na corrente sanguínea” (Alves et al., 2010, p. 113).

As intervenções de enfermagem planeadas e implementadas às grávidas com hemorragia do 3º trimestre e em situações de grávidas com placenta prévia total foram a promoção do repouso no leito (absoluto, em caso de placenta prévia total), avaliação dos sinais vitais, avaliação do bem-estar materno-fetal através da realização de CTG e avaliação de perdas sanguíneas vaginais. O toque vaginal está contraindicado, uma vez que, mesmo sendo realizado com o maior cuidado, pode despoletar uma hemorragia extremamente

abundante, com risco hipovolémico materno e morte fetal (Graça, 2017). Tendo em conta as semanas de gestação assim se pondera a realização de maturação pulmonar fetal e neuroprotecção fetal, e o tipo de tratamento em situação de placenta prévia total – conservador e atitude expectante (antes da 37^a semana de gestação) ou imediato, dependendo da gravidade da hemorragia, realização de cesariana emergente (Gasparetto & Fernandes, 2015).

A avaliação fluxométrica é a ferramenta mais valiosa na monitorização dos fetos RCF, com o objetivo de definir os fetos em risco de compromisso cardiovascular e, assim, permitir a determinação do momento certo para interromper a gravidez (Graça, 2017). “O objetivo da vigilância fetal nas situações de RCF consiste em evitar, por um lado a morte *in utero* e, por outro, a deterioração irreversível do estado fetal” (Graça, 2017, p. 361). As intervenções de enfermagem passavam por avaliar essencialmente o bem-estar materno-fetal através do CTG.

A gravidez pode induzir hipertensão arterial (HTA) em mulheres anteriormente normotensas ou agravá-la em grávidas com HTA preexistente à gestação. A HTA é a complicação médica da gravidez mais comum (Graça, 2017), e a pré-eclâmpsia (PE) é caracterizada pelo aparecimento de HTA associada a proteinúria e/ou edema patológico (de tipo nefrótico), após a 20.^a semana de gravidez em mulheres previamente normotensas. Eclâmpsia designa o quadro de pré-eclâmpsia complicado por convulsões ou coma, desde que estejam excluídas outras causas, como epilepsia (Graça, 2017).

As intervenções de enfermagem a grávidas com hipertensão gestacional e PE consistiram na avaliação dos sinais vitais, nomeadamente a tensão arterial de forma seriada em função da gravidade (segundo os critérios classificativos da HTA revistos pela ACOG (2013)), presença de sinais e sintomas de gravidade (cefaleias, epigastralgias e perturbações visuais), monitorização da diurese e proteinúria, avaliação do edema, avaliação do bem-estar materno-fetal através do CTG, administração da terapêutica anti hipertensora e profilaxia das convulsões e avaliação dos seus efeitos secundários, nomeadamente a intoxicação por sulfato de magnésio (Nené et al., 2016). Tendo em conta as semanas de gestação, assim, se ponderava a realização de maturação pulmonar fetal e neuroprotecção fetal. Associado a estas vigilâncias, avaliava-se o controlo dos parâmetros clínicos e laboratoriais, “reveladores da associação da pré-eclâmpsia com a disfunção de vários órgãos” (Graça, 2017, p. 425).

Procedeu-se à avaliação da glicémia, para despiste de diabetes, na grávida com hidrâmnios, avaliou-se o bem-estar materno-fetal através do CTG, vigiou-se os desconfortos maternos e administrou-se terapêutica medicamentosa prescrita pelo obstetra, quando necessário. O momento do parto dependerá da etiologia e da sintomatologia materna. A gravidez é interrompida geralmente em casos de sintomatologia materna severa ou complicações obstétricas que comprometam o bem-estar materno-fetal (Garrido et al., 2019).

Às grávidas com oligoâmnios era abordado o reforço hídrico oral. Em oligoâmnios isolados, a hidratação oral materna é mais efetiva do que a hidratação venosa (Garrido et al., 2019). “Dados disponíveis sugerem que a hidratação oral materna possa ser segura, bem tolerada e útil e na estratégia de aumentar o volume de líquido amniótico” (Garrido et al., 2019, p. 50). Era também avaliado o bem-estar materno-fetal através do CTG, vigiadas perdas de líquido amniótico e realizado antibioterapia conforme prescrição médica, em caso de RPM.

Repouso no leito, abstinência das relações sexuais ou colocação de um pessário cervical são atitudes não cirúrgicas para tratar a insuficiência cérvico-istmica e a cerclagem cervical, a intervenção cirúrgica, que pode ser programada (profilática), urgente (encurtamento do colo $\leq 20\text{mm}$) ou de emergência (gestante muito longe de termo ≤ 26 semanas com colo em processo de dilatação 1-4cm) (Atalaya et al., 2018; Graça, 2017). No internamento houve uma grávida de 26 semanas e 6 dias de gestação com Prolapso da Bolsa Amniótica, em que os obstetras optaram por realizar a colocação de um pessário anel de arabin. As intervenções de enfermagem passaram pela promoção de repouso absoluto no leito, avaliação do bem-estar materno-fetal, realização do protocolo de maturação pulmonar fetal e neuroprotecção fetal com sulfato de magnésio.

Na situação de trombocitopenia gestacional, a sua fisiopatologia é desconhecida, mas pensa-se como causa possível um incremento na destruição fisiológica das plaquetas (Graça, 2017). O diagnóstico deve ser encarado se a trombocitopenia surge no 3.º trimestre, se é ligeira ($> 70\ 000/\text{mm}^3$), se não se agrava em determinações seriadas, se desaparece até à 12.ª semana após o parto, se a grávida não apresenta diagnósticos de PE ou de discrasia hemorrágica, nem história prévia de trombocitopenia e se não há associação com trombocitopenia neonatal. A grávida com trombocitopenia gestacional de 37 semanas e 1 dia tinha plaquetas de $75\ 000\ \text{mm}^3$. Avaliou-se o bem-estar materno-fetal através do CTG e administrou-se o anti-inflamatório esteroide Prednisolona 80 mg, conforme prescrição médica do obstetra.

Em grávidas com colestase gravídica, efetuou-se a avaliação do bem-estar materno-fetal através do CTG, avaliou-se a sintomatologia materna como prurido generalizado, mais especificamente nas palmas das mãos e dos pés e administrou-se a terapêutica para a sintomatologia materna. “Entre as opções medicamentosas, o uso do ácido ursodesoxicólico parece ser a melhor, favorecendo melhoria do prognóstico perinatal” (Souza et al., 2014, p. 39).

A monitorização da FCF com doppler foi inerente a todas as grávidas internadas no serviço, realizando-se 3x ao dia, antes de transferir uma grávida para o bloco de partos, aquando do momento da alta e sempre que necessário. Bem como, a avaliação biopsicossocial da grávida, promovendo o *empowerment* e adotando uma parceria colaborativa, contribuindo desta forma, para a prestação de cuidados de enfermagem

holísticos, atendendo a todas as suas dimensões para garantir a saúde e o bem-estar (Gottlieb, 2016).

Prestou-se também cuidados a grávidas em situação de abortamento, identificando e monitorizando, implementado e avaliando o trabalho de abortamento, com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto (OE, 2019), pondo em prática o projeto desenvolvido na instituição.

Perante o abortamento de fetos inviáveis, o parecer da comissão de ética da reprodução humana da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) referentes a fetos portadores de malformações graves, considera que toda a mulher tem o direito a escolher interromper a gravidez (Afonso, 2010).

Neste período de grande vulnerabilidade vivenciada pelo casal, providenciou-se apoio psicológico, demonstrou-se disponibilidade para a partilha de sentimentos, de modo a proporcionar presença autêntica e empatia (Ávila et al., 2020; Martínez-Serrano et al., 2018; Siassakos et al., 2017; Moore, 2013; Forrester, 2008, Easterwood, 2004), bem como implementou-se outras estratégias potenciadoras da capacidade de resposta do casal na aceitação da inevitabilidade da perda, com o intuito de fomentar a vivência de um processo de luto resolvido e não patológico, como ver o seu bebé, tirar uma fotografia, realização da caixa de memórias, e certidão de amor eterno com impressão das mãos e/ou pés do nado-morto.

A componente da relação e da humanização destes cuidados é evidente e essencial para as pessoas que vivenciam particularmente estas situações de perda gestacional.

Foram também prestados cuidados de enfermagem em relação à indução do trabalho de parto, tais como avaliação da apresentação fetal e tamanho do bebé através das Manobras de Leopold, toque vaginal, implementação de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, promovendo a liberdade de movimentos e posições, incentivo ao uso da bola de pilates, hidroterapia e musicoterapia no decorrer do 1.º estágio do trabalho de parto.

Assistiu-se ao primeiro Simpósio de Medicina Materno-Fetal do CHUA, que decorreu na Unidade de Faro, nos dias 4 e 5 de Novembro de 2021, como referenciado anteriormente no subcapítulo 2.2. e Anexo I.

No simpósio foram abordados vários temas de relevo para a prática de medicina materno-fetal e revisão de protocolos atualizados. As temáticas abordadas foram a Prematuridade, Gravidez Múltipla, Diabetes e gravidez, Hipertensão e gravidez, Tireoide e gravidez, Trombofilias e Trombose Venosa na gravidez, e Infecções e gravidez.

A participação neste simpósio consolidou conhecimentos teóricos referentes ao contexto de Medicina Materno-Fetal e permitiu integrar as atualizações nos protocolos existentes, funcionando o mesmo como um elemento facilitador no decorrer da prática, no ensino clínico e aquisição de competências do enfermeiro EESMO.

Em todos os momentos de aprendizagem supramencionados, atesta-se que foram alcançadas as competências específicas do enfermeiro EESMO previstas no Regulamento n.º 391/2019 e ICM (2019) pois demonstrou-se o empenho e responsabilidade inerente à prática do enfermeiro EESMO, procurando prestar cuidados de acordo com os princípios éticos e valores orientadores da profissão, estabelecendo uma relação de ajuda com a mulher/casal durante o período pré-natal, com base na confiança, respeito e empatia, capazes de favorecer momentos de partilha de medos, receios e preocupações, proporcionando a oportunidade e a capacitação dos mesmos, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal (Gottlieb, 2016; Pontes et al., 2008).

No ensino clínico realizado na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia foi promovida a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcepcional, contribuindo para o diagnóstico e prevenção de complicações para a saúde sexual da mulher, relativo às infeções sexualmente transmissíveis, assim como, para a decisão esclarecida no âmbito da IVG, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade e identificando problemas relacionados com a vivência da sexualidade, como situações de violência sexual sofrida, referenciando quando estão para além do campo de atuação (OE, 2019) como previsto no Regulamento n.º 391/2019.

3.1.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

O nascimento é um processo fisiológico, no qual só se deverá intervir para corrigir desvios à normalidade e os profissionais de saúde que nele participam são os que asseguram um ambiente de confiança, segurança e privacidade, que respeitam o direito à informação e decisão esclarecida, à individualidade, dignidade e confidencialidade das mulheres (OE, 2012).

Segundo a OE (2012), a OMS emitiu recomendações no sentido de definir “trabalho de parto normal”, identificar as práticas mais comuns utilizadas durante o parto e estabelecer normas de boas práticas na assistência ao parto sem complicações, devido à preocupação com a excessiva intervenção no trabalho de parto e no nascimento, e com o aumento da taxa de cesarianas.

Segundo Graça (2017) ainda não se conhecem detalhadamente os processos fisiológicos que dão início ao trabalho de parto. No entanto, entende-se por trabalho de parto, o conjunto de fenómenos fisiológicos que uma vez em prosseguimento, conduzem à contractilidade uterina regular, à dilatação do colo do útero, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão.

Segundo a OE (2012) define-se Parto Normal, com base na definição utilizada pela OMS “parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição” (p.18).

O parto normal vaginal é caracterizado por alterações mecânicas e hormonais que promovem as contrações uterinas, resultando na dilatação e extinção do colo uterino e descida da apresentação fetal (Sequeira et al., 2020).

Assistir parto vaginal é o “desfecho de uma gravidez, traduzido na expulsão de um feto (vivo ou morto) com a menor intervenção possível do enfermeiro EESMO” (Sequeira et al., 2020, p.116).

Sequeira et al. (2020) refere que a concretização do parto vaginal resulta do mecanismo do parto, sendo este a sequência de movimentos passivos da apresentação fetal que possibilitam a passagem através do canal do parto. Deste modo, trata-se do ajuste de posição, atitude, situação, apresentação, variedade e estática fetal quando o feto entra na pelve (bacia, articulações, ligamentos e músculos), contribuindo para a duração e/ou dificuldade do parto/nascimento (Fatia & Tinoco, 2016).

Ao longo do processo, o enfermeiro EESMO deve encorajar a parturiente a ouvir o seu próprio corpo enquanto executa os esforços expulsivos e ajudar a promover um ambiente calmo, sossegado e ajudá-la a manter foco no envolvimento ativo no nascimento (Sequeira et al., 2020).

Na assistência a um parto eutócico assegurou-se a privacidade da mulher/casal e gerir o ambiente conforme as suas preferências, provendo um ambiente calmo, relaxante, respeitando a vontade da utente no que se refere ao número de pessoas presentes na sala de partos (Sequeira et al., 2020).

Ao longo do processo de trabalho de parto, estabeleceu-se uma relação terapêutica com o casal, numa atitude de constante disponibilidade, e encorajou-se a mulher à verbalização das suas preferências, independentemente de estarem expressas num plano de partos, procurando sempre assegurar a sua consecução ao longo do mesmo (Sequeira et al., 2020) traduzindo-se num elevado sentido de responsabilidade.

Para além disso, questionava-se e avaliava-se a presença de dor, conceituada como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão” (DeSantana et al., 2020, p.197), e transmitia-se métodos de alívio da dor disponíveis às grávidas e quando estas não tinham analgesia epidural em curso, informando sobre os seus riscos e benefícios para favorecer o nascimento normal e evitar danos desnecessários, proporcionando uma tomada de decisão informada e esclarecida (OE, 2012).

O trabalho de parto é uma das experiências mais emocionantes e dolorosas que a mulher experimenta ao longo da sua vida. Pelo que, promover medidas de conforto controla o stress induzido pelo mesmo, indo ao encontro das recomendações da OMS (2018), onde evidencia que uma das principais intervenções do enfermeiro EESMO é apoiar a mulher no alívio da dor durante o trabalho de parto e parto.

Como medidas não farmacológicas no alívio da dor a adotar durante o trabalho de parto, podem ser utilizadas: hidroterapia (apenas exequível no internamento de grávidas), massagem, exercícios respiratórios, musicoterapia, utilização de posições verticais, como o uso da bola de pilates, entre outras, e como medidas farmacológicas, administração de fármacos opióides e não opióides, as técnicas neuroaxiais, analgesia inalatória e os bloqueios periféricos (Aragão et al, 2019; OMS, 2018; Graça, 2017).

Graça (2017) refere que a analgesia do neuroeixo consiste na administração de fármacos, sejam eles anestésicos locais ou opióides, no espaço epidural ou subaracnoideu, de modo a inibir a transmissão do impulso nervoso doloroso. Existem três tipos de bloqueio do neuroeixo, que podem ser utilizados durante o trabalho de parto, são eles, o bloqueio epidural, o bloqueio sequencial e o bloqueio subaracnoideu.

Uma das grandes vantagens da analgesia epidural é a sua flexibilidade, dado que permite várias modalidades analgésicas, como a administração em doses intermitentes, perfusão contínua e a *patient-controlled epidural analgesia* (PCEA), como também possibilita protocolos como o *walking epidural*, ou caso haja a necessidade de realizar um parto cirúrgico, a possibilidade de realização uma rápida conversão da analgesia em anestesia (Graça, 2017).

Os efeitos secundários associados às técnicas analgésicas do neuroeixo surgem dos efeitos secundários causados pelos fármacos utilizados (Graça, 2017). Os principais efeitos são: prurido, náuseas e os vômitos, associados ao opioide. A hipoestesia nos membros inferiores, o aumento da temperatura corporal, o tremor e a retenção urinária, estão associadas aos anestésicos locais, provocados pelo bloqueio das raízes S2 e S4 (Graça, 2017). Todos estes efeitos são, geralmente, ligeiros e transitórios, sendo facilmente revertidos pelo anestesista. Ou quando são interrompidos e metabolizados, depois do parto, os efeitos secundários cessam (Graça, 2017). Ainda podem surgir complicações durante o trabalho de parto ou já no puerpério como a ineficácia completa ou parcial comumente designada como “janela”, hipotensão arterial abrupta, lombalgia de difícil controlo, e as cefaleias pós-punção inadvertida da dura-máter (Graça, 2017).

No decurso do ensino clínico, verificou-se que as parturientes optavam mais por recorrer às medidas farmacológicas no alívio da dor, através da analgesia via epidural, exceto nos casos em que o período expulsivo era eminente.

Assim, quando as parturientes desejavam analgesia epidural, e reuniam condições para a realização da mesma, preparava-se o material necessário, bem como, a parturiente era posicionada na cama com lactato de ringer endovenoso em curso, de modo, a prevenir

hipotensão arterial (Graça, 2017; Sitrás et al., 2017) e auxiliava-se o anestesista na colocação do cateter epidural, como está descrito no Regulamento n.º 391/2019 (2019, p.13563) “coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor”.

Após a colocação do cateter epidural e a introdução da analgesia, validou-se com a parturiente a eficácia da analgesia, e conduziu-se a mesma a permanecer em decúbito *semi-fowler*, cerca de 10 minutos, com o objetivo de prevenir uma “janela” durante o trabalho de parto, sendo a vigilância do bem-estar materno-fetal mais prudente, com o intuito de prevenir as complicações associadas aos fármacos administrados. Desta forma, procedeu-se à monitorização através do CTG e à avaliação e monitorização da tensão arterial e da frequência cardíaca materna, a cada 10 min num período de 30 min, com o intuito de prevenir a hipotensão materna abrupta (Graça, 2017; Sitrás et al., 2017).

Na assistência ao parto eutócico, promoveu-se também o bem-estar materno, oferecendo acesso a líquidos claros durante o trabalho de parto e apoiou-se a liberdade de movimentos da mulher oferecendo-lhe instrumentos que possibilitassem a posição vertical, tal como, a bola de pilates (Sequeira et al., 2020; OE, 2012). Em parturientes que optassem pela analgesia epidural a mobilidade encontrava-se um pouco mais limitada e esta opção tinha que ser gerida com o anestesista.

Informava-se de antemão a parturiente e pessoa significativa sobre o procedimento do parto em si, para desmistificar medos e receios, promovendo a individualização e a continuidade de cuidados à mulher e ao bebé durante o trabalho de parto e nascimento, possibilitando decisões esclarecidas em língua clara e acessível (Sequeira et al., 2020; OE, 2012) e solicitava-se o seu consentimento para assistir o parto.

São vários os autores que defendem a cervicometria, como a técnica mais adequada e precisa na avaliação da progressão do trabalho de parto, bem como na identificação atempada de possíveis problemas (Enkin et al., 2005). Porém, esta avaliação não deve ser executada mais do que o estritamente necessário, visto que para a mulher pode considerá-la como uma invasão da sua privacidade e intimidade, podendo predispor o aumento da ansiedade (Chapman & Charles, 2013, Enkin et al., 2005).

Segundo as recomendações da OMS (2017), a realização do toque vaginal deve de ser concretizada com um intervalo mínimo de quatro horas, não havendo outras queixas, visto que está associado a desconforto e ansiedade materna, bem como ao aumento do risco de infeção.

De seguida, efetuou-se e a avaliou-se o partograma e registo cardiotocográfico, com o propósito de acompanhar a evolução do trabalho de parto, e identificar e diagnosticar alterações ao padrão de desenvolvimento, possibilitando uma tomada de decisão atempada e a diminuição de intervenções obstétricas desnecessárias.

Conforme Prada & Rafael (2016), o partograma corresponde à representação e à avaliação gráfica do trabalho de parto, onde são considerados a parturiente e o feto e, tido em conta a avaliação da dilatação cervical e a descida da apresentação fetal. Desta forma, a comparação da curva da dilatação e a descida da apresentação fetal, com a curva de *Friedman*, facilita a identificação de situações de desvio (Prada & Rafael, 2016).

Este instrumento de trabalho, é uma mais valia para a prática de enfermagem, uma vez que as informações contidas no mesmo, após avaliação e juízo clínico, determinam os cuidados de enfermagem a planear, executar e avaliar.

Assim, o partograma representa uma ferramenta útil nos cuidados à parturiente no decurso do trabalho de parto, não sendo simplesmente um documento de registo, mas também um instrumento fundamental de diagnóstico (OE, 2015).

Desenvolveu-se também a aquisição de competências ao nível da identificação e monitorização do risco materno-fetal durante o trabalho de parto (OE, 2019), através da interpretação de CTG, já iniciado no contexto de cuidados à grávida/casal em situação de risco materno-fetal medicina materno-fetal, realizado no internamento de grávidas. O registo contínuo e a interpretação das modificações da FCF relacionadas com os movimentos fetais e com as contrações uterinas constituem as bases da monitorização cardiotocográfica do estado oxigenativo fetal, seja anteparto seja intraparto (Graça, 2017). É fundamental, adotar-se um sistema de classificação de padrões de CTG, acompanhado da formação contínua, treino prático e análise sistemática dos diferentes traçados por parte de todos os profissionais de saúde que tem competência para avaliar o bem-estar materno-fetal (Nené *et al*, 2016).

O sistema classificativo dos traçados cardiotocográficos utilizado no bloco de partos é o da *American College of Obstetricians and Gynecologist* (ACOG), que classifica CTG categoria I (traçados normais) quando a linha basal se encontra entre os 110 e os 160 bpm, variabilidade da linha de base normal entre os 5 a 25 ppm em segmentos de um minuto, com presença ou ausência de acelerações e desacelerações precoces, ausência de desacelerações variáveis ou tardias; Categoria II (traçados de significado indeterminado), inclui todos os traçados não categorizados com categoria I e III, podendo apresentar qualquer uma das seguintes características, FCF basal com bradicardia não acompanhada de variabilidade ausente, taquicardia, variabilidade mínima da linha de base mas sem desacelerações recorrentes, ausência de acelerações induzidas por estimulação fetal, desacelerações periódicas ou esporádicas; E categoria III (traçados anómalos), ausência de variabilidade associada a desacelerações tardias recorrentes ou desacelerações variáveis recorrentes ou bradicardia, e padrão sinusal (Graça, 2017; Nené *et al.*, 2016).

A utilização de CTG contínua intraparto requer uma avaliação periódica dos traçados, sendo recomendado o seguinte para uma prática de excelência: no primeiro estágio do trabalho de parto a cada 30 minutos nas grávidas de baixo risco e a cada 15 minutos nas de

risco; no segundo estágio do trabalho de parto a cada 15 e 5 minutos respectivamente (Graça, 2017).

Durante o trabalho de parto, o bem-estar materno-fetal pode ser colocado em causa, uma vez que, as contrações uterinas irão interromper o fluxo sanguíneo materno-fetal, ocorrendo assim períodos intermitentes de redução da oxigenação fetal, e apesar da maioria dos fetos ter reservas, outros podem não ter (Neilson, 2013).

O enfermeiro EESMO detém a competência de "cuidar a mulher inserida na família e na comunidade durante o trabalho de parto efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina" (OE, 2019, p.13562), que enquadra a avaliação do bem-estar materno-fetal como uma das competências específicas (Nené et al., 2016).

No acompanhamento do trabalho de parto teve-se sempre por base a evidência científica mais recente, como as recomendações da OMS (2017) para a execução de um Parto Seguro.

A Lista de Verificação da OMS (2017) para Partos Seguros foi concebida como um instrumento para melhorar a qualidade dos cuidados prestados às parturientes. É uma lista organizada de práticas essenciais de parto, que visa evitar as principais causas mundiais de óbitos maternos, de nados-mortos por causas intraparto e de mortes neonatais (incluindo hemorragias, infeções, hipertensão e complicação de partos prematuros. Cada item da Lista de Verificação é uma ação crucial que, se não for executada, pode provocar sérios danos à mãe, ao RN, ou a ambos.

Sempre que se acompanhou um trabalho de parto e parto a uma mulher/casal, efetuou-se a Lista de Verificação da OMS (2017), disponível no sistema de informação S-Clínico da instituição, para a assistência a um Parto Seguro conforme previsto no Regulamento n.º 391/2019 (2019, p.13563) "garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto".

Preparou-se também a assistência ao parto, começando por se executar a lavagem das mãos, abrir o material de parto e dispô-lo na mesa de parto. Seguidamente, realizava-se os cuidados perineais com água e sabão, e posteriormente, procedia-se à preparação do equipamento de proteção individual. Avaliava-se a atitude e mecanismos de *coping* por parte da parturiente e pessoa significativa, encorajando a mulher a alternar de posição e a adotar aquela que a fizesse sentir-se melhor (Sequeira et al., 2020).

Enaltece-se o profissionalismo das enfermeiras orientadoras por se sentirem confiantes e seguras nas suas assistências a partos eutócicos e se basearem na evidência científica mais atual, deixando sempre as parturientes conduzirem o seu próprio trabalho de parto e parto, sem colocarem imposições.

Continuamente, ia-se monitorizando as contrações uterinas e avaliando a frequência cardíaca fetal até exteriorização da cabeça do feto.

Ao longo do processo, orientava-se a parturiente para uma respiração calma e profunda, relaxando no intervalo das contrações uterinas, incentivando a participação ativa da pessoa significativa (Sequeira et al., 2020).

A assistência obstétrica deve ser centrada nas necessidades da parturiente e não apenas em procedimentos e normas técnicas pré-estabelecidas (Nené et al., 2016), pelo que o enfermeiro EESMO deve promover suporte contínuo às parturientes, de modo, a encararem todo o processo do nascimento, de forma positiva (Nené et al., 2016).

Quando a mulher adotava a posição mais confortável para parir, colocava-se as pernas (se necessário) e os campos esterilizados (Sequeira et al., 2020). Ia-se avaliando a elasticidade dos tecidos perineais, observando alterações da coloração dos tecidos e adotando uma atitude de *hands off*. Mantinha-se uma atitude expectante e avaliava critérios de necessidade de realizar episiotomia (tipo de tecido, paridade, bem-estar fetal, peso estimado, apresentação e variedade) (Sequeira et al., 2020). Realizava-se proteção do períneo e juntamente com a parturiente, controlava-se a saída da cabeça do feto. Sempre que se confirmava a presença de uma ou mais circulares cervicais, realizava-se a manobra de *Somersault*, com a supervisão da enfermeira orientadora (Sequeira et al., 2020).

Assim que o bebé nascia, prestava-se atenção à hora do nascimento e felicitava-se os pais. E, em simultâneo, removiam-se as secreções da boca e nariz do RN com uma compressa, em cima do tórax da mãe (Sequeira et al., 2020).

Quando o cordão parasse de pulsar, camplava-se e o pai/pessoa significativa laqueava-o, caso fosse o seu desejo (Sequeira et al., 2020).

Se a mãe do RN fosse Rh negativo, procedia-se à colheita de sangue do cordão para grupo do RN, tal como, se os pais quisessem colher sangue para kit de células estaminais.

No momento do nascimento do RN, havia uma enfermeira de cuidados gerais para prestar os cuidados imediatos ao mesmo, em contacto pele a pele com a mãe, tal como avaliar o índice de Apgar ao primeiro, quinto e décimo minuto (Sequeira et al., 2020).

Posto isto, deixava-se a parturiente adotar uma posição confortável, muitas vezes promovendo a sua privacidade, pois algumas mães relatavam que não queriam que o companheiro visse o períneo, até à expulsão da placenta (Sequeira et al., 2020). Seguidamente, executava-se a dequitação, vigiando a perda sanguínea. No momento em que presenciava o descolamento da placenta, através dos sinais saída de sangue à vulva, alongamento do cordão umbilical, elevação do fundo do útero no abdómen à medida que a placenta desce do útero para a vagina e a sua consistência era firme e de forma globular, fazia-se uma tração controlada do cordão até a mesma sair (Posner et al., 2014). Verificava-se qual o seu mecanismo de expulsão, *Schultze* ou *Duncan*. E logo após, validava-se a formação do globo de segurança de *Pinard*, para a administração de 10 UI Ocitocina endovenosa/intramuscular conforme indicações da OMS (2017).

Seguidamente, realizava-se a revisão do canal de parto, verificando a integridade de todas as estruturas. Se não se confirmasse, prestava-se cuidados perineais, validava-se com a mãe a presença de dor, se necessário administrava-se analgesia local com lidocaína, colocava-se novo pano esterilizado por baixo da mãe e procedia-se à perineorrafia (Sequeira et al., 2020).

No final, prestava-se novamente os cuidados perineais.

O enfermeiro EESMO tem um papel preponderante no cuidado humanizado e indispensável no decurso do trabalho de parto, com o intuito de proporcionar uma experiência positiva à mulher/casal, promovendo a sua saúde e otimizando a adaptação do RN à vida extrauterina (OE, 2012).

Como se encontra descrito no Regulamento n.º 391/2019, é fundamental que durante o trabalho de parto, o enfermeiro EESMO, seja detentor de conhecimento e competências para saber identificar e monitorizar o risco materno-fetal no decorrer do trabalho de parto, bem como identificar e monitorizar os desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, para que possa referenciar as situações que estão além da sua área de atuação (OE, 2019).

Houve situações de distocia de progressão do trabalho de parto, em que foi necessário referenciar-se para o obstetra de serviço e auxiliar num parto instrumentado ou cirúrgico.

Desta forma, o objetivo de toda a comunidade obstétrica deve ser uma assistência de qualidade, tendo em vista mãe e crianças saudáveis (OMS, 2017; Nené et al., 2016). É fundamental valorizar a pessoa individualmente, considerando as suas características específicas, como carácter, personalidade, sentimentos, opiniões, crenças, desejos, aspirações, valores, dignidade e senso de justiça (Nené et al., 2016).

Face ao supracitado, foram alcançadas as competências referidas no Regulamento n.º 391/2019 (2019, p. 13562) “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 na sua adaptação à vida extrauterina”. Foi um processo constante de aprendizagem, integrando na função e filosofia de cuidados a complexidade de cada mulher e a satisfação das suas necessidades, conjugando com mestria o campo de saberes, o campo de atuação e o campo social (Encarnação, 2015), assim como a responsabilidade pela identificação atempada das necessidades de cuidado especializado da mulher e família, e deteção precoce de risco, prevenindo, sempre que possível, complicações.

3.1.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

Segundo Graça (2017), o Puerpério compreende a regressão de alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez. E subdivide-se em três períodos, imediato que

decorre durante as primeiras 24 horas, precoce, até ao final da primeira semana e tardio, até ao final da sexta semana após o parto (Graça, 2017; Nené et al., 2016; DGS, 2015).

Embora seja um período de baixo risco para a maioria das mulheres, podem suceder complicações que devem ser identificadas e devidamente tratadas, como hemorragias pós-parto, febre puerperal, endometrite puerperal, mastite puerperal, infeções do trato urinário, infeção da episiotomia/laceração, infeção da ferida cirúrgica, alterações psiquiátricas (depressão pós-parto e *postpartum blues*) e fenómenos tromboembólicos, como tromboflebite, trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar (Graça, 2017). A incidência de tromboembolismo venoso é cinco vezes maior no puerpério do que durante a gravidez (Graça, 2017). E também podem surgir complicações mais graves como a Pré-Eclâmpsia e Síndrome de *HELLP*.

O Puerpério é um período de grande vulnerabilidade, sendo de extrema importância capacitar a mulher nesta nova transição que vivencia (Nené et al., 2016).

Existem vários fatores que contribuem para uma melhor adaptação a esta fase, entre eles pode-se fazer referência ao nível de energia, grau de conforto, saúde e bem-estar da puérpera e RN, o apoio e o cuidado oferecido pela família, amigos e profissionais de saúde (Nené et al., 2016).

Tendo por base as diretrizes da DGS (2015) presentes no Programa Nacional para a Vigilância de Baixo Risco, efetuou-se a história clínica a todas as puérperas cuidadas, nomeadamente, identificou-se a existência de intercorrências na gravidez, dados do parto e possíveis complicações que possam ter acontecido, executou-se o exame físico e avaliou-se o estado geral das mulheres (observação da pele e mucosas, mamas, presença de episiorrafia, laceração ou ferida cirúrgica resultante da cesariana, hemorroidas, revisão do canal vaginal despistando presença de hematomas e lesões, avaliação e/ou recuperação do pavimento pélvico, instruindo exercícios de reeducação muscular através dos exercícios de *Kegel* (contrair e descontrair os músculos perineais), e desconfortos causados, involução uterina, lóquios, edemas, compromissos circulatórios, varizes e avaliação dos parâmetros vitais), abordou-se estilos de vida saudáveis em relação ao autocuidado da puérpera onde está inerente os cuidados perineais e cuidados a ter com a ferida cirúrgica, alimentação, eliminações (características e controlo de esfíncteres), padrão de sono/repouso (consonância com os do RN para evitar a fadiga extrema), vivência da Parentalidade positiva, sexualidade do casal (as mulheres podem sentir diminuição do apetite sexual devido ao cansaço das primeiras semanas, pelo que o reinício das relações sexuais é uma decisão que compete exclusivamente ao casal, devendo ocorrer quando se sentirem preparados, sendo recomendando que tal suceda após a primeira consulta pós-parto com o médico assistente), contraceção e autovigilância de sinais e sintomas de alarme a recorrer ao serviço de urgência.

Nos primeiros dias, o períneo está edemaciado e dorido, especialmente na região da episiorrafia ou da sutura perineal, caso a puérpera tenha. Uma higiene cuidada, com água e

sabão neutro, e a manutenção deste local o mais seco possível, com a mudança frequente dos pensos higiênicos, é essencial para que a cicatrização decorra sem infecções (Nené et al., 2016). No decorrer da educação para a saúde, reforçaram-se os cuidados perineais, mencionando que neste tipo de feridas, a linha de sutura não necessita de ser extraída, caindo espontaneamente por volta do 8º ou 10º dia após o parto e a crioterapia intermitente de 8/8 horas, não mais de 15 minutos, favorece a vasoconstrição, diminuindo o edema e a hemorragia (Nené et al., 2016).

Devido aos traumatismos provocados pelo parto, é de extrema importância vigiar a primeira micção e a eliminação vesical nas primeiras 24 horas após o parto, pois o aumento da capacidade vesical associado à anestesia, diminuição da vontade de urinar nas horas seguintes, existe o risco de distensão da bexiga, podendo ser causador de hemorragia (Nené et al., 2016).

A pressão arterial, frequência cardíaca, coloração das mucosas e a tolerância ao ortostatismo são indicadores importantes das perdas hemáticas, pelo que se estiverem alterados, deverá ser informado o médico obstetra e colhido hemograma para controle analítico (Graça, 2017). Por conseguinte, o primeiro levante da puérpera é sempre realizado na presença da enfermeira, geralmente até à casa de banho e validada a primeira micção espontânea após o parto.

Face ao exposto, preveniu-se complicações para a saúde da mulher, chamando o médico assistente sempre que necessário (OE, 2019).

Apesar da regularização da tonicidade intestinal nos dias subsequentes ao parto, vários fatores como o jejum durante o parto, desidratação, presença de hemorroidas, podem dificultar a normalização dos hábitos intestinais. As hemorroidas que ficam mais exacerbadas devidos aos esforços expulsivos, causam grande desconforto e dificultam a eliminação intestinal (Nené et al., 2016). No internamento, segundo protocolo, é oferecida a todas as puérperas que tem hemorroidas, pomada de aplicação rectal para atenuação dos sintomas e incentivadas à realização de crioterapia.

A tonicidade dos músculos do pavimento pélvico vai sendo retomada gradualmente após o nascimento. No momento do parto, os músculos pélvicos e as suas fáscias sofrem um estiramento excessivo pelo que mais tarde pode dar origem aos prolapsos genitais e a recuperação do tônus pode ir até aos seis meses, caso haja rotura ou distensão dos tecidos de suporte do pavimento pélvico (Nené et al., 2016). Quando identificadas estas situações, as mulheres ficam referenciadas para a Consulta de Enfermagem de Ginecologia – Uroginecologia.

É aconselhável o exercício físico, pois ajuda os músculos a recuperarem a sua forma e tonicidade, devendo ser iniciado de forma gradual. O edema dos membros inferiores pode prolongar-se até três semanas após o parto e gera desconforto, pelo que, se ensinou as puérperas a minimizá-lo através da elevação das pernas durante os momentos de repouso e

durante a amamentação, faz pequenas caminhadas para estimular a circulação, durante o duche, passar água fria durante um a dois minutos nos pés e pernas (Nené et al., 2016).

As dores na região abdominal podem ser intermitentes e de intensidade variável, pois resultam das contrações uterinas que se iniciam após a expulsão da placenta. Habitualmente estão presentes nas primeiras 48 a 72 horas após o parto e especialmente durante a amamentação, porque o reflexo de sucção do RN estimula a secreção de ocitocina, que por sua vez, estimula as contrações uterinas. Estas são mais frequentes e intensas nas múltiparas em relação às primíparas, porque o tônus da sua musculatura uterina é mais reduzido (Nené et al., 2016). Uma cesariana é uma grande cirurgia abdominal, pelo que é normal que a mulher sinta dores ou desconfortos nesta região, não só devido à incisão cirúrgica como às contrações (Nené et al., 2016). Segundo Nené et al. (2016), a incisão na pele cicatriza numa semana, já a incisão uterina cicatriza em seis semanas. Por este motivo, realizou-se educação para a saúde à puérpera para evitar esforços físicos, como levantar pesos, ao levantar-se da cama deve virar-se de lado e utilizar o braço para impulso, para tossir ou espirrar, apoiar a sutura de modo a aliviar o esforço, a cinta pode ser usada somente para ajustar e aconchegar o abdómen nos primeiros dias pois o uso apertado dificulta a recuperação e deve ser colocada abaixo do umbigo, se tiver pontos externos ou agrafos estes devem ser removidos a partir do 7º dia após o parto no centro de saúde e depois de retirar os pontos massajar a área da sutura com um creme hidratante, de modo a estimular a pele a voltar à firmeza anterior (Nené et al., 2016).

Além disso, disponibilizou-se também apoio emocional, que devido ao pico da Pandemia no final e início de ano, as visitas dos pais ficaram novamente suspensas e as mães encontravam-se mais inseguras e com labilidade emocional. Cabe a todos os enfermeiros EESMO um olhar atento aos sinais de alerta suprarreferidos, com vista ao diagnóstico precoce de perturbações que podem comprometer não só a saúde materna, como a vinculação ao bebé e a relação com o companheiro e família (Nené et al., 2016). Desta forma, adotou-se junto da puérpera uma postura empática, não crítica e de disponibilidade, que incentivasse à expressão de sentimentos e pensamentos e ao estabelecimento da díade/tríade familiar.

Amamentar é um ato natural, pelo que a intervenção de enfermagem é crucial para o sucesso da amamentação. O aleitamento materno é um processo determinado por fatores fisiológicos, emocionais e ambientais, com grande influência no estabelecimento do vínculo afetivo. E concludentemente, como enfermeira EESMO promoveu-se a vinculação e protegeu-se e apoiou-se o aleitamento materno na praxis, desde as primeiras horas de vida do RN, conforme descrito no Regulamento n.º 391/2019 (2019, p. 13563) “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento, na primeira

hora de vida, até aos seis meses e complementando com alimentos nutricionalmente adequados, apropriados e seguros, até aos dois anos ou mais de vida (Nené et al., 2016).

O aleitamento materno exclusivo é capaz de sustentar todas as necessidades energéticas das crianças até aos seis meses de vida, pois o leite materno é a melhor fonte de nutrientes para o RN, tem um efeito protetor contra o excesso de peso e obesidade na infância, reforça a imunidade no primeiro e segundo anos de vida, nomeadamente em relação às doenças gastrointestinais e respiratórias, tem um efeito protetor sobre as alergias, principalmente as específicas para as proteínas do leite da vaca e a longo prazo, pode-se assumir que também previne a diabetes e linfomas (Nené et al., 2016; UNICEF, 2012).

Sendo Conselheira em Aleitamento Materno desde fevereiro de 2018, promoveu-se com melhor segurança e habilidade, o aleitamento materno e apoiou-se as mães a adquirirem, precocemente, autoconfiança na capacidade de amamentar, no decorrer do ensino clínico. Realizou-se educação para a saúde, informando e validando o conhecimento sobre o aleitamento materno que possuíam (frequência de mamadas, posicionamento do RN à mama, sinais de pega correta, prontidão e satisfação do RN, integridade das mamas, extração e conservação do leite materno, vantagens e benefícios do aleitamento materno para a mãe, RN, família e ambiente, prevenção do ingurgitamento mamário e ainda se desmistificou crenças e mitos relacionados com a amamentação (DGS, 2015).

O ingurgitamento mamário e a maceração dos mamilos são os problemas mais frequentes relacionados com a mama e amamentação (Nené et al., 2016). Os principais cuidados recomendados à puérpera para prevenir ou minimizar estes problemas foram: arejamento do mamilo, através da utilização de conchas de arejamento sob o soutien ou exposição direta ao ar; aplicação de colostro ou lanolina em redor dos mamilos e deixar secar ao ar, sempre que necessário, principalmente no final da mamada pois alivia a dor e promove a cicatrização; assegurar-se que a boca do RN está adaptada à aréola mamária e não só ao mamilo; aplicação de quente e frio em redor das mamas; massagem mamária com chuveiro de água quente, no sentido dos ponteiros dos relógios e em todos os quadrantes da mama; sugeriu-se esvaziamento manual prévio de pequena quantidade de leite (antes da mamada) para facilitar a pega do bebé e também após a mamada se continuarem muito tensas (Nené et al., 2016).

Também se abordaram estratégias aquando alguma dificuldade na adaptação do RN à mama para colmatar o insucesso do aleitamento materno, como a utilização do formador de mamilo quando este se apresentava plano ou umbilicado, alimentação pelo copinho e o sistema de nutrição complementar através do método de relactação e instruiu-se sobre o aleitamento artificial quando necessário ou por decisão da mãe, respeitando sempre a sua vontade, com base numa tomada de decisão informada e esclarecida da puérpera.

Para dotar a puérpera dos conhecimentos necessários para cuidar do seu RN, o enfermeiro EESMO deve ser conhecedor das competências do RN, integrando a dimensão

relacional no seu exercício como uma via inequívoca de humanização, cuidando assim o RN com dignidade, com valor em si mesmo, um ser único e irrepetível e de igual modo, possibilitando-lhe possíveis ganhos em saúde (Ribeiro *et al*, 2015).

Deste modo, executou-se o exame objetivo do RN, observando e examinando as características da pele e mucosas (rosado, presença de cianose ou máscara equimótica, anictérico ou icterício, entre outras), cabeça (fontanelas), os reflexos, tonicidade muscular, o tórax, coluna vertebral, abdômen, membros, genitais e o ânus, com o objetivo de identificar desvios à normalidade que carecessem de intervenção e/ou referência para pediatra de urgência. Efetuou-se também educação para a saúde, sobre as competências e características do RN (visão, audição, olfato, paladar, tato, temperamento, estados de sono/vigília), diferentes tipos de choro e como identificá-los, cólicas, eructação do RN após alimentação, vacinação do RN, nomeadamente sobre a vacina da Hep. B, perda ponderal do RN, teste de Guthrie, colheita de sangue para análise, rastreio das cardiopatias congénitas realizado entre as 24h-48h após o nascimento, cuidados com os olhos, ouvidos e nariz, coto umbilical, unhas, genitais, mudança da fralda e banho do RN, manobras de desengasgamento, cuidados a ter com icterícia fisiológica do RN, autovigilância de sinais e sintomas de alarme a recorrer ao serviço de urgência, prevenção de acidentes e quedas, prevenção da morte súbita infantil e asfixia e prevenção de acidentes rodoviários.

Adquirir e manter hábitos desde o primeiro dia de vida permite antecipar potenciais situações de risco e evitar danos irreparáveis (Nené *et al.*, 2016). Aconselhou-se os pais, a não deixarem o bebé sozinho em cima da cama, bancada do banho e sofá; para transportá-lo, a utilizar sempre o sistema de retenção para crianças, com os cintos colocados e este deve ser colocado no chão e nunca em cima de mesas ou cadeiras sem estar a ser seguro por um adulto; o bebé deve ser colocado no berço de barriga para cima para dormir, a temperatura do quarto deve estar entre os 18 e os 21°, evitar o sobreaquecimento, a alcova e berço devem ter um colchão firme e a cabeceira elevada num ângulo de 30°, não colocar almofadas, fraldas de pano, fraldas de pano, brinquedos dentro da cama; não deitar o bebé com o babete ou com fitas/cordões para segurar a chucha; manter a cabeça do bebé sempre destapada enquanto dorme e com os pés a tocar no fundo da cama, de modo a que não haja perigo de escorregar e ficar debaixo dos lençóis; aconchegar o bebé com roupa da cama ao nível do tronco/axilas e presa debaixo do colchão; antes de começarem o banho devem verificar a temperatura da água, começar sempre por colocar a água fria e só depois a água quente na banheira; não beber líquidos quentes ou cozinhar com o bebé ao colo; antes de oferecer o biberão, caso necessário, devem certificar-se da temperatura do leite, entornando uma gota na região do pulso; e manterem um ambiente livre de fumo e saudável para o bebé (Nené *et al.*, 2016).

No momento da alta, juntamente com o médico obstetra, validou-se todas as intervenções descritas anteriormente realizadas ao longo do internamento, efetuou-se o

exame físico, avaliou-se o estado geral da mulher e RN e encaminhou-se para a consulta de puerpério a realizar entre as 4 as 6 semanas após o parto e que deve ser efetuada em articulação e complementaridade com a consulta de Saúde Infantil do RN, a partir do 10º dia de vida e vigilâncias do RN no centro de saúde, especialmente a monitorização do peso semanalmente.

Adquiriram-se também competências do enfermeiro EESMO na prestação de cuidados a recém-nascidos na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), protegendo o desenvolvimento do bebé, que tem como filosofia de cuidados, o *Newborn individualized developmental care and assessment program* (NIDCAP).

Santos (2011) refere que o NIDCAP foi criado para reduzir o impacto negativo do ambiente da UCIN no bebé prematuro fora do útero materno. O autor menciona que os partos pré-termo constituem um desafio cada vez maior, pois a incidência dos mesmos, tem aumentado nos países ocidentais, com o acréscimo dos tratamentos de fertilidade e o aumento da idade das grávidas. A observação minuciosa do comportamento do RN parece ser a melhor orientação para os profissionais promoverem de forma continuada, cuidados individualizados, adaptados ao seu desenvolvimento. A integração da abordagem do NIDCAP nas UCIN reduz as complicações iatrogénicas relacionadas com o seu ambiente, uma vez que aumenta as competências do RN, a confiança dos pais e a satisfação dos profissionais de saúde (Santos, 2011).

Entrar numa UCIN pela primeira vez, causa impacto nos pais. Não só pela circunstância do seu filho ser prematuro ou estar doente e toda a ansiedade que isso acarreta, mas também pelo ambiente estranho, desconhecido e por vezes até assustador. Assim, o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao bebé valoriza-os enquanto elementos essenciais e ativos em todas as fases do crescimento e desenvolvimento do RN, enaltecendo os cuidados centrados na família. Devido à vivência da pandemia, podia permanecer diariamente, e com horário alargado, junto ao bebé um dos pais, revezando-se à vez, com realização prévia de teste para despiste de infeção COVID-19.

Os bebés dentro de incubadoras ou berços aquecidos, possuem um ambiente vigiado, nomeadamente a temperatura e a humidade, e estão monitorizados através de sensores que avaliam a temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação periférica de oxigénio, e que alarmam se algum dos parâmetros sai fora do normal.

Segundo Hockenberry *et al* (2014), os cuidados intensivos ao RN doente e imaturo exigem conhecimento especializado e competências em várias áreas e os avanços nos cuidados intensivos criaram a necessidade de pessoal altamente qualificado e treinado na arte de cuidados em cuidados intensivos neonatais.

A enfermeira orientadora norteou a prática de cuidados neste contexto, sendo um elemento facilitador na aquisição de conhecimentos relativos aos cuidados especializados e complexos aos RN. Colaborou-se na higiene, alimentação e eliminação dos recém-nascidos

que lhe estavam atribuídos, na monitorização de parâmetros vitais, administração de terapêutica medicamentosa, aspiração de secreções e na realização de contacto pele a pele.

O nascimento prematuro leva os pais a experienciar o luto pelo bebé imaginado, adiando o exercício pleno da parentalidade (Melo et al., 2017). A parentalidade estabelece-se, assim, como uma situação de crise no ciclo vital da família, necessitando de mecanismos e recursos de adaptação para a sua vivência saudável (Melo et al., 2017). Perante o turbilhão de sentimentos e emoções vividos pelos pais, é essencial que os enfermeiros intervenham de forma a responder às suas necessidades, conhecendo os seus medos, dificuldades e sentimentos, servindo de apoio e orientação, respeitando o conhecimento parental e o seu direito como pais na tomada de decisão e no processo de prestação de cuidados (Chiodi et al., 2012).

A Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016) considera que “os enfermeiros da Neonatologia (...) têm a função privilegiada de promover o desafio da compreensão e magia num lugar de cuidados técnicos tão preciosos onde adaptam a necessidade de pais e familiares, partindo dos cuidados e sobrevivência” (p.15). Os enfermeiros desenvolvem, neste sentido, um conjunto de cuidados e relacionamentos interpessoais, desde a admissão do RN, que fortalece o vínculo terapêutico, até à alta hospitalar, reconhecendo as reais necessidades de aprendizagem da família no que se refere à sua capacitação nos cuidados ao filho (Chiodi et al., 2012).

Juntamente com a enfermeira orientadora, procurou-se que os pais vivenciassem a sua realidade de forma o mais positiva e saudável possível, prestando cuidados centrados no desenvolvimento do filho, de forma a promover-lhe conforto e bem-estar, garantindo que se sentiam úteis, integrados e capazes. Concomitantemente, identificou-se em algumas situações, necessidades e dificuldades dos pais, o que permitiu planear e concretizar intervenções com o objetivo de colmatar essas necessidades. Mobilizou-se, por conseguinte, competências do enfermeiro EESMO, no que se refere à implementação e gestão de um plano de cuidados, em parceria com os pais, potenciando a parentalidade responsável, apoiando a mãe/família a cuidar do seu filho (OE, 2019, p.13563).

Os cuidados centrados na família, tem como objetivo estabelecer relações de igualdade entre os profissionais e os pais, sendo imprescindível que os enfermeiros desempenhem funções de apoio, de ensino, e de encaminhamento dos familiares do RN doente (Ribeiro et al., 2015).

A alta hospitalar é um acontecimento potenciador de stress para os pais, marcado por ansiedade e dúvidas, já que é o momento em que os pais assumem os cuidados ao filho de forma autónoma, sem a presença da equipa de saúde (Pinto et al., 2018). Assim, é fulcral que o planeamento da alta seja realizado de forma gradual, com o aumento progressivo da autonomia dos pais na prestação de cuidados ao filho, através da transmissão de indicações

de forma clara, sucinta e simples, promovendo a segurança dos pais para cuidar do filho em casa (Pinto et al., 2018).

Constatou-se que em situações de morte neonatal, a equipa implementa estratégias promotoras na gestão do luto, como a criação de memórias e impressão das mãos e/ou pés do bebé, e possuem um projeto em parceria com a equipa de cuidados paliativos e as psicólogas da UCIN, intitulado “De Igual para Igual” onde existe a partilha de testemunhos entre pais com RN prematuros.

A Associação “Nascer Prematuro” presente no Algarve, “celebra a persistência, tenacidade e vontade dos pais e profissionais que ao longo dos anos lutam pela melhoria e afirmação da qualidade dos cuidados que se prestam no algarve aos bebés prematuros” (Nascer Prematuro, 2022). Esta associação, apoia a UCIN, doando roupas feitas pelos voluntários para todos os tamanhos dos bebés internados, organiza atividades para angariação de fundos e também aceita donativos financeiros, com o objetivo de melhorar as condições de vida dos bebés prematuros e das famílias.

Watson (2002) reitera que o cuidar é a essência da Enfermagem, a qual apenas se pode demonstrar e praticar de forma interpessoal, o que implica necessariamente o encontro intencional entre duas pessoas com as suas vivências e experiências.

Assim, no que concerne ao desenvolvimento das competências específicas, relacionadas com o que está preconizado no Regulamento n.º 391/2019 (2019, p.13563) “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade”, considera-se que foram alcançadas, pois estabeleceu-se uma relação de ajuda com a puérpera, promovendo e potenciando a sua saúde, formulando diagnósticos de enfermagem, para a elaboração, execução e avaliação do plano de intervenções de enfermagem, centrando a intervenção na sua rápida recuperação pós-parto, na prevenção de complicações, na promoção da sua autonomia, vivência da parentalidade positiva, contraceção e sexualidade do casal, tal como, no autocuidado (maximizando o seu bem-estar) e no cuidado ao seu filho, através da dotação de habilidades.

3.1.4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e durante o período de climatério

As patologias ginecológicas mais frequentes que se contactou na prática clínica foram: carcinoma da mama, miomas uterinos, doença inflamatória pélvica, neoplasia do colo do útero, neoplasia maligna da vulva, hipertrofia uterina, hiperplasia do endométrio, e carcinoma do endométrio.

Grande parte destas patologias ginecológicas foram tratadas através de cirurgia, onde no pós-operatório prestou-se cuidados de enfermagem diferenciados a mulheres submetidas a mastectomia total unilateral ou bilateral, linfadenectomia axilar unilateral, cirurgia conservadora da mama, histerectomia total, anexetomia bilateral, linfadenectomia pélvica bilateral, epiplonectomia parcial, vulvectomy radical e salpingectomia parcial unilateral. Nestes cuidados de enfermagem, salienta-se o planeamento, a implementação e avaliação das intervenções à mulher em tratamento de afeções do aparelho geniturinário e mama (avaliação da ferida cirúrgica através da realização do penso, manutenção dos drenos resultantes da cirurgia no local da ferida cirúrgica, medidas de suporte emocionais e psicológicas, educação para a saúde na adaptação à nova situação e preparação para a alta desde o acolhimento da utente no serviço).

A situação ginecológica que se evidenciou mais foi a observação de uma senhora com vulvectomy radical por neoplasia maligna da vulva e reflexionar em todo o processo inerente, que originou este desfecho.

De acordo com Arbex et al. (2010), a indicação de vulvectomy pode ser decorrente de diversas doenças, entre elas o cancro da vulva.

O cancro da vulva é uma neoplasia rara, representando 3-5% dos cancros ginecológicos (Correia & Silva, 2010). O melanoma vulvar afeta principalmente mulheres na idade pós-menopausa (Neves et al., 2019).

A utente encontrava-se no 7º dia pós-operatório aquando do contacto, e considerou-se que se encontrava bastante capacitada para a sua situação clínica, já tendo domínio na higiene vulvar, no controlo da dor após a cirurgia e na adaptação às atividades de vida diárias com autonomia.

Neste ensino clínico, proporcionou-se a oportunidade de integrar a equipa de senologia do bloco operatório durante um turno, e assistiu-se a quatro cirurgias, sendo elas mastectomia total bilateral com linfadenectomia axilar esquerda por biópsia de gânglio de sentinela positivo, cirurgia conservadora da mama com colocação de dois arpoes, cirurgia conservadora da mama com colocação de arpoão e mastectomia total esquerda.

Prévia à sua realização, realizou-se os cuidados de enfermagem pré-operatórios a estas clientes, procedendo-se à educação para a saúde, onde se entregou a almofada em coração e explicou os seus benefícios associados ao conforto no pós-operatório, procedeu-se ao esclarecimento de dúvidas, partilha de sentimentos como medos e receios, promovendo o estabelecimento de uma relação terapêutica. Segundo Phaneuf (2005) a relação de ajuda estabelece um carácter de respeito e de confiança assente numa filosofia holística, que tem em conta as dimensões da pessoa, sendo uma troca tanto verbal como não verbal, que permite criar o clima de que a pessoa tem necessidade para reencontrar a sua coragem, tornar-se autónoma e evoluir para um melhor bem-estar físico e psicológico.

O cancro da mama é a neoplasia mais frequente no sexo feminino em Portugal (DGS, 2012).

O tratamento do cancro da mama é realizado através de intervenção cirúrgica, que pode ser uma cirurgia conservadora, com retirada apenas do tumor, ou mastectomia, com retirada da mama, além de técnicas coadjuvantes, no qual se inclui radioterapia, quimioterapia e hormonoterapia (Franco et al., 2021).

Segundo *Lorenz et al.* (2019), a mulher ao receber um diagnóstico de cancro da mama, vivencia vários lutos internos, de acordo com a intensidade do sofrimento. Esta doença ginecológica causa um grande impacto na vida das pessoas, tanto na mulher como na sua família, que são atingidos por medo, raiva, angústia, ansiedade desde o diagnóstico até ao pós-tratamento (*Lorenz et al.*, 2019).

A mama é parte integrante da identidade de uma mulher e da sua feminilidade (IPO, 2019). Consequentemente, quando uma mulher é submetida a uma mastectomia, surgem alterações significativas na sua imagem, autoestima, e sexualidade bem como receios e ansiedade em relação ao seu aspeto físico que concludentemente atinjam os seus relacionamentos afetivos e socioprofissional (IPO, 2019; Silva & Tavares, 2020).

No pós-operatório realizou-se educação para a saúde faseada no sentido da promoção e capacitação das mulheres mastectomizadas para o retorno à sua vida quotidiana, segundo o protocolo do serviço, com o intuito da prevenção do linfedema.

Em relação ao autocuidado realizou-se educação para a saúde relativos ao; vestir e despir-se (no vestir, iniciar pelo membro do lado operado e no despir, o membro operado será o último); levantar-se (preferenciar o levantar para o lado contrário ao da cirurgia, sendo que o membro que auxilia é o oposto ao do lado operado); correção postural (a mulher deve manter uma postura correta com alinhamento dos ombros e do tronco, relaxando a região cervical, pode recorrer ao uso do espelho para melhor consciencialização corporal); pentear os cabelos (no início a mulher deve pentear-se sentada, apoiando o cotovelo numa mesa, para aliviar o peso do membro; no decorrer do internamento incentivou-se a fazê-lo sem recurso a mesa de apoio); higienizar-se (vigiar a cicatriz e área circundante, hidratar com creme gordo, quando cicatrizada; inspecionar o membro diariamente em relação ao tamanho, forma, textura, dor, sensação de aperto e firmeza; usar sabonete e cremes com pH neutro; utilizar desodorizantes sem álcool; a depilação na axila deverá ser feita com cremes depilatórios sem álcool; evitar cortar as cutículas), vestuário e adornos (anéis, pulseiras e relógios não deverão ser apertados; o soutien deverá ser bem ajustado, sem aros e preferencialmente de abotoar à frente; deve evitar-se camisas com punhos apertados; a mala com alças deverá ser carregada sobre o ombro oposto do lado operado, máximo dois quilos (Protocolo de serviço: Intervenções de Enfermagem no pré-operatório/pós-operatório à mulher submetida a cirurgia do foro de senologia; Silva et al., 2018).

Relativamente às atividades domésticas, utilizar luvas de proteção para cozinhar, jardinar e sempre que a atividade implique utilizar produtos abrasivos; utilizar dedal em trabalhos manuais como a costura; para transporte de pesos como compras, crianças e volumes pesados, utilizar o membro oposto à cirurgia; passar a roupa com o membro do lado operado com precaução, evitando queimaduras, interrompendo se sentir cansaço; não transportar excesso de peso como roupa molhada, preferir estendais baixos; começar por estender as peças de roupa mais leves, aumentando o volume progressivamente e realizando a tarefa de forma clara (Protocolo de serviço: Intervenções de Enfermagem no pré-operatório/pós-operatório à mulher submetida a cirurgia do foro de senologia; Silva et al., 2018).

No trabalho, desporto e lazer, evitar extremos de temperatura e exposição prolongada ao calor como sauna e hidromassagem; aplicar protetor solar e/ou repelente de insetos para evitar queimaduras ou picadas de insetos; evitar soluções de continuidade na pele nas diferentes atividades desenvolvidas; praticar exercício físico regular de intensidade moderada, incluindo os exercícios recomendados pela equipa de enfermagem e de reabilitação física; manter um peso corporal ideal, adotando hábitos de vida saudáveis; evitar trabalho pesado e o uso excessivo ou de repetição com o membro do lado operado; se durante qualquer atividade sentir dor, a mulher deve deitar-se e levantar o membro acima do nível do coração e realizar o exercício de preensão da mãe, entre 15-25 repetições (Protocolo de serviço: Intervenções de Enfermagem no pré-operatório/pós-operatório à mulher submetida a cirurgia do foro de senologia; Silva et al., 2018).

Enquanto mulher, enfermeira e futura enfermeira EESMO coube refletir e compreender sobre estas questões físicas e psicológicas que estas mulheres com afeções da mama atravessam, para prestar cuidados de enfermagem de qualidade e individualizados, com sensibilidade, respeito e empatia, informando e orientando a mulher e família em tratamento bem como, concebendo, planeando, implementado e avaliando intervenções à mulher e também com complicações pós-cirúrgicas, tendo em conta os recursos disponíveis que apoiem física e psicologicamente estas mulheres, como associações voluntárias na causa.

A Associação Oncológica do Algarve (AOA), instituição particular de solidariedade social, sem fins lucrativos, de utilidade pública e com fins de saúde constituída por voluntários, apoia doentes oncológicos através vários serviços como estomaterapia, fisioterapia, terapia da fala, psico-oncologia, gabinete de autoimagem e nutrição. No internamento, encontra-se disponíveis para doação, almofadas em coração e próteses provisórias para as senhoras submetidas a mastectomia, com o intuito de contribuir para o bem-estar da mulher com cancro da mama na fase de tratamento (AOA, 2022).

Participou-se também na Consulta de Enfermagem de Ginecologia – Uroginecologia, onde são abordadas as afeções do aparelho geniturinário, nomeadamente mulheres com prolapso uterino, cistocele, incontinência urinária de urgência, de esforço e mista. Também

são avaliadas puérperas que tiveram partos distócicos instrumentados como ventosa e fórceps ou com lacerações de grau III e IV. E tem como principal objetivo, providenciar uma prestação de cuidados de excelência às mulheres com disfunção do pavimento pélvico bem como a melhoria da sua qualidade de vida.

Na consulta de enfermagem, a sua consecução depende da afeção ginecológica. Mas é intrínseco a todas, a realização da história clínica (anamnese), do exame físico (avaliação da musculatura do pavimento pélvico da mulher através da eficácia da contração do pavimento pélvico) e delineação de um plano de recuperação. As consultas que se assistiu, tratavam-se de mulheres com incontinências urinárias de urgência e mista.

Segundo o Consenso Nacional de Uroginecologia (CNU) (2021) estima-se que 50% da população feminina adulta sofra de incontinência urinária, mas apenas entre 25 a 61% procura tratamento. “A vergonha, a falta de conhecimento sobre as opções de tratamento ou o medo da cirurgia podem ser responsáveis por esta ausência de procura de ajuda” (CNU, 2021, p11). A incontinência urinária tem um impacto profundo no bem-estar e na qualidade de vida, em que muitas vezes, a depressão, a ansiedade, as dificuldades laborais e o isolamento social estão presentes, bem como a incontinência coital, que segundo o CNU (2021) pode afetar até 1/3 de todas as doentes, o medo de incontinência durante a atividade sexual que pode contribuir para uma disfunção sexual.

Nestas consultas evidencia-se o papel fundamental do enfermeiro EESMO na capacitação, empoderamento e promoção da saúde ginecológica no processo de adaptação saúde-doença vivenciada (OE, 2019).

Nas consultas de enfermagem a utentes com incontinência urinária, realizou-se o acolhimento à consulta e a avaliação inicial, que tinha como principais objetivos a classificação da incontinência urinária, procurando esclarecer os sintomas presentes, a sua gravidade, duração, evolução e grau de interferência na qualidade de vida, tal como sugerido no CNU (2021). Providenciou-se o questionário da qualidade na primeira consulta e repetiam ao fim de seis meses de programa de recuperação do pavimento pélvico para avaliação do progresso, assim como a realização do PAD-Test (teste de penso - 1h) e observação do diário miccional da utente.

O PAD-Test pode ser útil na avaliação e demonstração de perda involuntária de urina quando não se verifica no exame físico inicial, possibilitando o aparecimento dos sintomas referidos no contexto das atividades de vida diárias e também permite avaliar a resposta ao tratamento (CNU, 2021).

A principal finalidade de um diário miccional é permitir um auto registo de sintomas durante um período de tempo alargado, que possibilite uma avaliação mais objetiva das queixas da doente (CNU, 2021). Este também poderá funcionar como instrumento de intervenção terapêutica pois permite a mulher obter uma noção mais exata da sua função vesical bem como do controlo da mesma (CNU, 2021).

Desenvolveu-se também competências técnicas, humanas e relacionais para atender às necessidades destas mulheres com afeções do aparelho genito-urinário, que se encontram fragilizadas e vulneráveis pela sua condição clínica no momento e facilitar a sua adaptação à nova situação, climatério, prolapso de órgão pélvico e seu tratamento, endometriose e exames ginecológicos como a citologia, colposcopia e histeroscopia, miomas associados às questões de perda gestacional e tipos de miomectomias e suas implicações, diferentes tipos de aborto e cancro do colo do útero.

Não foi possível devido às restrições atuais participar na consulta de ginecologia, no entanto, desenvolveu-se uma pesquisa sobre as técnicas de ginecologia realizadas como a colposcopia e histeroscopia.

De acordo com a DGS (2007), a maioria dos casos de cancro do colo do útero estão associados à infeção pelo HPV de elevado risco oncogénico. Neste sentido, é fundamental a sua prevenção e o seu tratamento, pois esta patologia é possível prevenir através do cumprimento de protocolos de prevenção, incluindo o rastreio populacional, o diagnóstico, o tratamento e o seguimento de todas as lesões intraepiteliais com potencial evolutivo para cancro (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2014).

Segundo Teixeira et al. (2019), Portugal destaca-se apresentando uma elevada taxa de mortalidade por cancro do colo do útero, comparando com outros países da Europa. Embora existam programas de rastreio, a taxa de mortalidade por esta doença é de 3.9 por 100.000 habitantes (INE, 2019)

Segundo a Liga Portuguesa Contra o Cancro (2021) o HPV é responsável por diversos tipos de cancro: 100% do colo do útero, 84% do ânus, 70% da vagina, 47% do pénis, 40% da vulva e 99% dos condilomas acuminados. Conclui-se que ao contrário das mulheres, o homem não tem um rastreio implementado para a prevenção das doenças anteriormente retratadas. Assim, a forma de reduzir individualmente o risco da doença, além da prevenção de comportamentos de risco e ações formativas é através da vacinação.

O enfermeiro EESMO desempenha um papel crucial na transmissão de conhecimentos e consciencialização sobre a infeção do HPV e sua prevenção, sendo um profissional de saúde diferenciado na educação para a saúde nesta temática.

Segundo Presado (2013), o climatério é uma fase especial do ciclo de vida natural da mulher que integra a menopausa. “Esta fase de transição no ciclo vital da mulher encontra-se associada a transformações que podem influenciar a saúde e a qualidade de vida da mulher e consequentemente ter implicações no relacionamento conjugal” (Presado, 2013, p. 27).

Refletiu-se com a enfermeira orientadora da UCC, como proposta de realização de uma sessão de educação para a saúde na área do climatério uma vez por mês, juntamente com profissionais qualificados, onde fosse abordado em cada sessão uma parte teórica que alude às diferentes alterações sentidas pelas mulheres, e no final da sessão, uma parte prática, onde se desenvolvia atividades, clinicamente comprovadas como opções

terapêuticas, para usufruírem e consequentemente, melhorarem a sua qualidade de vida. Tais como: “osteopatia e a aromaterapia, no sentido de trabalhar o bem-estar e a imagem corporal, pois o corpo é uma pedra basilar na auto-imagem e a aparência adota no contexto da cultura de consumo fundamental para a aceitabilidade social” (Presado, 2013, p. 45); e a prática de yoga que também está retratada na evidência científica, como uma opção relevante no tratamento de sintomatologia vasomotora, especialmente nos afrontamentos.

Não obstante, através do pensamento crítico e revisão da literatura efetuada foi possível desenvolver as competências do enfermeiro EESMO na área da promoção da saúde ginecológica da mulher e na área do diagnóstico precoce e prevenção de complicações relacionadas com as afeções ginecológicas e na área do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa (OE, 2019).

No contexto de Ginecologia que decorreu num período de 3 semanas, compreendido entre 22 de novembro e 10 de dezembro, embora ainda não tivesse o parecer da comissão de ética hospitalar para implementar o projeto no serviço, no decurso do estágio nas situações de perda gestacional contactadas, prestou-se cuidados de enfermagem diferenciados ao casal enlutado conforme os resultados da revisão *scoping* e pôs-se em práticas algumas estratégias que não careciam do parecer da comissão de ética, como providenciar um quarto privativo, demonstrar apoio psicológico e disponibilidade para a partilha de sentimentos, oferecer tempo aos pais, manifestar silêncio compassivo sempre que a situação o exigisse, proporcionando presença autêntica, companheirismo e empatia e facultar apoio da psicóloga do hospital (Easterwood, 2004; Martínez-Serrano et al., 2018; Siassakos et al., 2017; Ávila et al., 2020; Moore, 2013; Forrester, 2008).

Nas entrevistas informais iniciais que foram realizadas a casais com perda gestacional, verificou-se que foram extremamente importantes e significativas, pois permitiu compreender que as perguntas do guião de entrevista se ajustavam e eram pertinentes para o estudo, verificando-se que os casais não se sentiram intimidados e constrangidos após a realização das mesmas.

Em suma, pode-se aferir que foram alcançadas as competências previstas no Regulamento n.º 391/2019 pois foram prestados cuidados à mulher a vivenciar processos de saúde/ginecológica, e grupo-alvo, “promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população” (OE, 2019, p. 13565).

3.2. Competências do Grau de Mestre

A fim de adquirir um conhecimento vasto e diferenciado na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, posto às competências comuns e específicas do enfermeiro EESMO acrescem as competências de Mestre.

Ao longo do percurso formativo do curso de Mestrado em Enfermagem, os objetivos delineados projetaram ir ao encontro das competências para aquisição do grau de Mestre, verificando-se o desenvolvimento de competências clínicas na área de enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, através do aprofundamento do conhecimento sobre a problemática (subcapítulo 1.1.), da realização da revisão *scoping* (subcapítulo 2.1) e da elaboração do projeto na instituição onde exerce funções em cooperação com a equipa multidisciplinar, adaptando “O Cuidar Baseado nas Forças” no cuidado ao casal em gestão de luto por perda gestacional (subcapítulo 1.2.) de acordo com a prática baseada na evidência, contribuindo assim, para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde através da investigação científica, da prática baseada na evidência e no referencial teórico, procurando a capacitação para a governação clínica, liderança de equipas e para a supervisão e gestão dos cuidados e contribuindo para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão autorregulada e especializada (Ministério da Educação e Ciência, 2013). Concomitantemente, com a realização dos ensinamentos clínicos foi exequível desenvolver as competências de Mestre, especificamente a capacidade de “possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que (...) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde (...) [e que] permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação” (Ministério da Educação e Ciência, 2013, p. 4760).

A execução das atividades e trabalhos de cariz científicos suprarreferidos, permitiu também, responder à capacidade de transmitir as conclusões da investigação, bem como, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a profissionais especialistas ou não especialistas, de uma forma clara, concisa e sem ambiguidades, considerando-se que, assim, foram adquiridas competências que possibilitam “uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Ministério da Educação e Ciência, 2013, p. 4760). A revisão *scoping* desenvolvida será proposta, para publicação em revista científica, numa fase posterior.

Com a realização dos ensinamentos clínicos nos distintos contextos, foram adquiridas experiências que possibilitaram a operacionalização dos conhecimentos obtidos, bem como a adaptação a novas realidades e consequentes aprendizagens inerentes no que se refere à capacidade de resolução de problemas em situações novas em contextos multidisciplinares.

Como mencionado no subcapítulo 2.3.1., o cumprimento dos deveres éticos, legais e deontológicos foram uma preocupação constante, tendo como referência os documentos reguladores da profissão, concretizando as competências de Mestre no âmbito da responsabilidade ética e deontológica através de “(...) reflexões sobre as complicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (Ministério da Educação e Ciência, 2013, p. 4761).

Em suma, os conhecimentos, habilidades e competências adquiridas ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na sua componente teórico-prática, assim como, o planeamento e execução do projeto na instituição, contribuíram para a aquisição de conhecimentos científicos e para a prestação de cuidados de excelência, auto-orientada e fundamentada na evidência científica mais recente e pertinente.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo a OE (2015), a filosofia de cuidados em Saúde Materna e Obstétrica, na sua essência, é predominantemente enraizada num modelo de assistência em que o enfermeiro EESMO trabalha em parceria com a mulher inserida na família e comunidade em diferentes estádios da sua vida. E tem por base, uma das condições fundamentais da excelência de cuidados, a atualização contínua de conhecimentos, condição essa que, por sua vez, implica uma evolução positiva dos padrões de qualidade na assistência promovida pelos enfermeiros EESMO.

A concretização deste relatório reflete o percurso académico realizado para a aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro EESMO e de grau de Mestre, tendo a fundamentação teórica como linha norteadora de todas as aprendizagens e conhecimentos adquiridos da prática clínica, procurando elucidar os conceitos considerados significativos para a compreensão do fenómeno de enfermagem em causa.

A sua realização foi extremamente gratificante, contribuindo para o crescimento pessoal e profissional, com vista a uma prestação de cuidados de excelência e diferenciados nas diversas áreas de intervenção: planeamento familiar e preconcepcional, gravidez, parto, puerpério, climatério, ginecologia e comunidade, potenciando a saúde e bem-estar da mulher e família.

O desenvolvimento do projeto na temática da perda gestacional realizado ao longo do estágio com relatório, permitiu a elaboração de um plano de trabalho organizado e baseado na mais recente na evidência científica, defendendo o saber próprio da enfermagem, legitimado pelo rigor da metodologia em que se baseia e reconhecido pela sua aplicabilidade na prática clínica, contribuindo assim, para um processo de luto resolvido por parte dos casais com perda gestacional. Foi também possível constatar através da realização da *Scoping Review*, que a evidência científica disponível relativamente à temática em estudo direcionada para a Enfermagem, nomeadamente, para o enfermeiro EESMO é parca.

A principal conclusão do estudo empírico produzido foi unânime, remetendo para a importância do apoio providenciado pelo enfermeiro EESMO ao casal, durante o internamento. Comparando os resultados da *Scoping Review* com os dados da pesquisa empírica, conclui-se que nem todas as estratégias sugeridas pela evidência científica mais atual e pertinente, são aplicadas na prática clínica. Por conseguinte, compreende-se que a formação dos enfermeiros EESMO nesta problemática, contribua para um aperfeiçoar dos cuidados prestados, assim como, na disseminação do conhecimento da experiência de cuidado em situação de perda gestacional. Contudo, são necessários mais estudos focados na perspetiva da vivência do luto por parte dos casais, mas também nos enfermeiros EESMO, de forma a conhecer as suas experiências pessoais durante a prestação de cuidados a estes casais. Estas perspetivas fornecem também informações valiosas para a prática e a formação

dos futuros profissionais de enfermagem, sendo um incentivo à ação e úteis para gestores, líderes e profissionais, com orientações de atuação para os enfermeiros EESMO no cuidado à mulher e família que vivencia uma perda gestacional. Constata-se que é imprescindível a realização de formação sobre a problemática no seio das equipas multidisciplinares, mas também, durante a formação académica.

A implementação do projeto contribuiu para sensibilizar os enfermeiros EESMO e equipas multidisciplinares sobre a temática da perda gestacional, e a consciencialização do seu papel e responsabilidade enquanto agentes cruciais na promoção de estratégias no cuidar do casal em gestão de luto por perda gestacional, pois integrar a morte de um filho na narrativa de vida de um casal, dar sentido e significado a essa morte, é um desafio extremamente complexo.

Considero que a principal limitação deste projeto se relaciona com recetividade da temática no seio das equipas. Por estar subjacente ao sofrimento e angústia vivida pelos casais que sofrem uma perda gestacional, e que os profissionais de saúde também têm a sua história pessoal de vida, a prestação de cuidados poderá estar comprometida, quando existe a perspetiva do nascimento sem vida, entrando em conflito com a crença mais básica das pessoas e inconscientemente, existir o distanciamento no cuidar, colocando os profissionais desconfortáveis, inseguros e vulneráveis na forma como lidam com a morte de um bebé (*Irish Stillbirth & Neonatal Death Society*, 2007) e, portanto, algumas estratégias que o Enfermeiro EESMO pode e deve facultar aos casais enlutados, não foram bem aceites por parte de alguns profissionais.

Deste modo, verifica-se que os enfermeiros EESMO requerem competências emocionais e apoio das instituições onde exercem funções, sendo fundamental cuidar das equipas, para lidar com os desafios associados à prestação de cuidados no processo de luto e que estas se sintam capacitadas e disponíveis para cuidar autenticamente do outro (*Kalu et al.*, 2019; *Gottlieb*, 2016).

O tempo de espera de resposta do parecer da comissão de ética hospitalar condicionou a realização de entrevistas aos casais que tiveram uma perda gestacional durante esse período e, consequentemente, também foram uma limitação, pois mais achados poderiam trazer mais contributos importantes à prática e à investigação.

Tendo o discernimento de que ainda há muito para percorrer, no que diz respeito à conduta do enfermeiro EESMO perante situações de perda gestacional, fica a motivação e o desejo, que haja continuidade do projeto já desenvolvido até ao momento nos diversos serviços onde foi implementado.

Desta forma, aspira-se o ingresso no Doutoramento em Enfermagem num futuro próximo, para que assim, possa dar continuidade a todo o percurso já desenvolvido, e conseguir implementar a estratégia mais significativa no processo de luto segundo a evidência científica, através do sistema de refrigeração portátil, *Cold Cot* na instituição, e semelhante à

prática de enfermagem desempenhada na Irlanda e outros países que já desenvolvem diariamente esta estratégia, possamos prestar cuidados de excelência, mais humanizados e altamente diferenciados, aos casais em gestão de luto por perda gestacional, oferecendo-lhes tempo para verem e estarem com os seus filhos, tal como mencionado pelos mesmos nas entrevistas realizadas, e contribuir assim, para o desenvolvimento da disciplina e da profissão de Enfermagem.

É de salientar, que durante este caminho, se revelou o meu verdadeiro propósito em ajudar estes casais. Sendo um meus dos pontos fortes, a comunicação com o outro, através do estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz e com empatia, é preciso estar disposto a navegar na sabedoria da incerteza, que significa aprender a ouvir e seguir os comandos do coração, para cuidar de maneira autêntica, espontânea, sincera e contribuir para um processo de luto resolvido destes casais, ajudando-os a encontrarem as suas próprias forças para lidarem com os desafios e adversidades à sua integridade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG (2020). Prelabor Rupture of Membranes. *Practice Bulletin*, n.º217.
- ACOG (2020). Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Practice Bulletin*, 135 (6).
- ACOG (2017). Antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation. *Committee Opinion*, n.º 713.
- Afonso, F. (2010). Estudo Longitudinal da Interrupção Médica da Gravidez: Consequências psicológicas a longo prazo. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Ciências da Saúde- Norte, CESPU. Acedido a 09-11-2021 e disponível em: <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/113>.
- Alden, K. R. (2016). *Newborn Nutrition and Feeding*. In: Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K. & Alden, K. R. *Maternity & Women's Health Care* (11th ed.), 601-632. St Louis: Elsevier.
- Alves, J., Alves N., Ibiapina, F., Busgaib, R., Costa, F. (2010). Ameaça de aborto: conduta baseada em evidências. *Femina*, 38 (2): 111-115.
- Amendoeira, J. (2021). Revisão Sistemática da Literatura - A Scoping Review. *Instituto Politécnico de Santarém Centro de investigação e Qualidade de Vida*, 3-26.
- Atalaya, I., Varela, S., Cruz, A., Torres, B., Díez, J. (2018). Insuficiencia cervical y prolapso de bolsa amniótica “em reloj de arena” em gestante pretérmino.
- Aragão, F. F.; Aragão, P. W.; Martins, C. A.; Leal, K. F. C. S.; Tobias, A. F. (2019) Analgesia de parto no neuroeixo: uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 69, 227-326. Acedido a 10/08/2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003470941730541X>.
- Arbex, G., Arnaut, M., Ruas, R., Almeida, G., Franco, D., Franco T. (2010). Reconstrução de vulva pós-ressecção oncológica com retalhos fasciocutâneos. *Rev Brasil Cirurgia Plástica*, 25:1-102.
- Arruda, P., Coelho, R., Rebouças, K., Tavares, A., Lima, G. (2017). Cirurgia de alta frequência no colo uterino: análise dos fatores de recidiva. *Rev Med UFC*, 57 (3):30-34. DOI: 10.20513/2447-6595.2017v57n3p30-34.
- Avelin, P., Radestad, I., Saflund, K., Wredling, R. & Erlandsson, K. (2012). Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery*, 29, 668–673. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.007>.

- Ávila, M C., Medina, I M F., Jiménez-López, F R., Granero-Molina, J., Hernández-Padilla, J M., Sánchez, E H., Fernández-Sola, C. (2020). Parents' Experiences About Support Following Stillbirth and Neonatal Death. *Advances in Neonatal Care* .20(12), 151-160. **DOI:** 10.1097/ANC.0000000000000703.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bombas, T., Branco, M., Franco, S., Gomes, P., Galhano, E., Fonseca, E., Ramalho, C., Pacheco, A., Alves, M., Carvalho, R., Centeno, M., Araújo, C., Mártires, E., Clode, N., Almeida, M., Moura, P. (2017). Clinical recommendations for late termination of pregnancy including fetal death. *Acta Obstet Ginecol Port*. 11 (2): 132-143.
- Boyle, F M., Horey, D., Dean J H., Loughnan, S., Ludski, K., Mead, J., Homer, C S E., Wilde, D., Morris, J., Flenady, V J. (2020). Stillbirth in Australia 5: Making respectful care after stillbirth a reality: The quest for parent-centred care. *Elsevier, Woman and Birth, Australia*. 33, 531–536. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.08.006>.
- Campenhoudt, L., Marquet, J., Quivy, R. (2017). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Canário, A. (2009). Aspectos Éticos e Psicológicos do Abortamento no Casal (Tese de Mestrado) Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22429/4/Dissertao%20de%20Mestrado%20ASPECTOS%20TICOS%20E%20PSICOLGICOS%20DO%20ABORTAMENTO%20NO%20CASAL%20Catarina%20Canrio%20Agosto%2009.pdf>.
- Carvalho, F. T. & Meyer, L. (2007). Perda Gestacional Tardia: Aspectos a Serem Enfrentados por Mulheres e Conduta Profissional Frente a Essas Situações. *Boletim de Psicologia*. 57(126), 33-48. **DOI:** http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432007000100004&lng=pt&tlng=pt.
- Chapman, V & Charles, C. (2013). *The Midwife's Labour and Birth Handbook*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Chiodi, L. C., Del, N., Aredes, A., Silvan, C. G., Mara, L., & Fonseca, M (2012). Health Education and family of the premature baby: an integrative review. 25(6): 969-974.
- Costa, E.F. (2020). *Psicologia em foco – Temas Contemporâneos*. São Paulo: Editora Científica Digital.

- Costa, M. I. S. (2019). O processo de luto parental após a perda gestacional: um estudo qualitativo (Dissertação de Mestrado) Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/29940>.
- Decreto-Lei n.º 1/2022 (2022). Alarga o período de faltas justificadas em caso de falecimento de descendente ou afim no 1.º grau da linha reta, alterando o Código de Trabalho. Diário da República n.º 1/2022, Série I (de 2022-01-03). **ELI:** <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/1-2022-176907535>.
- Decreto-Lei n.º 58/2019 (2019). Proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. Diário da República n.º 151/2019, Série I (de 2019-08-08). **ELI:** <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/58-2019-123815982>.
- Decreto-Lei n.º 7/2009 (2009). Aprova a revisão do Código de Trabalho. Diário da República n.º 30/2009, Série I (de 2009-02-12). **ELI:** <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/7-2009-602073>.
- Decreto-Lei n.º 324/2007 (2007). Depósito do Certificado Médico de Morte Fetal. Diário da República n.º 188/2007, Série I (de 2007-09-29). **ELI:** <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/106490492/201703020000/73399048/element/diploma/7>.
- Decreto-Lei n.º 74/2006 (2006). Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República n.º 60/2006, Série I-A (de 2006-03-24). **ELI:** <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>.
- DeSantana J.M., Perissinotti D.M., Oliveira Junior J.O., Correia L.M., Oliveira C.M. & Fonseca P.R. (2020). Definição de dor revisada após quatro década. *BrJP*, 3 (3): 197-198. **DOI:** 10.5935/2595-0118.20200191.
- Despacho n.º 5411/97. Estruturação do sector de diagnóstico pré-natal, princípios e orientações. Diário da República nº180, Série (N.º II de 1997-08-06), 9479-9564. **ELI:** <https://files.dre.pt/gratuitos/2s/1997/08/2S180A0000S00.pdf>.
- Despacho n.º 8254/2017. (2017). Orientações Programáticas do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas da Direção Geral da Saúde. *Diário da República*, 2.a série (N.º 183 de 21 de setembro de 2017), 20788-20789. **ELI:** <https://files.dre.pt/2s/2017/09/183000000/2078820789.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde (2020). Cursos de preparação para o parto e parentalidade – CPPP e cursos de recuperação pós-parto CRPP Equidade na transição para a maternidade e paternidade. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2013). Leite Materno, fórmulas, e circuito de biberões e tetinas em ambiente hospitalar.
- Direção Geral da Saúde. (2008). *Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2007). Interrupção Medicamentosa da Gravidez. *Circular Normativa N.º 9/2007*, 1-8.
- Easterwood, B. (2004). Silent Lullabies – Helping Parents Cope with Early Pregnancy loss. *AWHONN Lifelines*. 8 (4), 356-360.
- Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley L., Hodnett, H. & Hofmeyr, J (2005). *Guia para a Atenção Efetiva na Gravidez e no Parto*. Editora Guanabara Koogan AS: Rio de Janeiro.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2021). *Guia orientador de Estágio com Relatório*. Lisboa: ESEL.
- Ewton, D S. (1993). A Perinatal loss Follow-Up Guide for Primary Care. *Elsevier Science Publishing*. 18(12), 30-36.
- Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Coords.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Figueiredo, M (2004). Trabalho em equipa, o contributo dos enfermeiros. *Sinais Vitais*, 10,19-22.
- Forrester, L. (2008). Bereaved parents' experiences of the use of 'cold bedrooms' following the death of their child. *International Journal of Palliative Nursing*. 14(12), 578-585.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Franco, A., Anjos, B., Ribeiro, W., Oliveira, A., Monsores, A., Dias, L., Ranauro, K., Macedo, G. (2021). Sistematização da assistência de enfermagem no cuidado com a mulher mastectomizada: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(9), 1-15. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18121>.
- Freitag, R. (2018). Sociolinguistic samples: random or convenience?. *Revista de Estudos da Linguagem*, 26 (2), 667-686. **DOI:** 10.17851/2237-2083.26.2.667-686.
- Galvão, D. (2006). *Amamentação bem-sucedida: alguns fatores determinantes*. Camarate: Lusociência.

- Garrido, A., Silva Filho, E., Silva Netto, J., Ferreira, A. (2019). Avaliação ecográfica do líquido amniótico: técnicas e valores de referência. *Femina*, 47 (1): 46-51.
- Gasparetto, C., Fernandes, I. (2015). Assistência de Enfermagem à gestante com Placenta Prévia. *Gestão & Saúde*, 12: 27-33.
- González, C. (2005). *Manual Prático do Aleitamento Materno*. Parede Associação Mamamater.
- Gottlieb, L. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças*. Lusodidacta.
- Graça, L. (2017). *Medicina materno-fetal*. (5.^a ed.). Lisboa, Portugal: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Hackett, J., Beresford, B. (2021). “Cold bedrooms” and other cooling facilities in UK children’s hospices, how they are used and why they are offered: A mixed methods study. *Palliative Medicine*. 5(3), 603–610. **DOI:** 10.1177/026921632098.
- Himes, K. (2021). Neuroprotective effects of in utero exposure to magnesium sulfate, 1-10. Acedido a 16-12-2021 e disponível em <http://www.uptodate.com>.
- Instituto Português de Oncologia (2019). Mastectomia. **DOI:** <https://www.ipolisboa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/04/MASTECTOMIA.pdf>.
- International Confederation of Midwives. (2019). Essential Competencies for Midwifery Practice. (2019 Update). [s.l]: [s.n].
- International Council of Nurses (2015). CIPE versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf.
- International Council of Nurses (2012). Combater a desigualdade: da evidência à ação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-português_vfinal_correto.pdf.
- ISANDS (2007). *Guidelines for Professionals*. Dublin.
- Kestelman, F. P., Souza, G. A., Thuler, L. C., Martins, G., Freitas, V. A. R. e Canella, E. O. (2007). Breast Imaging Reporting and Data System - BI-RADS: valor preditivo positivo das categorias 3, 4 e 5. revisão sistemática da literatura. *Radiologia Brasileira*, 40(3), 173– 177. **DOI:** <https://doi.org/10.1590/s0100-39842007000300008>.
- Kalu, F. A., Larkin P. & Coughlan, B. (2019). Development, validation and reliability testing of ‘Perinatal Bereavement Care Confidence Scale (PBCCS)’. *Australian College of Midwives*. e311–e319. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2019.07.001>.

- Kingdon, C., O'Donnell, E., Givens, J., Turner, M. (2015). The Role of Healthcare Professionals in Encouraging Parents to See and Hold Their Stillborn Baby: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *PLoS ONE*, Edwin Robertson. 10(7): e0130059. **Doi:** 10.1371/journal.pone.0130059.
- Kübler-Ross, Elizabeth (1969). *Sobre a Morte e o Morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes*. Martins Fontes.
- Lauwers, J. (2011). *Capacidade de comunicação e aconselhamento. Manual Prático para Consultores de Lactação*. Loures: Lusociência.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. UNICEF. Disponível em: <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>.
- Lorenz, A. S., Lohmann, P. M., & Pissaia, L. F. (2019). Impactos da mastectomia em mulheres diagnosticadas com câncer de mama em relação à autoimagem. *Research, Society and Development*, 8(7), e8871099-e8871099.
- MacDonald, M., Kennedy, K., Moll, S., Pineda, C., Mitchell, L., Stephenson, P. & Cadell, S. (2015). Excluding parental grief: A critical discourse analysis of bereavement accommodation in Canadian labour standards. *Work*, 50, 511-526.
- Mannel, R., Martens, P. & Walker, M. (2011). *Manual Prático para Consultores de Lactação*. Rio de Mouro: Lusociência.
- Martínez-Serrano, P., Palmar-Santos, A. M., Solís-Muñoz, M., Álvarez-Plaza, C., & Pedraz-Marcos, A. (2018). Midwives' experience of delivery care in late foetal death: A qualitative study. *Elsevier, Midwifery*. 66, 127-133. **Doi:** <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.010>.
- Melo, E., Rodrigues, A., Lima, R., Alves, F., Queirós, A., & Fontes, C. (2017). Transição do recém-nascido nos cuidados intensivos para o domicílio, fatores facilitadores e dificultadores percebidos pelos pais: revisão integrativa da literatura. *Referência*.
- Ministério da Educação e Ciência. (2013). Mestrado. Diário Da República 1^a Série N^o 151.
- Miranda, A. M., & Zangão, M. O. (2020). Mothers' experiences of fetal death. *Revista de Enfermagem Referência*. 5(3). e20037. **DOI:** 10.12707/RV20037.
- Moore, A. (2013). After a baby has died. *Nursing Standard*. 27(50), 20-21.
- Nazaré, B., Fonseca, A., Pedrosa, A., & Canavarro, M. (2010). Avaliação e Intervenção Psicológica na Perda Gestacional. *Perítia*. 3, 37-46.

- Néné, M., Marques, R., Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Neves, J. (2019). *Ginecologia Fundamental*. Lisboa: Lidel.
- Neves, J., Oliveira, Y., Carneiro, Y., Bessa, R., Camacho, C., Reis, D., Bergamim, M., Tavares, F. (2019). Melanoma verrucoso de vulva com vulvectomy radical. *Brazilian Journal of Health Review*, 2(5), 4465-4469.
- OMS (2021). *Cuidados de Saúde Primários*. Geneva: World Health Organization. Acedido a 26/04/2022. Disponível em: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>.
- OMS (2017). Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.
- OMS (2015) *Cuidados pós-natais para mães e recém-nascidos*. Geneva: World Health Organization. Acedido a 18/01/2022. Disponível em: <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2016/03/WHO-PNC-2014-Briefer-A4-pr.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padrões-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2015c). *Livro de Bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021). Parecer OPP – Projecto de Lei no 926/XIV/2.^a - Altera o regime de faltas por motivo de luto procedendo à décima sétima alteração ao Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.

- Parecer n.º 03/2010 (2010). Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e do Enfermeiro de Cuidados Gerais no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva. Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. 1-6. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Parecer3_MCEESMO.pdf.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusodidacta.
- Pereira, M. (2006). *Aleitamento Materno - Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação*. Loures. Lusociência.
- Peters M.D.J., Marnie, C., Tricco, C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JB I Evidence Synthesis*. DOI: [10.11124/JBIES-20-00167](https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167)
- Pinto, T., Castro, D., Bringuente, M., Sant'Anna, H., Souza T., & Primo, C (2018). Animação educativa sobre cuidados domiciliários com o prematuro. *Rev Bras. Enferm.* (Online), 71(4): 1604-1610. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0401>.
- Posner, G., Dy, J., Black., A. & Jones, G. (2014). *Trabalho de Parto & Parto de Oxorn e Foote*. AMGH.
- Pordata (2022). Taxa de mortalidade perinatal e neonatal. Acedido a 01.04.2022. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529>.
- Prada, F., Rafael, M. (2016). *Partograma*. In Néné, M.; Marques, R.; Batista, M. (coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, 348–352. Lisboa: Lidel;
- Presado, H. (2013). *Climatério/Menopausa, Relacionamento Conjugal e Qualidade de Vida* (Tese de Doutoramento) Universidade Aberta. Disponível em: [https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2688/3/Helena_Presado_Climatério = Menopausa%20e%20Relacionamento%20Conjugal%20e%20Qualidade%20de%20Vi da.pdf](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2688/3/Helena_Presado_Climat%C3%A9rio_Menopausa%20e%20Relacionamento%20Conjugal%20e%20Qualidade%20de%20Vida.pdf).
- Ramos, V. A. B. (2016). O Processo de Luto. *Psicologia*, 1–16. Acedido a 16/07/2021. Disponível em: https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?o-processo-de-luto&codigo=A1021.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750.

- Regulamento n.º 391/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª Série (N.º 85 de 3 de maio de 2019), 13560-13565. **ELI:** <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>.
- Ribeiro, L., Góes, A. (2021). Processo de trabalho de enfermeiras na consulta ginecológica. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 10 (1). 51-59.
- Ribeiro, C., Moura, C., Sequeira, C., Barbieri, M., & Erdmann, A. (2015). Perceção dos pais e enfermeiros sobre cuidados de enfermagem em neonatologia: Uma revisão integrativa. *Referência*. 4(4):137-146.
- Robinson, M. & Robinson E. (2022). The silent cry: A psychiatric-mental health nurse's guide for fathers experiencing perinatal loss. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29: 619-623. **DOI:** 10.1111/jpm.12849.
- Rolim, L. & Canavarro, M. C. (2001). Perdas e luto durante a gravidez e o puerpério. In M. C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da gravidez e da maternidade*, 255-297.
- Santos, A (2011). NIDCAP: Uma filosofia de cuidados. *Nascer e Crescer*. 20(1): 26-31.
- Sardanelli, F., Fallenberg, E. M., Clauser, P., Trimboli, R. M., Camps-Herrero, J. Helbich, T. H. e Forrai, G. (2016). Mammography: an update of the EUSOBI recommendations on information for women. *The European Breast Cancer Coalition* 8, 11–18. **DOI:** 10.1007/s13244-016-0531-4.
- Schneider, L., Pereira, R. & Ferraz, L. (2020). Prática Baseada em Evidências e a Análise Sociocultural na Atenção Primária. *Revista de Saúde Coletiva*, 30(2): 1-18. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300232>.
- Sequeira, A., Pousa, O., Amaral, C. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Siassakos, D., Jackson, S., Gleeson, K., Chebsey, C., Ellis, A., Storey., C.(2017). All bereaved parents are entitled to good care after stillbirth: a mixed-methods multicentre study (INSIGHT). *BJOG, An International Journal of Obstetrics and Gynecology*. 125:160–170. **DOI:** 10.1111/1471-0528.14765.
- Silva, M.G.D., & Tavares, V. D. S. (2020). Qualidade de vida em pacientes mastectomizadas.
- Silva, A. C. S., Pereira, A. H. C. C., Dias, S. R. S., Figueiredo, M. D. L. F., & Costa, J. P. (2018). Diagnosis and nursing interventions on elderly women who have undergone to mastectomy/Diagnósticos e intervenções de enfermagem em mulheres idosas mastectomizadas/Diagnósticos e intervenciones de enfermería en mujeres ancianas mastectomizadas. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 7 (2), 58-63.

- Sitras, V., Benth, J., Eberhard-Gran, M. (2017). *Obstetric and psychological characteristics of women choosing epidural analgesia during labour: A cohort study*. Ganesh Dangel, National Academy of Medical Sciences. NEPAL. 12 (10). Acedido a 10/08/2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186564>.
- Smith, P., Vasileiou, K., & Jordan A. (2020). Healthcare professionals' perceptions and experiences of using a cold cot following the loss of a baby: a qualitative study in maternity and neonatal units in the UK. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 20(175). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02865-4>.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2021). Consenso Nacional sobre Uroginecologia.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2021). Consenso Clínico “Restrição do Crescimento Fetal”, 1-25.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016). Nascer prematuro em Portugal. Manual para Pais de Bebés Prematuros, 7260, 1.
- Souza, A., Aita, K. & Correa, V. (2021). A compreensão da pessoa biopsicossocial e espiritual como recurso aos cuidados integrais: direitos humanos assegurados no planeamento e ações em saúde coletiva. *Saúde Coletiva: avanços e desafios para a integralidade do cuidado*, 208-223.
- Souza, E., Guerzet, E., Fava, J., Musiello, R. (2014). Colestase intra-hepática da gravidez: evidências científicas para escolha do tratamento. *Femina*, 42 (1): 39-42.
- Stadtlander, L. M. (2012). *The Grief of Caring: Self Care in Helping Grieving Parents of Stillbirth*. *International Journal of Childbirth Education*, 27 (2), 10-13.
- Stofler, M., Nunes, R., Rojas, P., Junior, A., Schneider, I. (2011). Avaliação do desempenho da citologia e colposcopia comparados com a histopatologia no rastreamento e diagnóstico das lesões do colo uterino. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 40 (3), 30-36.
- Táboas, M., Torres, A., Popik, I., Casalta, P., Lima, L., Caldas, J. (2013). Linfedema: revisão e integração de um caso clínico. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 23 (1), 70-78.
- Williamson, C., Geenes, V. (2014). Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 124 (1): 120-133.
- Worden, J. (2018). *Grief counselling and grief therapy (5th Edition): A Handbook for the Mental Health practitioner*. Nova Iorque: Springer.

WHO (2018a). *Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2018). *Recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>.

WHO (2016). Stillbirths 2016: ending preventable stillbirths. *The Lancet*. II Série. 1-8. Acedido a 14/07/2021. Disponível em: <https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/stillbirths2016-exec-summ.pdf>.

WHO (2014). *WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2006). Neonatal and perinatal mortality: Country, regional and global estimates. Geneve: Author.. Acedido a 14/07/2021. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43444/9241563206_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Disponível em: <https://flexmort.com>, acedido a 16/07/2021.

Disponível em: <https://www.seg-social.pt/subsidio-por-interruptao-da-gravidez>, acedido a 16/07/2021.

Disponível em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/23362/3010_subsidio_parental/0bd0fafb-9e8d-4613-8bb4-e9bf3ac7e5f1, acedido a 16/07/2021.

Disponível em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/15017/4003_Sub+de+Funeral/92dd7c36-29cc-4034-b62f-5571c2f111ab, acedido a 16/07/2021.

ANEXOS

ANEXO I – Certificados de Formação sobre a temática nos diferentes contextos
clínicos

Certificado de formação em serviço



Certifica-se que

INÊS COLAÇO FERNANDES BRANCO

*participou na formação em serviço **PERDA GESTACIONAL: ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO CUIDAR DO CASAL BASEADO NAS FORÇAS**, na qualidade de formador(a), que decorreu no dia 08-11-2021, das 14:30 às 16:00 horas, no serviço/unidade - Urgência de Ginecologia e Obstetrícia.*

Faro, 30 de dezembro de 2021
Mariana Santos
Enfermeira Diretora do Centro
Hospitalar Universitário do Algarve, EPE

Mariana Santos
Enfermeira Diretora

Centro Hospitalar Universitário do Algarve
Centro de Formação, Investigação e Conhecimento

Entidade acreditada pela ACSS

Processo de Renovação 22/12/2008 e Despacho Ministerial de 13/12/2009



Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que INES COLACO FERNANDES BRANCO, Enfermeiro (EPE), frequentou a Formação em Serviço PERDA GESTACIONAL: ESTRATEGIAS ENF. OBSTETRA NO CUIDAR DO CASAL BASEADO NAS FORCAS, na qualidade de formador, realizada a 17-03-2022 da Unidade Unidade Hospitalar de Faro, com a duração de 01h00.

Faro, 17 de março de 2022



Francisco M. D. Serra
Director
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que INÊS COLACO FERNANDES BRANCO LACERDA, Enfermeiro (EPE), frequentou a Formação em Serviço PERDA GESTACIONAL: ESTRATEGIAS DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO CUIDAR DO CASAL BASEADO NAS FORÇAS, na qualidade de formador, realizada a 24-03-2022 na Unidade Hospitalar de Faro, com a duração de 01h00.

Faro, 24 de março de 2022



Francisco M. D. Serra
Director
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

ANEXO II – Certificado de Participação no 1º Simpósio de Medicina Materno-Fetal

Certificado

Certifica-se que Inês Colaço Fernandes Branco, participou no evento "1º Simpósio Medicina Materno-Fetal", organizado pelo Serviço de Obstetrícia e pelo Departamento de Ensino, Inovação e Investigação, realizado no dia 4 e 5 de Novembro de 2021 no CHUA - Unidade Hospitalar de Faro.

Faro, 19 de Novembro de 2021

Verónica Teixeira



Coordenação do Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

ANEXO III – Comunicação Oral no XXIII Congresso Nacional & VII Internacional
APEO 2022 no dia 6 de maio de 2022

CERTIFICADO

XXIII Congresso Nacional e VII Internacional APEO 2022

Certifica-se que o(a) Exm^o(^a) Sr.^(a):

Inês Branco

Participou no XXIII Encontro Nacional & VII Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, que decorreu nos dias 5 e 6 de maio de 2022, na Fundação Cupertino Miranda – Porto, Portugal.

Assinado por: VÍTOR MANUEL LEÃO BAPTISTA
VARELA
Num. de identificação: 06706968
Data: 2022.05.19 13:48:38 +0100



Presidente da APEO



Assinado por: ARMINDA ANES PINHEIRO
Num. de identificação: 8097860018
Data: 2022.05.18 12:22:04 +0100



Secretária da APEO

CERTIFICADO

XXIII Congresso Nacional e VII Internacional APEO 2022

Certifica-se que o(a) Exm^o(^a) Sr.^(a) Inês Branco apresentou o trabalho denominado

*Perda gestacional: estratégias do enfermeiro obstetra no cuidar do casal
baseado nas forças*

no XXIII Encontro Nacional & VII Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, que decorreu no dia 6 de maio de 2022, na Fundação Cupertino Miranda – Porto, Portugal, sendo co-autora a Exma. sra. Maria Anabela Santos.

Assinado por: VÍTOR MANUEL LEÃO BAPTISTA
VARELA
Num. de identificação: 06706968
Data: 2022.05.21 17:53:20 +0100



Presidente da APEO



Assinado por: ARMINDA ANES PINHEIRO
Num. de identificação: 8097860018
Data: 2022.05.21 18:36:03 +0100



Comissão Científica

CERTIFICADO

XXIII Congresso Nacional e VII Internacional APEO 2022

Certifica-se que a comunicação oral

*Perda gestacional: estratégias do enfermeiro obstetra no cuidar do
casal baseado nas forças*

Foi distinguido com o terceiro prémio na categoria de comunicações orais no XXIII Encontro Nacional & VII Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, que decorreu nos dias 5 e 6 de maio de 2022, na Fundação Cupertino Miranda – Porto, Portugal, sendo autores as Exmas. sras. Inês Branco e Maria Anabela Santos.

Assinado por: VÍTOR MANUEL LEÃO BAPTISTA
VARELA
Num. de identificação: 06706968
Data: 2022.05.21 17:53:22 +0100



Presidente da APEO



Assinado por: ARMINDA ANES PINHEIRO
Num. de identificação: 8097860018
Data: 2022.05.21 18:36:02 +0100



Comissão Científica

ANEXO IV – Palestrante Convidada nas XV Jornadas Internacionais de
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – Por uma vida melhor no dia 29 de
novembro de 2022



**XV JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTÉTRICA - Modalidade Híbrida (PRESENCIAL/ON-LINE)**

Por uma vida melhor...

Diploma

Para os devidos efeitos certifica-se que:

Inês Branco Lacerda

Portador(a) doc. de identificação

participou com

a Conferência "Cuidados prestados na perda gestacional para melhorar a gestão do luto do casal grávido", como PALESTRANTE, nas

"XV Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Por uma vida melhor...", realizadas nos dias 28 e 29 de Novembro de 2022, no auditório do Centro de Estudos Camilianos, V. N. de Famalicão

A Comissão Organizadora

Famalicão, 29 de Novembro de 2022

**28 e 29 NOV
2022**

Auditório
Centro de Estudos Camilianos
V. N. de Famalicão



**XV JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTÉTRICA - Modalidade Híbrida (PRESENCIAL/ON-LINE)**

Por uma vida melhor...

Diploma

Para os devidos efeitos certifica-se que:

Inês Branco Lacerda

Portador(a) doc. de identificação

esteve presente nas "XV Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Por uma vida melhor...", realizadas nos dias 28 e 29 de Novembro de 2022, no auditório do Centro de estudos Camilianos, V. N. de Famalicão

A Comissão Organizadora

Famalicão, 29 de Novembro de 2022

**28 e 29 NOV
2022**

Auditório
Centro de Estudos Camilianos
V. N. de Famalicão

ANEXO V – Documentos Comissão de Ética

Informação

Número 198/2021

Data 16/02/2022

Serviço Remetente

Despacho superior:

Núcleo de Formação Investigação em Enfermagem –
Centro Formação, Investigação e Conhecimento - Faro

Destinatário

Exma. Sr.^a Enfermeira Diretora do CHUA

Assunto: Pedido de autorização para realização do Estudo
Perda Gestacional: Estratégias do Enfermeiro Obstetra no cuidar do casal baseado nas forças

Trata-se de um **Trabalho académico conferente do grau de Mestre**. Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Estudante: Inês Colaço Fernandes Branco, Enfermeira no serviço de Obstetrícia-UH de Faro, CHUA.

Orientadores da Instituição de Ensino: Maria Anabela Ferreira dos Santos (Prof.^a Doutora-ESEL).

Tipo de Estudo: Projeto de Estágio.

Recolha de Dados: 1. scoping review; Identificação das estratégias do Enfermeiro obstetra a providenciar ao casal na gestão do luto por perda gestacional; 2. Consulta do processo clínico e registos; Recolha de informação através de uma entrevista semiestruturada com os casais em processo de luto, sobre se receberam ajuda e apoio durante o internamento e posteriormente 3. análise de conteúdo; 4. formação em serviço sobre a temática nos vários contextos durante Ensino Clínico;

Locais: Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia; Obstetrícia e SMIPN da UH de Faro do CHUA.

Calendário: Durante os Ensinos Clínicos até final de Julho de 2022.

Objetivos do Estudo:

- Aprofundar conhecimentos sobre a temática da Perda Gestacional e que estratégias existem para providenciar ao casal na gestão do luto;
- Fazer formação em serviço sobre esta temática;
- Elaborar projeto sobre a temática no CHUA;
- melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos casais com perda gestacional;

Mais se informa que o projeto tem a concordância do **Diretor de Serviço de Ginecologia**, Dr. João Dias e o parecer favorável da **Comissão de Ética para a Saúde do CHUA** de 10-02-2022.

O processo encontra-se instruído com os seguintes documentos:

- 1) Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do CHUA;
- 2) Pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde;
- 3) Termos de responsabilidade (de Investigador/Aluno/Orientadores);
- 4) Termo de autorização local (Director de Serviço);
- 5) Curriculum Vitae da Investigadora Principal;
- 6) Certidão de matrícula, Seguro Escolar;
- 7) Folha de rosto do estudo de investigação;
- 8) Proposta do estudo/Projecto.

Pede deferimento

EMANUEL MOURÃO
(74038).

Emanuel Mourão

Enfermeiro Especialista em ESIP., MSc.
(CFIC-NFIE)

Nada a opor, de ch
que me acarne
custos para o CHUA.

Mariana Santos

17/12/2022

Mariana Santos
Enfermeira Diretora do Centro
Hospitalar Universitário do Algarve, EPE

Comissão de Ética para a Saúde

tel. 41110 / 8596

e-mail comissao.etica@cha Algarve.min-saude.pt

Exm.(a) Sr.(a)

Unidade de Investigação

s. ref.

s. com.

n. ref./data 42/22, 10.02.2022

Assunto: *Perda Gestacional: Estratégia do Enfermeiro Obstetra no Cuidar do Casal Baseado nas suas Forças*

No seguimento do solicitado, venho informar que o estudo assinalado em epígrafe foi analisado por esta Comissão de Ética para a Saúde, tendo sido o parecer assinado por:

- Dr. Pedro Leão Neves
- Dr. João Pedro Luz
- Dr. José Luis Coelho
- Enf.^a Glicínia Guerreiro
- Dr. Ilídio Anastácio

Com os melhores cumprimentos,

A Secretária da Comissão de Ética para a Saúde,



Susana Neves

Comissão de Ética para a Saúde

tel. 41110 / 8596

E-mail comissao.etica@ch Algarve.min-saude.pt

Exm.(a) Sr.(a)
Conselho de Administração
Centro Hospitalar Universitário do Algarve

s. ref.

s. com.

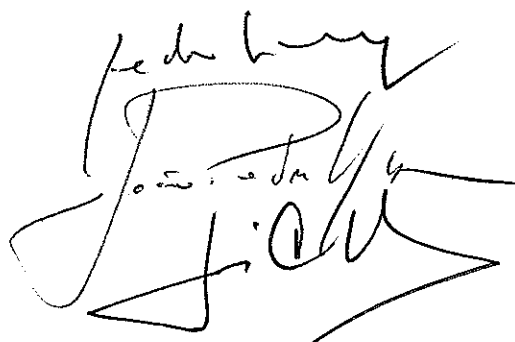
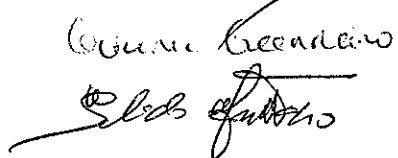
n. ref./data 42/22, 10.02.2022

Assunto: *Perda Gestacional: Estratégia do Enfermeiro Obstetra no Cuidar do Casal Baseado nas suas Forças*

O estudo acima referido tem carácter Institucional e baseia-se na aplicação de um inquérito a ser submetido a utentes que sofreram perda gestacional. A participação é voluntária e os dados estarão devidamente anonimizados. O modelo de consentimento informado é adequado. Existe a devida autorização da direcção do Serviço. Tem interesse clínico, epidemiológico e Institucional.

Não estão em causa os direitos das doentes, podendo ser autorizado.

A Comissão de Ética para a Saúde,


João Paulo

Maria Almeida

ANEXO VI – Síntese do Registo das Atividades Práticas

13. Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

- | | |
|---|------------|
| 1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family counselling and health promotion | <u>37</u> |
| 2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant woman | |
| • Exames Pré-Natais/Prenatal Examinations (100) | <u>148</u> |
| 3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor. | |
| • Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40) | <u>47</u> |
| • Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries | <u>0</u> |
| • Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiple births | <u>0</u> |
| • Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births | <u>8</u> |
| • Episiotomia/Episiotomy | <u>11</u> |
| • Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy | <u>30</u> |
| 4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at risk | |
| • Gravidez/Pregnancy (40) | <u>50</u> |
| • Trabalho de parto/Labor | <u>3</u> |
| • Puerpério/Puerperium | <u>3</u> |
| 5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/Supervision and care to the women in the postnatal period (100) | <u>147</u> |
| 6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/Supervision and care to the healthy new-born (100) | <u>141</u> |
| 7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ Supervision and care to the new-born in need of special care | <u>6</u> |
| 8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/Supervision and care to the women with gynaecological pathology | <u>35</u> |

9. Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual/Supervision and care to the woman in the area of sexual health

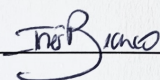
- Colocação de DIU/IUD insertion practice 0
- Colocação de implantes/Implants insertion practice 0
- Observação ginecológica e colpocitologia/Gynecological observation practice and colpocytology 0

10. Prática Simulada/Simulated practice

- Prática em partos eutócicos/Practice eutocic delivery 3
- Prática em partos de apresentação pélvica/Practice in breech presentation deliveries 1
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura/Practice on episiotomy and initiation to the suture technique 2
- Prática na colocação de DIU/IUD insertion practice 0
- Prática na colocação de implantes/Implants insertion practice 0
- Prática de observação ginecológica e colpocitologia/Gynecological observation practice and colpocytology 0

Lisboa, 01 / 07 / 2022

Estudante/Student



Docente/Teacher

Coordenador do Curso/The Course Coordinator

Assinado por: **Maria Anabela Ferreira dos Santos**

Num. de Identificação: 05069744

Data: 2023.04.06 19:27:54+01'00'



APÊNDICES

APÊNDICE I –Tabela das palavras-chave pesquisadas na *CINAHL* e na *MEDLINE*

Tabela das palavras-chave pesquisadas

PCC	Palavras-chave
População	Obstetric Nurse Midwife
Conceito	Couple Grief Mourning Strategies Management
Contexto	Pregnancy loss

APÊNDICE II – Linguagem da Pesquisa

Linguagem da Pesquisa				
PCC	Linguagem Natural	CINAHL Linguagem Indexada	MEDLINE Linguagem Indexada	Academic Search Complete Linguagem Indexada
População	Obstetric Nursing	(MH "Obstetric Nursing")	(MH "Obstetric Nursing")	DE "Maternity nursing" n/a
	Obstetric Nurse	"Obstetric Nurse"	"Obstetric Nurse"	n/a DE "Midwives"
	Bereavement Midwives	"Bereavement Midwives"	"Bereavement midwives"	n/a DE "Nurses"
	Midwives	(MH "Midwives")	"Midwives"	DE "Nurse practitioners"
	Nurse Midwives	(MH "Nurse Midwives")	(MH "Nurse Midwives")	
	Midwife	"Midwife"	"Midwife"	
	Nurses	(MH "Nurses")	(MH "Nurses")	
	OB-GYN Nurse Practitioners	(MH "OB-GYN Nurse Practitioners")	"OB-GYN Nurse Practitioners"	
Conceito	Grief	(MH "Grief")	(MH "Grief")	DE "Grief"
	Mourning	"Mourning"	"Mourning"	n/a
	Bereavement Strategies	(MH "Bereavement")	(MH "Bereavement")	DE "Bereavement"
	Coping	"Strategies"	"Strategies"	DE "Antitakeover strategies"
	Management	(MH "Coping")	"Coping"	DE "Defense mechanisms"
	Couple	(MH "Management")	"Management"	(Psychology)"
	Parents	"Couple"	"Couple"	DE "Psychological adaptation"
		(MH "Parents")	(MH "Parents")	DE "Management" n/a n/a
Contexto	Pregnancy loss	"Pregnancy loss"	"Pregnancy loss"	DE "Recurrent miscarriage"
	Fetus Death	(MH "Pregnancy")	(MH "Pregnancy")	n/a
	Fetal Death	"Loss"	"Loss"	DE "Fetal death"
	Stillbirth	(MH "Fetus")	(MH "Fetus")	DE "Stillbirth"
	Stillborn	(MH "Death")	(MH "Death")	n/a DE "Perinatal death"

	Perinatal Death Abortion, Spontaneous Abortion, Induced Miscarriage	"Fetal Death" "Stillbirth" "Stillborn" (MH "Perinatal Death") (MH "Abortion, Spontaneous") (MH "Abortion, Induced") "Miscarriage"	(MH "Fetal Death") (MH "Stillbirth") "Stillborn" (MH "Perinatal Death") (MH "Abortion, Spontaneous") (MH "Abortion, Induced") "Miscarriage"	DE "Abortion" DE "Miscarriage" DE "Incomplete miscarriage"
--	--	---	---	--

APÊNDICE III - Pesquisa na base de dados *CINAHL Complete*



Tuesday, February 07, 2023 4:28:31 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S93	S25 AND S35 AND S74 AND S85 AND S92	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	8
S92	S88 OR S91	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	179,427
S91	S89 OR S90	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	161,497
S90	Parents	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	161,497
S89	(MH "Parents")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	51,023
S88	S86 OR S87	Expansores - Aplicar	Interface - EBSCOhost	20,357

		assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S87	couple	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	20,357
S86	"couple"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	7,742
S85	S81 AND S84	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	68,352
S84	S82 OR S83	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	617,142
S83	Management	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	617,142
S82	(MH "Management")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa -	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa	13,047

		Booleana/Frase	Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S81	S77 OR S80	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	391,430
S80	S78 OR S79	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	69,407
S79	Coping	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	69,407
S78	(MH "Coping")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	37,653
S77	S75 OR S76	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	340,067
S76	strategies	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL	340,067

			Complete	
S75	"strategies"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	240,629
S74	S38 OR S45 OR S52 OR S55 OR S58 OR S61 OR S64 OR S67 OR S70 OR S73	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	40,557
S73	S71 OR S72	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	12,330
S72	Abortion, Induced	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	12,330
S71	(MH "Abortion, Induced")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	12,087
S70	S68 OR S69	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	7,235

S69	miscarriage	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	7,235
S68	"miscarriage"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	6,511
S67	S65 OR S66	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	6,020
S66	Abortion, Spontaneous	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	6,020
S65	(MH "Abortion, Spontaneous")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	5,988
S64	S62 OR S63	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	10,341
S63	Perinatal Death	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	10,341

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S62	(MH "Perinatal Death")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	9,405
S61	S59 OR S60	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	5,481
S60	stillborn	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	5,481
S59	"stillborn"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	5,462
S58	S56 OR S57	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	11,711
S57	Stillbirth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	11,711

			Base de dados - CINAHL Complete	
S56	"Stillbirth"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	10,833
S55	S53 OR S54	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	6,797
S54	Fetal Death	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	6,797
S53	"Fetal Death"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	6,268
S52	S48 AND S51	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	3,816
S51	S49 OR S50	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	254,877

S50	Death	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	254,877
S49	(MH "Death")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	20,512
S48	S46 OR S47	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	39,306
S47	Fetus	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	39,306
S46	(MH "Fetus")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	22,985
S45	S41 AND S44	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	9,483
S44	S42 OR S43	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	213,535

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S43	Loss	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	213,535
S42	"Loss"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	206,727
S41	S39 OR S40	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	274,245
S40	Pregnancy	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	274,245
S39	(MH "Pregnancy")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	232,477
S38	S36 OR S37	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	2,819

			Base de dados - CINAHL Complete	
S37	Pregnancy loss	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,819
S36	"Pregnancy loss"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,371
S35	S28 OR S31 OR S34	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	20,158
S34	S32 OR S33	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	14,375
S33	Bereavement	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	14,375
S32	(MH "Bereavement")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	8,821

S31	S29 OR S30	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	10,386
S30	mourning	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	10,386
S29	"mourning"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	10,385
S28	S26 OR S27	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	12,856
S27	Grief	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	12,856
S26	(MH "Grief")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	9,144
S25	S3 OR S6 OR S9 OR S12 OR S15 OR S18	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	617,244

	OR S21 OR S24	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S24	S22 OR S23	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	54
S23	OB-GYN Nurse Practitioners	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	54
S22	(MH "OB-GYN Nurse Practitioners")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	42
S21	S19 OR S20	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	591,146
S20	Nurses	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	591,146
S19	(MH "Nurses")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	73,189

			Base de dados - CINAHL Complete	
S18	S16 OR S17	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	44,327
S17	Midwife	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	44,327
S16	"Midwife"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	15,741
S15	S13 OR S14	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	21,235
S14	Nurse Midwives	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	21,235
S13	(MH "Nurse Midwives")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	0

S12	S10 OR S11	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	44,327
S11	Midwives	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	44,327
S10	(MH "Midwives")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	14,515
S9	S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	24
S8	bereavement midwives	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	24
S7	"bereavement midwives"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1
S6	S4 OR S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	1,602

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S5	Obstetric Nurse	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,602
S4	"Obstetric Nurse"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	97
S3	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,517
S2	Obstetric Nursing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,517
S1	(MH "Obstetric Nursing")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1

APÊNDICE IV - Pesquisa na base de dados *MEDLINE* Complete



Tuesday, February 07, 2023 7:00:56 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S93	S25 AND S35 AND S74 AND S85 AND S92	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	3
S92	S88 OR S91	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	438,884
S91	S89 OR S90	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	364,068
S90	Parents	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	364,068
S89	(MH "Parents")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	78,324
S88	S86 OR S87	Expansores - Aplicar	Interface - EBSCOhost	79,782

		assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S87	couple	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	79,782
S86	"couple"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	39,485
S85	S81 AND S84	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	210,679
S84	S82 OR S83	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,902,974
S83	Management	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,902,974
S82	"Management"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa -	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa	1,901,128

		Booleana/Frase	Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S81	S77 OR S80	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,460,243
S80	S78 OR S79	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	71,308
S79	Coping	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	71,308
S78	"Coping"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	70,606
S77	S75 OR S76	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,414,106
S76	strategies	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE	1,414,106

			Complete	
S75	"strategies"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	829,707
S74	S38 OR S45 OR S52 OR S55 OR S58 OR S61 OR S64 OR S67 OR S70 OR S73	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	141,805
S73	S71 OR S72	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	31,976
S72	Abortion, Induced	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	31,976
S71	(MH "Abortion, Induced")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	29,811
S70	S68 OR S69	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	27,020

S69	miscarriage	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	27,020
S68	"miscarriage"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	23,824
S67	S65 OR S66	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	22,216
S66	Abortion, Spontaneous	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	22,216
S65	(MH "Abortion, Spontaneous")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	21,761
S64	S62 OR S63	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	7,638
S63	Perinatal Death	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	7,638

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S62	(MH "Perinatal Death")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,972
S61	S59 OR S60	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	9,167
S60	stillborn	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	9,167
S59	"stillborn"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	8,905
S58	S56 OR S57	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	38,301
S57	Stillbirth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	38,301

			Base de dados - MEDLINE Complete	
S56	(MH "Stillbirth")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	6,087
S55	S53 OR S54	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	32,372
S54	Fetal Death	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	32,372
S53	(MH "Fetal Death")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	24,725
S52	S48 AND S51	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	14,317
S51	S49 OR S50	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,103,352

S50	Death	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,103,352
S49	(MH "Death")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	19,712
S48	S46 OR S47	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	172,818
S47	Fetus	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	172,818
S46	(MH "Fetus")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	82,343
S45	S41 AND S44	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	40,313
S44	S42 OR S43	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	1,207,153

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S43	Loss	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,207,153
S42	"Loss"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,139,168
S41	S39 OR S40	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,080,768
S40	Pregnancy	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,080,768
S39	(MH "Pregnancy")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	971,116
S38	S36 OR S37	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	9,772

			Base de dados - MEDLINE Complete	
S37	Pregnancy loss	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	9,772
S36	"Pregnancy loss"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	8,120
S35	S28 OR S31 OR S34	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	21,596
S34	S32 OR S33	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	14,344
S33	Bereavement	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	14,344
S32	(MH "Bereavement")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	6,520

S31	S29 OR S30	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	10,850
S30	mourning	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	10,850
S29	"mourning"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	10,843
S28	S26 OR S27	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	14,637
S27	Grief	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	14,637
S26	(MH "Grief")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	9,980
S25	S3 OR S6 OR S9 OR S12 OR S15 OR S18	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	509,558

	OR S21 OR S24	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S24	S22 OR S23	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	16
S23	OB-GYN Nurse Practitioners	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	16
S22	"OB-GYN Nurse Practitioners"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	2
S21	S19 OR S20	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	479,912
S20	Nurses	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	479,912
S19	(MH "Nurses")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	44,787

			Base de dados - MEDLINE Complete	
S18	S16 OR S17	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	43,381
S17	Midwife	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	43,381
S16	"Midwife"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	20,148
S15	S13 OR S14	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	11,795
S14	Nurse Midwives	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	11,795
S13	(MH "Nurse Midwives")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	7,507

S12	S10 OR S11	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	43,381
S11	Midwives	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	43,381
S10	"Midwives"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	32,158
S9	S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	13
S8	bereavement midwives	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	13
S7	"bereavement midwives"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	2
S6	S4 OR S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	542

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S5	Obstetric Nurse	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	542
S4	"Obstetric Nurse"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	70
S3	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	8,334
S2	Obstetric Nursing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	8,334
S1	(MH "Obstetric Nursing")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	3,062

APÊNDICE V - Pesquisa na base de dados *Academic Search Complete*



Tuesday, February 07, 2023 8:43:59 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S57	S13 AND S20 AND S42 AND S56	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	3
S56	S52 AND S55	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	5,455
S55	S53 OR S54	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	2,244,595
S54	Management	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	2,244,595
S53	DE "MANAGEMENT"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	71,730
S52	S45 OR S48 OR S51	Expansores - Aplicar	Interface - EBSCOhost	44,953

		assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	
S51	S49 OR S50	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	211
S50	ANTITAKEOVER strategies	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	211
S49	DE "ANTITAKEOVER strategies"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	210
S48	S46 OR S47	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	42,931
S47	PSYCHOLOGICAL adaptation	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	42,931
S46	DE "PSYCHOLOGICAL adaptation"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa -	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa	28,426

		Booleana/Frase	Básica Base de dados - Academic Search Complete	
S45	S43 OR S44	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	2,010
S44	DEFENSE mechanisms (Psychology)	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	2,010
S43	DE "DEFENSE mechanisms (Psychology)"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	1,968
S42	S23 OR S26 OR S29 OR S32 OR S35 OR S38 OR S41	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	93,471
S41	S39 OR S40	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	69,799
S40	ABORTION	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic	69,799

			Search Complete	
S39	DE "ABORTION"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	23,134
S38	S36 OR S37	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	17,302
S37	MISCARRIAGE	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	17,302
S36	DE "MISCARRIAGE"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	8,315
S35	S33 OR S34	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	8,391
S34	PERINATAL death	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	8,391

S33	DE "PERINATAL death"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	4,800
S32	S30 OR S31	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	23,152
S31	Stillbirth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	23,152
S30	DE "STILLBIRTH"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	3,611
S29	S27 OR S28	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	12,243
S28	FETAL death	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	12,243
S27	DE "FETAL death"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	3,115

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	
S26	S24 OR S25	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	210
S25	INCOMPLETE miscarriage	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	210
S24	DE "INCOMPLETE miscarriage"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Academic Search Complete	121
S23	S21 OR S22	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	3,460
S22	RECURRENT miscarriage	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	3,460
S21	DE "RECURRENT miscarriage"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	2,409

			Base de dados - Academic Search Complete	
S20	S16 OR S19	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	29,951
S19	S17 OR S18	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	19,123
S18	BEREAVEMENT	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	19,123
S17	DE "BEREAVEMENT"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	9,123
S16	S14 OR S15	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	22,220
S15	Grief	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	22,220

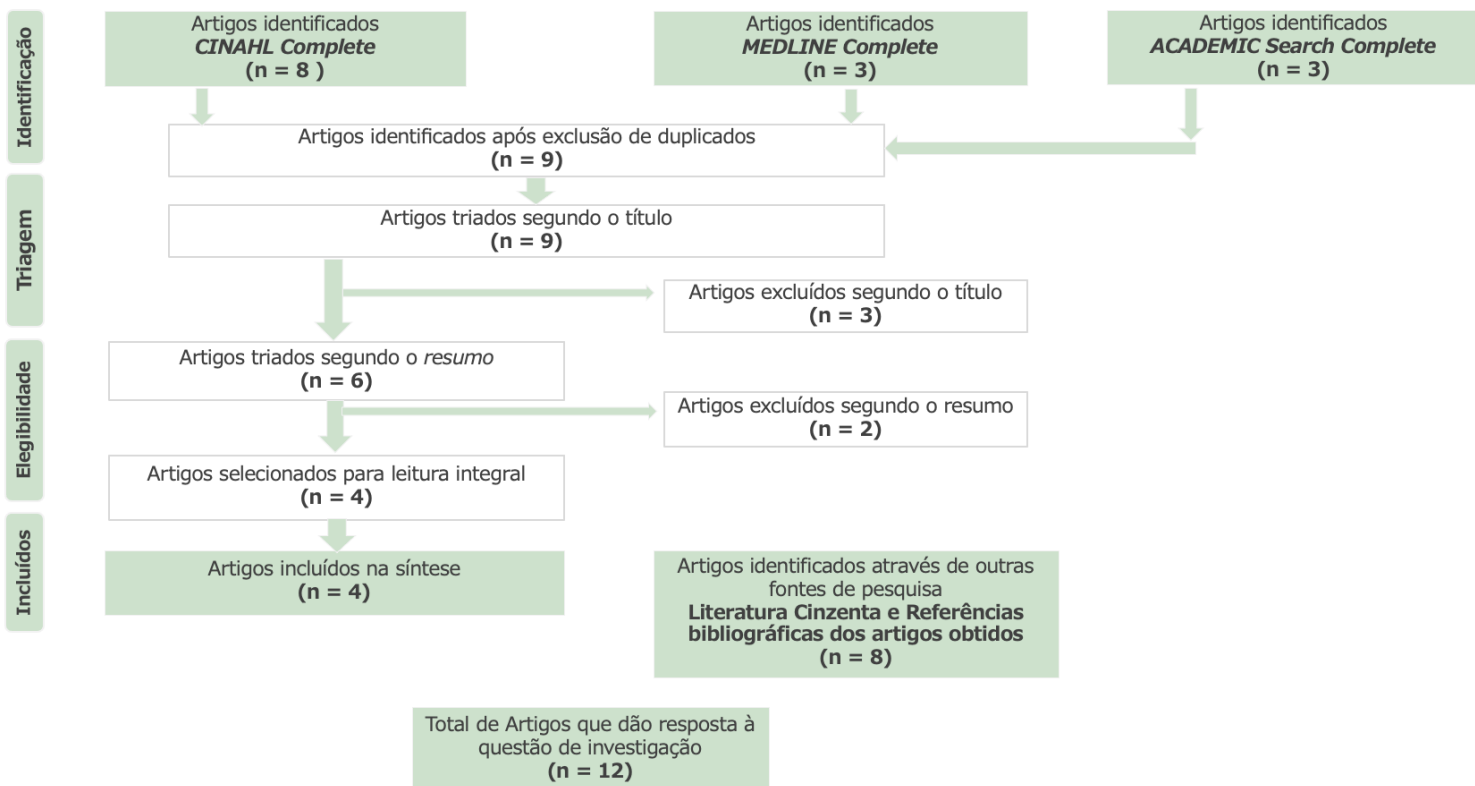
S14	DE "GRIEF"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	9,700
S13	S3 OR S6 OR S9 OR S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	295,849
S12	S10 OR S11	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	22,487
S11	NURSE practitioners	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	22,487
S10	DE "NURSE practitioners"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	8,196
S9	S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	284,704
S8	Nurses	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	285,166

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	
S7	DE "NURSES"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	64,151
S6	S4 OR S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	16,933
S5	MIDWIVES	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	16,933
S4	DE "MIDWIVES"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	5,792
S3	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	981
S2	MATERNITY nursing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	981

			Base de dados - Academic Search Complete	
S1	DE "MATERNITY nursing"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	765

APÊNDICE VI - Diagrama de fluxo da estratégia de pesquisa

Prisma Flow Diagram da Scoping Review



APÊNDICE VII – Tabelas de Extração de Dados

Tabela de Extração de Dados 1

Fonte (editor e local)	<i>AWHONN Lifelines, Tacoma Washington.</i>
Autores	<i>Easterwood, B.</i>
Título	<i>Silent Lullabies – Helping Parents Cope with Early Pregnancy loss</i>
Ano de Publicação	2004
Palavras-Chave	n/a
Objetivo	Exposição do Programa - Algoritmo da Perda Gestacional - para enfermeiros obstetras e estratégias dos mesmos para providenciar aos pais em processo de luto segundo as recomendações da revisão da literatura efetuada e da <i>World Wide Web</i> .
Questão de Estudo	n/a
Tipo de Estudo	n/a
Metodologia/Participantes	O programa da perda gestacional na instituição, foi iniciado em janeiro 2001. Nos primeiros três anos, fizeram contato com 332 mulheres com perda gestacional. A resposta ao programa tem sido muito satisfatória, pois as mulheres ficam muito gratas pela validação do significado da sua perda.
Contexto	Hospitalar
Estratégias do Enfermeiro Obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional	- Desenvolver um programa que apoie e ajude mulheres e famílias que vivenciam a perda gestacional; - Desenvolver grupos de apoio para os casais; - Realizar a caixa de memórias do bebê;

	- Promover escuta ativa; - Realizar perguntas abertas; - Promover uma relação terapêutica com os pais, na base da confiança e empatia; - Não fazer julgamentos, nem determinar os seus próprios sentimentos e valores sobrepostos ao da mulher; - Discutir estratégias com os pais, de forma, a ajudar os filhos mais velhos a lidarem com a perda; - Reencaminhar os casais para profissionais especializados no luto, sempre que necessário; - Providenciar o livro “<i>Miscarriage – A Book for Parents</i>” publicado pela <i>Centering Corporation, Catalog of Grief Resources</i>; - Divulgar folheto com informações sobre os grupos de apoio ao luto da área; - Partilhar um cartão de condolências, com uma nota manuscrita pelo enfermeiro; - Partilhar um poema escrito por uma mãe anónima sobre a perda gestacional; - Providenciar cartão de visita da enfermeira especializada na perda gestacional, com seu horário de trabalho e número de contato; - Oferecer acessório em forma de coração em memória do bebé;
Sugestões do Estudo	n/a

Tabela de Extração de Dados 2

Fonte (editor e local)	<i>Elsevier, Midwifery, Madrid, Spain.</i>
Autores	<i>Martínez-Serrano, P., Palmar-Santos, A M., Solís-Muñoz, M., Álvarez-Plaza, C., Pedraz-Marcos, A.</i>
Título	<i>Midwives' experience of delivery care in late foetal death: A qualitative study</i>
Ano de Publicação	2018
Palavras-Chave	<i>Delivery; Foetal death; Midwife; Obstetrics; Stillbirth</i>
Objetivo	Explorar as experiências das parteiras sobre a atenção dada durante o trabalho de parto aos pais com morte fetal tardia
Questão de Estudo	n/a
Tipo de Estudo	Estudo qualitativo
Metodologia/Participantes	Abordagem fenomenológica hermenêutico-interpretativa, análise de dados segundo <i>Van Manen</i> . Foram realizadas entrevistas a três grupos focais com uma amostra de 18 parteiras.
Contexto	10 hospitais públicos e 1 Centro de Saúde
Estratégias do Enfermeiro Obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional	- Utilizar técnicas de comunicação adequadas: explicações claras usando uma linguagem corrente e sensível, em vez de terminologia técnica; silêncio, vista como uma ferramenta de comunicação fundamental no processo do luto, no qual se destaca, o “silêncio compassivo”, como uma forma de permanecer com o casal, proporcionando presença autêntica, companheirismo e empatia. - Gerir a informação de forma faseada a transmitir aos casais;

	- Oferecer tempo aos casais, para aceitação da realidade; - Providenciar apoio psicológico aos casais, começando no momento do diagnóstico, e ao longo de todo o processo; - Garantir a continuidade de cuidados; - Utilização do toque/contacto físico (comunicação não verbal); - Assegurar os cuidados de enfermagem pelo enfermeiro EESMO, profissional de referência, no cuidar dos casais por perda gestacional; - Desenvolver grupos de apoio para os casais, ministrados por Enfermeiros EESMO nos cuidados de saúde primários;
Sugestões do Estudo	Diretrizes de ação para profissionais de saúde, em situação de perda gestacional.

Tabela de Extração de Dados 3

Fonte (editor e local)	<i>BJOG, An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, United Kingdom.</i>
Autores	<i>Siassakos, D., Jackson, S., Gleeson, K., Chebsey, C., Ellis, A., Storey., C.</i>
Título	<i>All bereaved parents are entitled to good care after stillbirth: a mixed-methods multicentre study (INSIGHT)</i>
Ano de Publicação	2017
Palavras-Chave	<i>Bereavement; Communication; Mode of Birth; Post-mortem; Stillbirth; Training</i>
Objetivo	Compreender os desafios no cuidado após a morte fetal e fornecer soluções personalizadas
Questão de Estudo	n/a
Tipo de Estudo	Estudo Misto
Metodologia/Participantes	Análise de dados, através de entrevistas semiestruturadas a pais com nado-morto e a grupos de foco de profissionais e investigação de prestação de serviços;
Contexto	Hospitalar, três maternidades
Estratégias do Enfermeiro Obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional	- Providenciar um quarto privativo aos casais; - Discutir com os casais o modo de nascimento do nado-morto, incluindo a preparação completa para cada etapa do processo, as opções de alívio da dor, desenvolvendo um plano de parto centrado nas suas necessidades; - Proporcionar um cuidado holístico; - Não encontrar uma justificação para o nado-morto;

	- Ajudar os casais a expressar as suas preocupações; - Providenciar suporte emocional; - Efetuar o <i>debriefing</i> e a consulta de acompanhamento para ajudar na incerteza; - Demonstrar respeito e compreensão pelos casais enlutados.
Sugestões do Estudo	Como melhorar o atendimento global prestado pelos profissionais aos pais em situações de morte-fetal.

Tabela de Extração de Dados 4

Fonte (editor e local)	<i>Elsevier Science Publishing, Virginia.</i>
Autores	<i>Ewton, D S.</i>
Título	<i>A Perinatal loss Follow-Up Guide for Primary Care</i>
Ano de Publicação	1993
Palavras-Chave	n/a
Objetivo	Descrever o guia para o acompanhamento na perda perinatal, nas consultas dos cuidados de saúde primários, facilitando o processo de luto e evitar o luto não resolvido. Inclui orientações para a avaliação física e emocional, revisão dos acontecimentos em torno da perda, identificação dos mecanismos de <i>coping</i> e sistema de apoio.
Questão de Estudo	n/a
Tipo de Estudo	n/a
Metodologia/Participantes	n/a
Contexto	Hospitalar
Estratégias do Enfermeiro Obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional	- Acompanhar os casais com perda perinatal, providenciando-lhes apoio emocional ao longo do processo de luto, que se inicia no momento da perda e deve continuar nas consultas de acompanhamento após a alta hospitalar.
Sugestões do Estudo	n/a

Tabela de Extração de Dados 5

Fonte (editor e local)	<i>Elsevier, Woman and Birth, Australia.</i>
Autores	<i>Boyle, F M., Horey, D., Dean J H., Loughnan, S., Ludski, K., Mead, J., Homer, C S E., Wilde, D., Morris, J., Flenady, V J.</i>
Título	<i>Stillbirth in Australia 5: Making respectful care after stillbirth a reality: The quest for parent-centred care</i>
Ano de Publicação	2020
Palavras-Chave	<i>Stillbirth; Bereavement care; Parents; Decision making</i>
Objetivo	Demonstrar uma abordagem nacional que pode melhorar o atendimento após o parto de um nado-morto, através da identificação de prioridades dos pais enlutados e permitir que estes se envolvam na tomada de decisão compartilhada.
Questão de Estudo	n/a
Tipo de Estudo	n/a
Metodologia/Participantes	n/a
Contexto	hospitalar
Estratégias do Enfermeiro Obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional	- Envolver os casais na tomada de decisão de acordo com a situação, pessoal, cultural e espiritual; - Disseminar o Programa de Apoio ao Luto via online devido a mudanças no atendimento aos casais, impostas pela pandemia COVID-19;
Sugestões do Estudo	n/a

Tabela de Extração de Dados 6

Fonte (editor e local)	<i>Advances in Neonatal Care, Spain.</i>
Autores	<i>Ávila, M C., Medina, I M F., Jiménez-López, F R., Granero-Molina, J., Hernández-Padilla, J M., Sánchez, E H., Fernández-Sola, C.</i>
Título	<i>Parents' Experiences About Support Following Stillbirth and Neonatal Death</i>
Ano de Publicação	2020
Palavras-Chave	<i>Grief; Neonatal death; Parents; Perinatal loss; Professional support; Qualitative research; Social support; Stillbirth</i>
Objetivo	Descrever e compreender as vivências dos pais em relação ao suporte profissional e social após morte fetal e morte neonatal.
Questão de Estudo	n/a
Tipo de Estudo	Estudo qualitativo
Metodologia/Participantes	Baseado na fenomenologia hermenêutica de <i>Gadamer</i> . Foram realizadas 21 entrevistas semiestruturadas. Participaram no estudo 21 pais (13 mães e 8 pais).
Contexto	Hospitalar
Estratégias do Enfermeiro Obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional	- Providenciar apoio emocional aos casais enlutados; - Oferecer lembrança em memória do bebê; - Incentivar os casais a ter experiências com o seu filho, como ver e pegar ao colo, respeitando sempre a decisão final; - Providenciar informações sobre os recursos, após a alta.
Sugestões do Estudo	Atitudes e comportamentos dos profissionais em relação à dor dos pais;

	Necessidades emocionais dos profissionais de saúde; Família, crianças e amigos como um elemento de apoio no luto dos pais; A eficácia das intervenções atuais, sobre o luto dos pais, ao longo do tempo.
--	---

Tabela de Extração de Dados 7

Fonte (editor e local)	<i>Palliative Medicine, United Kingdom.</i>
Autores	<i>Hackett, J., Beresford, B.</i>
Título	<i>“Cold bedrooms” and other cooling facilities in UK children’s hospices, how they are used and why they are offered: A mixed methods study</i>
Ano de Publicação	2021
Palavras-Chave	<i>Cold bedrooms; Cooling facilities; Cooling blanket; Cold cot, Bereavement; Grief; Paediatric palliative care</i>
Objetivo	Descrever o tipo e uso de instalações de refrigeração em hospitais pediátricos no Reino Unido, políticas e práticas relacionadas ao seu uso e quaisquer mudanças ao longo do tempo. Relatar opiniões dos diretores clínicos sobre a finalidade das instalações de refrigeração e a sua justificação para as práticas específicas do hospital.
Questão de Estudo	n/a
Tipo de Estudo	Estudo misto
Metodologia/Participantes	Através de entrevistas telefônicas semiestruturadas. Os dados da pesquisa foram analisados por meio de estatística descritiva e os dados das entrevistas por meio de análise de conteúdo. Os participantes são diretores clínicos de hospitais pediátricos, definidos como: profissionais não envolvidos diretamente nos cuidados/apoio às crianças e suas famílias, mas responsáveis pela liderança, gestão, desenvolvimento e transformação dos serviços clínicos.

Contexto	41 hospitais
Estratégias do Enfermeiro Obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional	- Oferecer tempo aos casais para se ajustarem à realidade da morte do seu filho e assimilar a separação/situação (opção do sistema de refrigeração no hospital ou no domicílio com sistema de refrigeração portátil); - Permitir que os casais possam ter proximidade e livre acesso à criança falecida para sentar, falar, tocar, segurar, deitar-se com ela e prestar-lhe cuidados; - Respeitar as tradições culturais e crenças religiosas e espirituais. - Providenciar suporte qualificado e holístico aos casais.
Sugestões do Estudo	Entender melhor como as instalações de refrigeração podem afetar os processos iniciais de luto e o impacto das práticas e cuidados relacionados às instalações que possuem o sistema de refrigeração.

Tabela de Extração de Dados 8

Fonte (editor e local)	<i>Nursing Standard, Harlow, England.</i>
Autores	<i>Moore, A.</i>
Título	<i>After a baby has died</i>
Ano de Publicação	2013
Palavras-Chave	n/a
Objetivo	Ajudar a equipa multidisciplinar do <i>Princess Alexandra Hospital</i> , a compreender o que os pais estão a passar e o que pode ser feito para ajudá-los no processo do luto.
Questão de Estudo	n/a
Tipo de Estudo	n/a
Metodologia/Participantes	n/a
Contexto	Hospitalar
Estratégias do Enfermeiro Obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional	- Proporcionar que os casais vejam o bebé (alguns optam por não ver, mas podem pedir que a equipa descreva a sua aparência); - Caixa de recordações contendo impressões da(s) mão(s) e/ou pé(s) do bebé; - Tirar fotografias ao bebé e/ou com os pais; - Oferecer a visita do ministro da religião, se os casais assim o desejarem.
Sugestões do Estudo	n/a

Tabela de Extração de Dados 9

Fonte (editor e local)	<i>PLoS ONE, Edwin Robertson, Harvard Medical School, United States.</i>
Autores	<i>Kingdon, C., O'Donnell, E., Givens, J., Turner, M.</i>
Título	<i>The Role of Healthcare Professionals in Encouraging Parents to See and Hold Their Stillborn Baby: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies</i>
Ano de Publicação	2015
Palavras-Chave	<i>Seeing; Holding; Contact; Perinatal death; Pregnancy loss; Fetal death; Stillborn; Stillbirth; Grief; Bereavement; Psychology</i>
Objetivo	Informar o desenvolvimento futuro de diretrizes por meio de uma síntese de estudos qualitativos relatando dados relevantes para a questão de pesquisa.
Questão de Estudo	Como a abordagem dos profissionais de saúde para ver e segurar o bebê após o nascimento de um filho nado-morto afeta as opiniões e experiências dos pais?
Tipo de Estudo	Estudo qualitativo
Metodologia/Participantes	Metassíntese
Contexto	Hospitalar
Estratégias do Enfermeiro Obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional	- Tratar o bebê pelo nome, caso já tenha; - Proporcionar e incentivar ativamente os pais verem e segurarem o seu bebê (respeitando a sua decisão final) pois a oportunidade de contato é limitada e definitiva; - Fornecer informações e orientações de como a aparência do bebê vai ficar com o passar do tempo, a temperatura e toque (o

	desconhecido às vezes causa apreensão e medo).
Sugestões do Estudo	n/a

Tabela de Extração de Dados 10

Fonte (editor e local)	<i>International Journal of Palliative Nursing, England.</i>
Autores	<i>Forrester, L.</i>
Título	<i>Bereaved parents' experiences of the use of 'cold bedrooms' following the death of their child</i>
Ano de Publicação	2008
Palavras-Chave	<i>Bereavement; Cold bedrooms; Paediatric palliative care; Parents' experiences</i>
Objetivo	Explorar as experiências das famílias cujas crianças foram cuidadas num quarto de refrigeração num hospital pediátrico no sudeste da Inglaterra
Questão de Estudo	n/a
Tipo de Estudo	Estudo qualitativo
Metodologia/Participantes	Revisão da literatura em base de dados <i>MEDLINE, CINAHL, Cochrane e Pediatric Palliative Literature</i> e pesquisa em bibliografia pediátrica. Questionários para 31 famílias.
Contexto	Hospitalar
Estratégias do Enfermeiro Obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional	- Providenciar apoio físico, prático e emocional aos casais para estes puderem continuar a proceder como pais do seu filho; - Oferecer tempo aos casais, para enfrentar a realidade da morte do filho, e despedirem-se a seu ritmo até ao funeral; - Incentivar os casais a segurar e tocar no seu filho e obter lembranças como impressão das mãos e/ou pés;

	- Proporcionar a opção de prestarem cuidados ao corpo do seu filho, estabelecendo um vínculo; - Oferecer atividades terapêuticas e recreativas aos irmãos, para os casais terem tempo a sós com a criança falecida; - Permitir que os casais decorem o quarto a seu gosto com os pertences pessoais, dos seus filhos, como cartões, fotografias, brinquedos, balões, luzes coloridas, velas, entre outros; - Proporcionar música ambiente, da preferência dos casais.
Sugestões do Estudo	n/a

Tabela de Extração de Dados 11

Fonte (editor e local)	<i>BMC Pregnancy and Childbirth, United Kingdom</i>
Autores	<i>Smith, P., Vasileiou, K., Jordan, A.</i>
Título	<i>Healthcare professionals' perceptions and experiences of using a cold cot following the loss of a baby: a qualitative study in maternity and neonatal units in the UK</i>
Ano de Publicação	2020
Palavras-Chave	<i>Cold cot; Cooling technology; Perinatal mortality; Stillbirth; Healthcare professionals; Qualitative interviews; UK</i>
Objetivo	Explorar e compreender como os profissionais de saúde vivenciam e entendem a realidade vivida da perda de um bebê, a partir de sua própria perspectiva.
Questão de Estudo	n/a
Tipo de Estudo	Estudo qualitativo
Metodologia/Participantes	Análise de dados 33 participantes todas mulheres: parteiras, médicas, enfermeira neonatal e auxiliares de enfermagem
Contexto	Hospitalar
Estratégias do Enfermeiro Obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional	- Oferecer tempo aos casais, para se despedirem-se a seu ritmo, até ao funeral; - Proporcionar momentos aos casais com o seu filho, como ver, segurar e vestir o bebê; - Criar a caixa de memórias do bebê, através da impressão da(s) mão(s) e/ou pé(s), retirar mecha de cabelo, e fotografia(s);

	- Permitir que os casais se conectem com o bebê e estabeleçam um vínculo, para se sentirem como uma unidade familiar.
Sugestões do Estudo	n/a

Tabela de Extração de Dados 12

Fonte (editor e local)	<i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, New Jersey</i>
Autores	<i>Mamilda Robinson, M., Robinson Esq, C.</i>
Título	<i>The silent cry: A psychiatric-mental health nurse's guide for fathers experiencing perinatal loss</i>
Ano de Publicação	2022
Palavras-Chave	<i>Childbirth; Coping; Grief; Loss; Maternal mental health; Trauma</i>
Objetivo	Compreender a experiência de luto dos pais perante a perda perinatal e discutir como os profissionais de saúde podem abordar o luto dos pais.
Questão de Estudo	n/a
Tipo de Estudo	n/a
Metodologia/Participantes	Vivência de um casal face a cinco perdas perinatais, durante um período de 10 anos, de 23 de fevereiro de 2007 a 27 de dezembro de 2017 – coautoria de marido e mulher.
Contexto	Hospitalar
Estratégias do Enfermeiro Obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional	- Providenciar apoio psicológico ao pai, em consulta de privada ou contacto direto por telemóvel; - Responder às necessidades prementes do pai no apoio à saúde mental, ouvindo, interpretando e confortando durante o momento de luto vivido; - Promover empatia; - Não fazer julgamentos.
Sugestões do Estudo	n/a

APÊNDICE VIII – Categorias das Estratégias do Enfermeiro Obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional

Categorização das Estratégias do Enfermeiro Obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional

Categoria A – Estratégias do enfermeiro obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional: Alterações Físicas

1. Providenciar um quarto privativo aos casais;
2. (Não aplicável);
3. (Não aplicável);
4. Promover uma relação terapêutica com os casais, na base da confiança e empatia;
5. Promover escuta ativa;
6. Utilizar técnicas de comunicação adequadas: explicações claras usando uma linguagem corrente e sensível, em vez de terminologia técnica; silêncio, vista como uma ferramenta de comunicação fundamental no processo do luto, no qual se destaca, o “silêncio compassivo”, como uma forma de permanecer com o casal, proporcionando presença autêntica, companheirismo e empatia; perguntas abertas em detrimento das fechadas; não fazer julgamentos, nem determinar os seus próprios sentimentos e valores sobrepostos aos do casal;
7. Gerir a informação de forma faseada a transmitir aos casais;
8. Utilização do toque/contacto físico;
9. (Não aplicável);
10. Demonstrar respeito e compreensão pelos casais enlutados;
11. Garantir a continuidade de cuidados;
12. Assegurar os cuidados de enfermagem pelo enfermeiro EESMO, profissional de referência, no cuidar dos casais por perda gestacional;
13. Proporcionar um cuidado holístico aos casais;
14. Envolver os casais na tomada de decisão sobre o modo de nascimento do nado-morto, incluindo a preparação completa para cada etapa do processo, as opções de alívio da dor, desenvolvendo um plano de parto centrado nas suas necessidades pessoais, culturais e espirituais;
15. Não encontrar uma justificação para o nado-morto;
16. (Não aplicável);
17. Fornecer informações e orientações de como a aparência do bebé vai ficar com o passar do tempo, a temperatura e toque;
18. (Não aplicável);
19. Descrever a aparência do nado-morto caso os casais optem por não ver e peçam detalhes;
20. (Não aplicável);

21. Tratar o bebê sempre pelo nome, caso já tenha;
22. (Não aplicável);
23. (Não aplicável);
24. Desenvolver um programa que apoie e ajude mulheres e famílias que vivenciam a perda gestacional;
25. Disseminar o programa de apoio ao luto via online devido a mudanças no atendimento aos casais, impostas pela pandemia COVID-19;
26. Desenvolver grupos de apoio para os casais, ministrados por Enfermeiros EESMO;
27. Ajudar os casais a expressar as suas preocupações;
28. Realizar a caixa de memórias do bebê contendo impressões da(s) mão(s) e/ou pé(s) do bebê, mecha de cabelo e fotografia(s);
29. (Não aplicável);
30. (Não aplicável);
31. Reencaminhar os casais para profissionais especializados no luto, sempre que necessário;
32. Providenciar o livro “*Miscarriage – A Book for Parents*” publicado pela *Centering Corporation, Catalog of Grief Resources*;
33. (Não aplicável);
34. (Não aplicável);
35. (Não aplicável);
36. Providenciar o cartão de visita da enfermeira especializada na perda gestacional, com seu horário de trabalho e número de contato;
37. (Não aplicável);
38. Providenciar informações sobre os recursos após a alta;
39. Efetuar o *debriefing* e a consulta de acompanhamento aos casais, após a alta hospitalar.

Categoria B – Estratégias do enfermeiro obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional: Alterações Psicológicas

1. Providenciar um quarto privativo aos casais;
2. Permitir que os casais decorem o quarto a seu gosto com os pertences pessoais, dos seus filhos, como cartões, fotografias, brinquedos, balões, luzes coloridas, velas, entre outros;
3. Proporcionar música ambiente, da preferência dos casais, caso assim o desejem;
4. Promover uma relação terapêutica com os casais, na base da confiança e empatia;
5. Promover escuta ativa;
6. Utilizar técnicas de comunicação adequadas: explanações claras usando uma linguagem corrente e sensível, em vez de terminologia técnica; silêncio, vista como

uma ferramenta de comunicação fundamental no processo do luto, no qual se destaca, o “silêncio compassivo”, como uma forma de permanecer com o casal, proporcionando presença autêntica, companheirismo e empatia; perguntas abertas em detrimento das fechadas; não fazer julgamentos, nem determinar os seus próprios sentimentos e valores sobrepostos aos do casal;

7. Gerir a informação de forma faseada a transmitir aos casais;
 8. Utilização do toque/contacto físico;
 9. Providenciar apoio psicológico e emocional aos casais, começando no momento do diagnóstico, e ao longo de todo o processo;
 10. Demonstrar respeito e compreensão pelos casais enlutados;
 11. Garantir a continuidade de cuidados;
 12. Assegurar os cuidados de enfermagem pelo enfermeiro EESMO, profissional de referência, no cuidar dos casais por perda gestacional;
 13. Proporcionar um cuidado holístico aos casais;
 14. Envolver os casais na tomada de decisão sobre o modo de nascimento do nado-morto, incluindo a preparação completa para cada etapa do processo, as opções de alívio da dor, desenvolvendo um plano de parto centrado nas suas necessidades pessoais, culturais e espirituais;
 15. Não encontrar uma justificação para o nado-morto;
 16. Oferecer tempo aos casais para se ajustarem à realidade da morte do seu filho e assimilar a separação/situação (opção do sistema de refrigeração no hospital ou no domicílio);
 17. Fornecer informações e orientações de como a aparência do bebé vai ficar com o passar do tempo, a temperatura e toque;
 18. Incentivar os casais a ver e pegar ao colo o seu filho, respeitando sempre a decisão final;
 19. Descrever a aparência do nado-morto caso os casais optem por não ver e peçam detalhes;
 20. Permitir que os casais possam ter proximidade e livre acesso à criança falecida, para sentar, falar, tocar, segurar, deitar-se com ela e prestar-lhe cuidados, para estabelecerem um vínculo, e se sentirem como uma unidade familiar;
 21. Tratar o bebé sempre pelo nome, caso já tenha;
 22. Respeitar as tradições culturais e crenças religiosas e espirituais dos casais;
 23. Oferecer a visita do ministro da religião, se os casais assim o desejarem;
 24. Desenvolver um programa que apoie e ajude mulheres e famílias que vivenciam a perda gestacional;
 25. Disseminar o programa de apoio ao luto via online devido a mudanças no atendimento aos casais, impostas pela pandemia COVID-19;
-

26. Desenvolver grupos de apoio para os casais, ministrados por Enfermeiros EESMO;
27. Ajudar os casais a expressar as suas preocupações;
28. Realizar a caixa de memórias do bebé contendo impressões da(s) mão(s) e/ou pé(s) do bebé, mecha de cabelo e fotografia(s);
29. Discutir estratégias com os casais, de forma, a ajudar os filhos mais velhos a lidarem com a perda;
30. Oferecer atividades terapêuticas e recreativas aos irmãos, para os casais terem tempo a sós com o seu filho falecido;
31. Reencaminhar os casais para profissionais especializados no luto, sempre que necessário;
32. Providenciar o livro *“Miscarriage – A Book for Parents”* publicado pela *Centering Corporation, Catalog of Grief Resources*;
33. Divulgar folheto com informações sobre os grupos de apoio ao luto da área;
34. Partilhar um cartão de condolências, com uma nota manuscrita pelo enfermeiro EESMO;
35. Partilhar um poema escrito por uma mãe anónima sobre a perda gestacional;
36. Providenciar o cartão de visita da enfermeira especializada na perda gestacional, com seu horário de trabalho e número de contato;
37. Oferecer lembrança em memória do bebé;
38. Providenciar informações sobre os recursos após a alta;
39. Efetuar o *debriefing* e a consulta de acompanhamento aos casais, após a alta hospitalar.

Categoria C – Estratégias do enfermeiro obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional: Alterações Sociais

1. Providenciar um quarto privativo aos casais;
2. Permitir que os casais decorem o quarto a seu gosto com os pertences pessoais, dos seus filhos, como cartões, fotografias, brinquedos, balões, luzes coloridas, velas, entre outros;
3. Proporcionar música ambiente, da preferência dos casais, caso assim o desejem;
4. Promover uma relação terapêutica com os casais, na base da confiança e empatia;
5. Promover escuta ativa;
6. Utilizar técnicas de comunicação adequadas: explanações claras usando uma linguagem corrente e sensível, em vez de terminologia técnica; silêncio, vista como uma ferramenta de comunicação fundamental no processo do luto, no qual se destaca, o “silêncio compassivo”, como uma forma de permanecer com o casal, proporcionando presença autêntica, companheirismo e empatia; perguntas abertas

em detrimento das fechadas; não fazer julgamentos, nem determinar os seus próprios sentimentos e valores sobrepostos aos do casal;

7. Gerir a informação de forma faseada a transmitir aos casais;
8. (Não aplicável);
9. (Não aplicável);
10. Demonstrar respeito e compreensão pelos casais enlutados;
11. Garantir a continuidade de cuidados;
12. Assegurar os cuidados de enfermagem pelo enfermeiro EESMO, profissional de referência, no cuidar dos casais por perda gestacional;
13. Proporcionar um cuidado holístico aos casais;
14. (Não aplicável);
15. Não encontrar uma justificação para o nado-morto;
16. Oferecer tempo aos casais para se ajustarem à realidade da morte do seu filho e assimilar a separação/situação (opção do sistema de refrigeração no hospital ou no domicílio);
17. Fornecer informações e orientações de como a aparência do bebé vai ficar com o passar do tempo, a temperatura e toque;
18. Incentivar os casais a ver e pegar ao colo o seu filho, respeitando sempre a decisão final;
19. Descrever a aparência do nado-morto caso os casais optem por não ver e peçam detalhes;
20. Permitir que os casais possam ter proximidade e livre acesso à criança falecida, para sentar, falar, tocar, segurar, deitar-se com ela e prestar-lhe cuidados, para estabelecerem um vínculo, e se sentirem como uma unidade familiar;
21. Tratar o bebé sempre pelo nome, caso já tenha;
22. Respeitar as tradições culturais e crenças religiosas e espirituais dos casais;
23. Oferecer a visita do ministro da religião, se os casais assim o desejarem;
24. Desenvolver um programa que apoie e ajude mulheres e famílias que vivenciam a perda gestacional;
25. Disseminar o programa de apoio ao luto via online devido a mudanças no atendimento aos casais, impostas pela pandemia COVID-19;
26. Desenvolver grupos de apoio para os casais, ministrados por Enfermeiros EESMO;
27. Ajudar os casais a expressar as suas preocupações;
28. (Não aplicável);
29. Discutir estratégias com os casais, de forma, a ajudar os filhos mais velhos a lidarem com a perda;
30. Oferecer atividades terapêuticas e recreativas aos irmãos, para os casais terem tempo a sós com o seu filho falecido;

31. Reencaminhar os casais para profissionais especializados no luto, sempre que necessário;
32. (Não aplicável);
33. Divulgar folheto com informações sobre os grupos de apoio ao luto da área;
34. Partilhar um cartão de condolências, com uma nota manuscrita pelo enfermeiro EESMO;
35. (Não aplicável);
36. Providenciar o cartão de visita da enfermeira especializada na perda gestacional, com seu horário de trabalho e número de contato;
37. (Não aplicável);
38. Providenciar informações sobre os recursos após a alta;
39. Efetuar o *debriefing* e a consulta de acompanhamento aos casais, após a alta hospitalar.

Categoria D – Estratégias do enfermeiro obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional: Alterações Culturais

1. Providenciar um quarto privativo aos casais;
2. Permitir que os casais decorem o quarto a seu gosto com os pertences pessoais, dos seus filhos, como cartões, fotografias, brinquedos, balões, luzes coloridas, velas, entre outros;
3. Proporcionar música ambiente, da preferência dos casais, caso assim o desejem;
4. Promover uma relação terapêutica com os casais, na base da confiança e empatia;
5. Promover escuta ativa;
6. Utilizar técnicas de comunicação adequadas: explicações claras usando uma linguagem corrente e sensível, em vez de terminologia técnica; silêncio, vista como uma ferramenta de comunicação fundamental no processo do luto, no qual se destaca, o “silêncio compassivo”, como uma forma de permanecer com o casal, proporcionando presença autêntica, companheirismo e empatia; perguntas abertas em detrimento das fechadas; não fazer julgamentos, nem determinar os seus próprios sentimentos e valores sobrepostos aos do casal;
7. Gerir a informação de forma faseada a transmitir aos casais;
8. Utilização do toque/contacto físico;
9. (Não aplicável);
10. Demonstrar respeito e compreensão pelos casais enlutados;
11. Garantir a continuidade de cuidados;
12. Assegurar os cuidados de enfermagem pelo enfermeiro EESMO, profissional de referência, no cuidar dos casais por perda gestacional;
13. Proporcionar um cuidado holístico aos casais;

-
14. Envolver os casais na tomada de decisão sobre o modo de nascimento do nado-morto, incluindo a preparação completa para cada etapa do processo, as opções de alívio da dor, desenvolvendo um plano de parto centrado nas suas necessidades pessoais, culturais e espirituais;
 15. Não encontrar uma justificção para o nado-morto;
 16. Oferecer tempo aos casais para se ajustarem à realidade da morte do seu filho e assimilar a separação/situação (opção do sistema de refrigeração no hospital ou no domicílio);
 17. Fornecer informações e orientações de como a aparência do bebê vai ficar com o passar do tempo, a temperatura e toque;
 18. Incentivar os casais a ver e pegar ao colo o seu filho, respeitando sempre a decisão final;
 19. Descrever a aparência do nado-morto caso os casais optem por não ver e peçam detalhes;
 20. Permitir que os casais possam ter proximidade e livre acesso à criança falecida, para sentar, falar, tocar, segurar, deitar-se com ela e prestar-lhe cuidados, para estabelecerem um vínculo, e se sentirem como uma unidade familiar;
 21. Tratar o bebê sempre pelo nome, caso já tenha;
 22. Respeitar as tradições culturais e crenças religiosas e espirituais dos casais;
 23. Oferecer a visita do ministro da religião, se os casais assim o desejarem;
 24. (Não aplicável);
 25. (Não aplicável);
 26. (Não aplicável);
 27. Ajudar os casais a expressar as suas preocupações;
 28. Realizar a caixa de memórias do bebê contendo impressões da(s) mão(s) e/ou pé(s) do bebê, mecha de cabelo e fotografia(s);
 29. Discutir estratégias com os casais, de forma, a ajudar os filhos mais velhos a lidarem com a perda;
 30. Oferecer atividades terapêuticas e recreativas aos irmãos, para os casais terem tempo a sós com o seu filho falecido;
 31. Reencaminhar os casais para profissionais especializados no luto, sempre que necessário;
 32. (Não aplicável);
 33. (Não aplicável);
 34. Partilhar um cartão de condolências, com uma nota manuscrita pelo enfermeiro EESMO;
 35. Partilhar um poema escrito por uma mãe anónima sobre a perda gestacional;
-

-
36. Providenciar o cartão de visita da enfermeira especializada na perda gestacional, com seu horário de trabalho e número de contato;
 37. Oferecer lembrança em memória do bebê;
 38. Providenciar informações sobre os recursos após a alta;
 39. Efetuar o *debriefing* e a consulta de acompanhamento aos casais, após a alta hospitalar.

Categoria E – Estratégias do enfermeiro obstetra na gestão do luto do casal por perda gestacional: Alterações Espirituais

1. Providenciar um quarto privativo aos casais;
2. Permitir que os casais decorem o quarto a seu gosto com os pertences pessoais, dos seus filhos, como cartões, fotografias, brinquedos, balões, luzes coloridas, velas, entre outros;
3. Proporcionar música ambiente, da preferência dos casais, caso assim o desejem;
4. Promover uma relação terapêutica com os casais, na base da confiança e empatia;
5. Promover escuta ativa;
6. Utilizar técnicas de comunicação adequadas: explicações claras usando uma linguagem corrente e sensível, em vez de terminologia técnica; silêncio, vista como uma ferramenta de comunicação fundamental no processo do luto, no qual se destaca, o “silêncio compassivo”, como uma forma de permanecer com o casal, proporcionando presença autêntica, companheirismo e empatia; perguntas abertas em detrimento das fechadas; não fazer julgamentos, nem determinar os seus próprios sentimentos e valores sobrepostos aos do casal;
7. Gerir a informação de forma faseada a transmitir aos casais;
8. Utilização do toque/contacto físico;
9. (Não aplicável);
10. Demonstrar respeito e compreensão pelos casais enlutados;
11. Garantir a continuidade de cuidados;
12. Assegurar os cuidados de enfermagem pelo enfermeiro EESMO, profissional de referência, no cuidar dos casais por perda gestacional;
13. Proporcionar um cuidado holístico aos casais;
14. Envolver os casais na tomada de decisão sobre o modo de nascimento do nado-morto, incluindo a preparação completa para cada etapa do processo, as opções de alívio da dor, desenvolvendo um plano de parto centrado nas suas necessidades pessoais, culturais e espirituais;
15. Não encontrar uma justificação para o nado-morto;

16. Oferecer tempo aos casais para se ajustarem à realidade da morte do seu filho e assimilar a separação/situação (opção do sistema de refrigeração no hospital ou no domicílio);
17. Fornecer informações e orientações de como a aparência do bebê vai ficar com o passar do tempo, a temperatura e toque;
18. Incentivar os casais a ver e pegar ao colo o seu filho, respeitando sempre a decisão final;
19. Descrever a aparência do nado-morto caso os casais optem por não ver e peçam detalhes;
20. Permitir que os casais possam ter proximidade e livre acesso à criança falecida, para sentar, falar, tocar, segurar, deitar-se com ela e prestar-lhe cuidados, para estabelecerem um vínculo, e se sentirem como uma unidade familiar;
21. Tratar o bebê sempre pelo nome, caso já tenha;
22. Respeitar as tradições culturais e crenças religiosas e espirituais dos casais;
23. Oferecer a visita do ministro da religião, se os casais assim o desejarem;
24. (Não aplicável);
25. (Não aplicável);
26. (Não aplicável);
27. Ajudar os casais a expressar as suas preocupações;
28. Realizar a caixa de memórias do bebê contendo impressões da(s) mão(s) e/ou pé(s) do bebê, mecha de cabelo e fotografia(s);
29. Discutir estratégias com os casais, de forma, a ajudar os filhos mais velhos a lidarem com a perda;
30. Oferecer atividades terapêuticas e recreativas aos irmãos, para os casais terem tempo a sós com o seu filho falecido;
31. Reencaminhar os casais para profissionais especializados no luto, sempre que necessário;
32. (Não aplicável);
33. (Não aplicável);
34. Partilhar um cartão de condolências, com uma nota manuscrita pelo enfermeiro EESMO;
35. Partilhar um poema escrito por uma mãe anónima sobre a perda gestacional;
36. Providenciar o cartão de visita da enfermeira especializada na perda gestacional, com seu horário de trabalho e número de contato;
37. Oferecer lembrança em memória do bebê;
38. Providenciar informações sobre os recursos após a alta;
39. Efetuar o *debriefing* e a consulta de acompanhamento aos casais, após a alta hospitalar.

APÊNDICE IX – Certificado de Amor Eterno

Certidão de amor eterno

Nome _____

Nascido em 01/05/2022 no CHUA-FARO

E QUE VIVERÁ PARA SEMPRE NOS NOSSOS CORAÇÕES!



Estiveste aqui por um momento, mas deixaste uma vida inteira de amor!

APÊNDICE X – Nota manuscrita pelo enfermeiro EESMO

Mamã e Papai, durante 21 semanas e 3 dias, pude sentir o quanto vocês me amam e eu a vocês. Sei que são uns Pais maravilhosos.

Nasci e voltei para o céu no dia [REDACTED] de 2022 às [REDACTED] no Centro Universitário do Algarve - Unidade de Faro. E pesei 400 gr.

Tei no vosso coração, aonde ficam, para sempre.



Com amor,
o vosso bebé [REDACTED]

APÊNDICE XI – Folheto informativo dos grupos de apoio

ASSOCIAÇÕES PORTUGUESAS SEM FINS
LUCRATIVOS QUE OFERECEM AJUDA A TODOS OS
QUE JÁ PASSARAM POR UMA PERDA GESTACIONAL

Amor para além da Lua

Associação Projeto Artémis

A Nossa Âncora - Apoio a Pais em Luto



*Discente: Enf.ª Inês Branco,
no âmbito do 12º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na ESEL
Docente Orientadora: Professora Anabela Ferreira dos Santos*

APÊNDICE XII – Caixa de memórias ilustrativa do bebê desenvolvida



APÊNDICE XIII – Norma do Luto que aguarda aprovação

 Centro Hospitalar Universitário do Algarve	PROCEDIMENTOS	Nº DATA:	FOLHA 1/9
Atuação do enfermeiro EESMO em situação de perda gestacional		REALIZADO POR: Enfª EESMO Carla Mestre Enfª EESMO Cristina Galucho Enfª Inês Branco	
		VALIDADO POR:	
Urgência Ginecológica e Obstétrica		APROVADA PELO ENFº DIRETOR.	
ENTRADA EM VIGOR: após a aprovação			
		A REVER EM:	
PALAVRAS-CHAVE: perda gestacional; luto; estratégias			

I – DEFINIÇÃO

A Perda Gestacional envolve um conjunto de situações de perda que podem ocorrer ao longo da gestação ou após o parto, compreendendo o aborto espontâneo, a morte fetal (nado-morto), a morte neonatal, a interrupção médica da gravidez e a interrupção voluntária da gravidez (Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010).

O impacto da perda gestacional não se traduz apenas na morte do filho, mas em todas as expectativas que o casal idealizou para o futuro, uma vez que ficam impedidos de vivenciar todos os sonhos e planos associados à Parentalidade (Miranda & Zangão, 2020).

O conceito de luto é bastante complexo, na medida em que cada pessoa vivencia o processo de luto de forma diferente, mediante vários fatores, como a cultura, o tipo de perda, a relação afetiva, as circunstâncias, a personalidade dos pais, a resiliência e as variáveis sociais e pessoais. Contudo, a resposta ao luto é pessoal e única (Stirtzinger, Robinson & Stewart, 1999 citado por Carvalho, F. & Meyer, L., 2007; Avelin *et al*, 2012). E independentemente da passagem do tempo, o luto é sempre marcante (Hagman, 1996 citado por Ramos, V., 2016).

 Centro Hospitalar Universitário do Algarve	PROCEDIMENTOS	Nº DATA:	FOLHA 2/9
---	-----------------------------	------------------------	-------------------------

II- OBJETIVO

- Promover o conforto e o bem-estar da mulher/casal em situação de perda gestacional;
- Promover a aceitação da realidade da perda;
- Promover a vivência do processo de luto;
- Proporcionar cuidados holísticos e individualizados à mulher/casal em situação de perda gestacional;
- Prestar apoio psicológico à mulher/casal enlutado;
- Promover medidas de segurança;
- Prevenir complicações.

III- INFORMAÇÕES GERAIS

A – Quem executa

O Enfermeiro EESMO que no seu turno tenha atribuído uma mulher/casal em situação de perda gestacional.

B – HORÁRIO

Diariamente, sempre que houver uma mulher/casal em situação de perda gestacional.

C – PRIVACIDADE

O Enfermeiro EESMO deve defender o respeito à privacidade e à segurança da mulher/casal em situação de perda gestacional.

IV – MATERIAL E EQUIPAMENTO NECESSÁRIO

Luvas

Resguardos

 Centro Hospitalar Universitário do Algarve	PROCEDIMENTOS	Nº DATA:	FOLHA 3/9
---	-----------------------------	------------------------	----------------------

Ferros de Parto

Arrastadeira

Balança

Penso Higiénico

Cueca descartável

Caixa

Carimbo

Pulseira de identificação

Clamp coto umbilical

Folha em branco

Folheto com os grupos de apoio no luto

Certificado Amor Eterno

Cartão de condolências

V – PROCEDIMENTOS

ACÇÃO	JUSTIFICAÇÃO
I – Acolhe e presta os cuidados à mulher/casal enlutado na admissão: • Observa e avalia o estado geral da mulher; • Coloca um cateter venoso periférico; • Transfere a mulher/casal para a sala de observações ou recobro, sempre que possível; • Incentiva a mulher/casal à partilha dos seus sentimentos;	• Prevenir complicações e assegurar os primeiros cuidados à mulher/casal; • Proporcionar medidas de conforto à mulher/casal; • Reduzir a ansiedade do casal; • Desmistificar dúvidas, medos e angústias.

 Centro Hospitalar Universitário do Algarve	PROCEDIMENTOS	Nº DATA:	FOLHA 4/9
---	-----------------------------	------------------------	-------------------------

• Esclarece dúvidas apresentadas.	
II – Presta os cuidados à mulher antes da sua transferência para o serviço de internamento de grávidas ou ginecologia: • Avalia o estado geral da mulher; • Monitoriza os parâmetros vitais; • Otimiza cateter venoso periférico; • Observa e avalia as perdas hemáticas; • Providencia penso higiénico e cueca descartável à mulher;	• Prevenir complicações; • Observar permeabilidade do cateter; • Prevenção de hemorragia; • Proporcionar medidas higiene; • Promover o conforto; • Promover medidas de segurança.
III – Presta os cuidados à mulher/casal no serviço de internamento de grávidas ou ginecologia: • Providencia um quarto privativo à mulher/casal; • Avalia o estado geral da mulher; • Monitoriza os parâmetros vitais; • Observa e avalia as perdas hemáticas; • Tomada de decisão compartilhada - Discutir com a mulher/casal sobre o modo de nascimento do nado-morto e estratégias; • Transmite informação faseada à mulher/casal; • Oferece apoio emocional à mulher/casal;	• Assegurar privacidade e conforto à mulher/casal; • Prevenir complicações; • Prevenção de hemorragia; • Promoção de uma relação terapêutica com a mulher/casal, na base da confiança, empatia e segurança; • Promoção da escuta ativa, que permite ajudar a mulher/casal a expressar e explorar seus sentimentos;



- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Referencia para psicóloga do hospital, se a mulher/casal assim o desejar;• No momento da expulsão/parto e após:<ul style="list-style-type: none">- Oferece tempo à mulher/casal;- Incentiva a mulher/casal a ver e pegar o bebé ao colo;- Fornece informações e orientações de como está a aparência do bebé e como vai ficar com o passar do tempo, bem como a sua temperatura (ao toque);- Adia a colocação do bebé no formol entre 1 a 2 horas após a expulsão;- Adia seguimento para a morgue entre 1 a 2 horas após o parto;- Cria a caixa de memórias: pulseira de identificação, impressão de mãos e/ou pés, retira, se possível, uma mecha de cabelo e cordão umbilical e providenciar folha em branco para carta de despedida da mulher/casal ao bebé;- Realiza Certificado de Amor Eterno com impressão de mãos e/ou pés;- Realiza carta manuscrita do bebé para o casal;- Fornece folheto com informações sobre os grupos de apoio em situação de perda gestacional;• Respeita as tradições culturais e crenças religiosas e espirituais, oferecendo a visita | <ul style="list-style-type: none">• Utilização de técnicas de comunicação: silêncio compassivo que demonstra presença autêntica e empatia, explicações claras usando uma linguagem corrente e sensível, em vez de terminologia técnica;• Oferecer tempo para assimilar o sucedido à mulher /casal, com serenidade, para decidirem qual (ais) a(s) estratégia(s) mais adequada(s) a utilizar no seu processo de luto. |
|--|---|

 Centro Hospitalar Universitário do Algarve	PROCEDIMENTOS	Nº DATA:	FOLHA 6/9
---	-----------------------------	------------------------	-------------------------

do ministro da religião, se o casal assim o desejar; • No momento da alta: - Observa e avalia o estado geral da mulher; - Retira cateter venoso periférico; - Caso a mulher/casal tenha filhos mais velhos, discute estratégias de forma a ajudar os filhos mais velhos a lidarem com a perda; - Realiza cartão de condolências com nota manuscrita à mulher/casal; • Esclarece dúvidas apresentadas.	• Considerar sempre o apoio da família da mulher/casal e a presença de outros filhos pois minimizam a dor e o sofrimento da mulher/casal.
---	---

IV – REGISTOS

O Enfermeiro regista os procedimentos de enfermagem e intercorrências no processo clínico da mulher.

 Centro Hospitalar Universitário do Algarve	PROCEDIMENTOS	Nº DATA:	FOLHA 7/9
---	-----------------------------	--------------------------	----------------------

BIBLIOGRAFIA

Avelin, P., Radestad, I., Saflund, K., Wredling, R. & Erlandsson, K. (2012). Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery*, 29, 668–673. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.007>;

Ávila, M C., Medina, I M F., Jiménez-López, F R., Granero-Molina, J., Hernández-Padilla, J M., Sánchez, E H., Fernández-Sola, C. (2020). Parents’ Experiences About Support Following Stillbirth and Neonatal Death. *Advances in Neonatal Care* .20(12), 151-160. **DOI:** 10.1097/ANC.0000000000000703;

Boyle, F M., Horey, D., Dean J H., Loughnan, S., Ludski, K., Mead, J., Homer, C S E., Wilde, D., Morris, J., Flenady, V J. (2020). Stillbirth in Australia 5: Making respectful care after stillbirth a reality: The quest for parent-centred care. *Elsevier, Woman and Birth, Australia*. 33, 531–536. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.08.006>;

Carvalho, F. T. & Meyer, L. (2007). Perda Gestacional Tardia: Aspectos a Serem Enfrentados por Mulheres e Conduta Profissional Frente a Essas Situações. *Boletim de Psicologia*. 57(126), 33-48. **DOI:** http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432007000100004&lng=pt&tlng=pt;

Costa, M. I. S. (2019). O processo de luto parental após a perda gestacional: um estudo qualitativo (Dissertação de Mestrado) Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/29940>;

Decreto-Lei n.º 324/2007 (2007). Depósito do Certificado Médico de Morte Fetal. Diário da República n.º188/2007, Série I (de 2007-09-29). **ELI:** <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/106490492/201703020000/73399048/element/diploma/7>

 Centro Hospitalar Universitário do Algarve	PROCEDIMENTOS	Nº DATA:	FOLHA 8/9
---	-----------------------------	--------------------------	----------------------

Easterwood, B. (2004). Silent Lullabies – Helping Parents Cope with Early Pregnancy loss. *AWHONN Lifelines*. 8 (4), 356-360.

Ewton, D S. (1993). A Perinatal loss Follow-Up Guide for Primary Care. *Elsevier Science Publishing*. 18(12), 30-36.

Forrester, L. (2008). Bereaved parents’ experiences of the use of ‘cold bedrooms’ following the death of their child. *International Journal of Palliative Nursing*. 14(12), 578-585.

Hackett, J., Beresford, B. (2021). “Cold bedrooms” and other cooling facilities in UK children’s hospices, how they are used and why they are offered: A mixed methods study. *Palliative Medicine*. 5(3), 603–610. **DOI:** 10.1177/026921632098;

Kalu, F. A., Larkin P. & Coughlan, B. (2019). Development, validation and reliability testing of ‘Perinatal Bereavement Care Confidence Scale (PBCCS)’. *Australian College of Midwives*. e311–e319. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2019.07.001>;

Kingdon, C., O’Donnell, E., Givens, J., Turner, M. (2015). The Role of Healthcare Professionals in Encouraging Parents to See and Hold Their Stillborn Baby: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *PLoS ONE, Edwin Robertson*. 10(7): e0130059. **DOI:** 10.1371/journal.pone.0130059;

Martínez-Serrano, P., Palmar-Santos, A M., Solís-Muñoz, M., Álvarez-Plaza, C., Pedraz-Marcos, A. (2018). Midwives’ experience of delivery care in late foetal death: A qualitative study. *Elsevier, Midwifery*. 66, 127-133. **DOI:** <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.010>;

Miranda, A. M., & Zangão, M. O. (2020). Mothers’ experiences of fetal death. *Revista de Enfermagem Referência*. 5(3). e20037. **DOI:** 10.12707/RV20037;

Moore, A. (2013). After a baby has died. *Nursing Standard*. 27(50), 20-21.

 Centro Hospitalar Universitário do Algarve	PROCEDIMENTOS	Nº DATA:	FOLHA 9/9
---	-----------------------------	--------------------------	----------------------

Nazaré, B., Fonseca, A., Pedrosa, A., & Canavarro, M. (2010). Avaliação e Intervenção Psicológica na Perda Gestacional. *Peritia*. 3, 37-46.

Ramos, V. A. B. (2016). O Processo de Luto. *Psicologia*, 1–16. Acedido a 16/07/2021. Disponível em: https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?o-processo-de-luto&codigo=A1021;

Siassakos, D., Jackson, S., Gleeson, K., Chebsey, C., Ellis, A., Storey., C. (2017). All bereaved parents are entitled to good care after stillbirth: a mixed-methods multicentre study (INSIGHT). *BJOG, An International Journal of Obstetrics and Gynecology*. 125:160–170. **DOI:** 10.1111/1471-0528.14765;

Smith, P., Vasileiou, K., & Jordan A. (2020). Healthcare professionals’ perceptions and experiences of using a cold cot following the loss of a baby: a qualitative study in maternity and neonatal units in the UK. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 20(175). **DOI:** <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02865-4>;

Stadtlander, L. M. (2012). *The Grief of Caring: Self Care in Helping Grieving Parents of Stillbirth*. *International Journal of Childbirth Education*, Vol 27 (2), 10-13;

World Health Organization (2016). Stillbirths 2016: ending preventable stillbirths. *The Lancet*. II Série. 1-8. Acedido a 14/07/2021. Disponível em: <https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/stillbirths2016-exec-sum.pdf>;

World Health Organization (2006). Neonatal and perinatal mortality: Country, regional and global estimates. Geneve: Author.. Acedido a 14/07/2021. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43444/9241563206_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y;

APÊNDICE XIV – Visita à Maternidade *Rotunda Hospital* - *Dublin*

A Unidade Curricular Opção II tinha como objetivo capacitar o estudante para desenvolver o seu projeto Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, para integração de saberes teóricos nas suas diversas componentes científica, ética, pessoal, estética e política (Guia Orientador UC opção II, 2021). Após pesquisar sobre a temática eleita por mim, percebi que havia outros países que beneficiavam de uma abordagem ao casal em gestão de luto por perda gestacional mais desenvolvida que em Portugal, e a evidência científica sugere a utilização de sistemas de refrigeração portáteis (*Cold Cot* ou *CuddleCot®*) como a estratégia do Enfermeiro EESMO, a providenciar aos casais com perda gestacional, mais eficaz neste processo (*Hackett & Beresford, 2021; Smith et al, 2020; Forrester, 2008*), pelo que seria interessante ir conhecer essa realidade.

Num momento de partilha do projeto com uma amiga que frequentou o curso de licenciatura comigo e que também se encontra a realizar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na escola Midwife do *Rotunda Hospital* em *Dublin*, Irlanda, esta dispôs a sua ajuda como elo de ligação com a direção de enfermagem do hospital e equipa do luto, de forma a que fosse autorizada a visita à instituição, nomeadamente, ao serviço de ginecologia que possui o sistema *Cold Cot*.

No dia 23 de fevereiro de 2022 foi realizada uma reunião online, com a Enfermeira Diretora de Enfermagem do Hospital, *Hanrahan Fiona*, com a *Midwife Patricia Williams Adomn* pertencente à Equipa do Luto, que me iria proporcionar posteriormente a visita, e a docente orientadora Maria Anabela Ferreira dos Santos, para oficializar a visita e receber indicações necessárias para a realização da mesma.

A visita concretizou-se no dia 5 de abril de 2021 sob a orientação da *Midwife Patricia Williams Adomn*, com o principal objetivo de conhecer a realidade irlandesa nesta temática, aprofundando a estratégia *Cold Cot*, pois o sistema de refrigeração portátil é usado em 99% dos hospitais do país (*ISANDS Guidelines for Professionals, 2007*).

O *Rotunda Hospital* é a maternidade mais antiga da Europa, construída em 1757.

Os cuidados de enfermagem diferenciados pelo enfermeiro EESMO estão descritos na *National Standards for Bereavement Care Following Pregnancy Loss and Perinatal Death* (2019), que guia os cuidados de excelência no luto a serem prestados aos casais com perda gestacional e família.

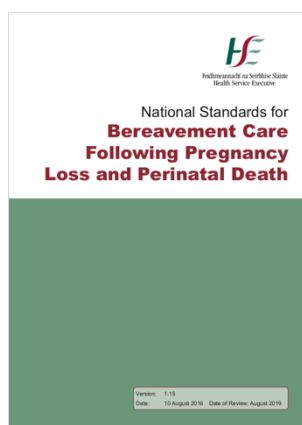


Figura 1 – Norma Nacional Irlandesa para Cuidados no Luto após perda gestacional e morte perinatal.

E nela, consta redigido quatro Padrões para Cuidados no Luto, sendo eles os cuidados no luto, o hospital, o bebé e os pais e a equipa multidisciplinar. O objetivo destes Padrões é aprimorar os serviços de atendimento prestados aos casais que sofrem uma perda gestacional, bem como situações em que há um diagnóstico que pode condicionar a vida do bebé, podendo tornar-se fatal (*National standards for bereavement care following pregnancy loss and perinatal death*, 2019).

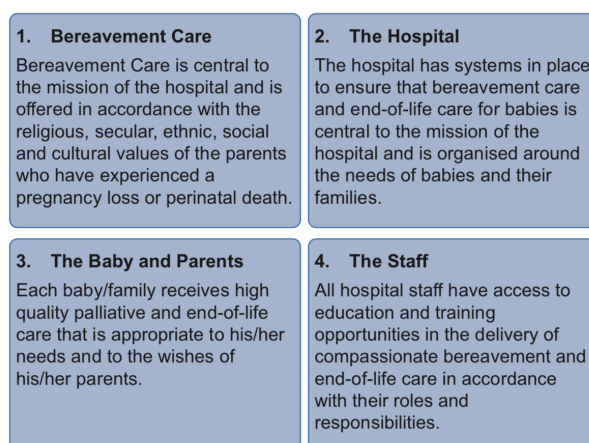


Figura 2 – Padrões para Cuidados no Luto.

A prestação de cuidados de luto é parte integrante na Maternidade. E todas as famílias têm necessidades de cuidados de luto.

Deste modo, a Equipa do Luto (*Bereavement Team*) é constituída por: duas midwives especialistas no luto que acompanham os casais de segunda a sexta-feira, uma assistente social, um conselheiro na área, que pode ser voluntário para falar com os casais, e o ministro da religião, cujo seu papel no serviço de maternidade é fornecer apoio espiritual aos casais e família durante o processo de luto, respeitando os desejos pessoais, espirituais, religiosos e culturais dos casais e família e são formados pela *Association for Clinical Pastoral Education of Ireland*. O patologista também integra a equipa, sendo o responsável por integrar as informações obtidas exame *post mortem*, no exame anatomopatológico da placenta, testes citogenéticos e outras investigações disponíveis para formular uma causa de morte (se possível) e correlacionar os achados patológicos identificados com o curso clínico que levou à perda gestacional.

Todos os profissionais de saúde estão conscientes das repercussões psicológicas associadas à perda gestacional. E por esta razão, os casais são informados da disponibilidade dos serviços da Equipa do Luto, e é lhes disponibilizado um contacto telefónico da *Midwife* de referência, para possam entrar em contacto, quando necessário.

Possuem um símbolo reconhecido pela equipa multidisciplinar da maternidade, que é utilizado para indicar que uma família se encontra em luto. Ao ver o símbolo colocado na porta do quarto, a equipa deve criar uma atmosfera de tranquilidade. Para o seu uso, é necessário o consentimento do casal. A equipa multidisciplinar que presta cuidados aos casais enlutados recebem formação de carácter obrigatório, sobre como comunicar com sensibilidade e como transmitir más notícias (*Rådestad et al, 2014; Roehrs et al, 2008; Lalor et al, 2007; Yee e Ross, 2006*).



Figura 3 – Símbolo do Luto.

Na admissão de utentes e serviço diagnóstico pré-natal, estão disponíveis salas apropriadas para facilitar a discussão e fornecer apoio ao casal, quando as más notícias são transmitidas (*Rådestad et al, 2014; Areias, 2007; Alkazeleh et al, 2004*).



Figura 4 – Sala de Admissão para transmitir más notícias.

Após a admissão, a mulher é cuidada no serviço de ginecologia, num quarto privativo. Cada quarto, possui uma cama de casal e/ou um cadeirão para a pessoa significativa poder pernoitar, durante sua permanência no hospital (*Ellis et al, 2016; Branchett & Stretton, 2012; RCOG, 2010; Siddiqui & Kean, 2009; RCOG, 2008; Areia, 2007; Diretriz Clínica RCPI/ HSE n.º 29, 2014; Mulvihill & Walsh, 2013; Jones & Pearce, 2009*).



Figura 5 – Quarto privativo no serviço de Ginecologia.

Quando os casais já têm nome escolhido, o bebê é sempre referido pelo seu nome (Henley & Schott, 2008; Areias, 2007; ISANDS, 2007).

Após o casal estar integrado, a Midwife pede o consentimento dos casais, perguntando gentilmente como eles gostariam de conhecer e cuidar do seu bebê: ter o bebê entregue nos braços da mãe; cortar o cordão umbilical; ter contato pele a pele com o bebê; segurar, tocar, sentar ou deitar ao lado do bebê; vestir, mudar a fralda ou dar banho ao bebê; tirar fotografias, se disponíveis, o casal têm a opção de ter um fotógrafo profissional; criar a caixa de memórias do bebê - tirar uma impressão da mão e/ou do pé; cortar uma mecha do cabelo; manter a pulseira de identificação do bebê (Ellis et al, 2016; Kingdon et al, 2015); Branchett & Stretton, 2012; Rådestad & Christoffersen, 2008; Williams et al, 2008; Areia, 2007).



Figura 6 – Caixa de memórias do bebê.

Ao longo de todo o processo, a *Midwife* incentiva os casais a ver e segurar o seu filho no momento do nascimento. Nos casais que optam por não fazê-lo naquele momento,

são oferecidas outras oportunidades num intervalo de tempo posterior ao nascimento (Ellis et al, 2016; Kingdon et al, 2015; NICE, CG192, 2014; Williams et al, 2008; Ouro, 2007; Ouro et al, 2007; Areia, 2007).

É facultada a estratégia de refrigeração portátil, *Cold Cot* ou *CuddleCot®*, e utilizada pelos casais que assim desejarem utilizar. Esta estratégia caracteriza-se por oferecer mais tempo aos casais para se despedirem do seu filho com consciência e serenidade que necessitam, permite também que haja o estabelecimento de um vínculo afetivo, que o casal veja e segure o seu bebé sempre que o desejar, permite a criação de memórias com o bebé e a prestação de cuidados como mudar a fralda, vestir e dar banho (Hackett & Beresford, 2021; Smith et al, 2020; Forrester, 2008).



Figura 7 – Sistema *CuddleCot®*.

Este sistema consiste numa placa térmica que se coloca dentro de um verço, e por cima desta, coloca-se uma almofada refrigeradora onde posteriormente se deita o nado-morto (existem dois tamanhos, um para prematuros e outros para bebés de termo), em que a sua função é preservar o bebé e que possa ficar em alojamento conjunto com os pais.

O sistema de refrigeração portátil só pode ser usado em espaços interiores e opera na temperatura mínima de 8°. O bebé quando colocado no berço, pode ser coberto com uma manta, que funcionará também como isolamento térmico (Flexmort, 2021).

A equipa do luto oferece aos casais a opção de levar o bebé para casa consigo, antes do funeral. A escolha dos casais é também respeitada, na forma como desejam levar o seu filho para casa, por exemplo, através de um carrinho de bebé, caixão ou ao colo (Limbo et al, 2010; Covington, 2009; Kobler et al, 2007).

Através das Associações de pais que vivenciaram uma perda gestacional e que têm o sistema *CuddleCot®* para facultar gratuitamente aos casais que estão em processo de luto por perda gestacional, é possível usarem o sistema em suas casas. A *Féileacáin Stillbirth and Neonatal Death Association of Ireland* é a associação mais conhecida, cujo seu nome significa borboleta. Na mitologia irlandesa as borboletas estão associadas à espiritualidade, onde o

espírito das pessoas que já faleceram retornam para visitar um lugar favorito e tranquilizar os seus entes queridos de que estão bem. Dentro do recinto hospitalar tem um jardim intitulado como o “milagre das borboletas” onde os pais podem frequentar. Universalmente, a borboleta está conectada como símbolo da alma humana, mantidas em amor e admiração, motivo pelo qual, escolheram o símbolo das borboletas para homenagear os bebês e oferecer esperança aos casais em processo de luto. Esta associação em específico, é formada por um grupo de casais que vivenciaram uma situação de perda gestacional e no seu site (<https://feileacain.ie>) é possível encontrar o contacto desses casais que oferecem apoio a outros casais enlutados, bem como eventos e serviços disponíveis.

Durante o processo de luto, os pais, irmãos e família alargada são informados sobre os apoios disponíveis no hospital e comunidade, através de folhetos informativos escritos, que devem ser usados para complementar/reafirmar a informação verbal (Avelin et al, 2012; Erlandsson et al, 2010; Redshaw & Hamilton, 2010; Ouro, 2007).



Figura 8 – Folhetos informativos a providenciar aos casais e família em processo de luto por perda gestacional.

As reuniões entre os casais e a Equipe do Luto continuam enquanto aguardam os resultados do hospital ou da autópsia do médico legista. Após a alta, este apoio continua com encaminhamento para associações de apoio na área, e para um geneticista, conforme indicado clinicamente (Branchett & Stretton, 2012; Henley & Schott, 2008; Areias, 2007; ISANDS, 2007).

De acordo com sua tradição e desejos religiosos e espirituais, todos os casais têm a opção de uma cerimónia fúnebre realizada pela equipa de capelania ou pelo seu próprio conselheiro espiritual, e são apoiados na preparação e organização do sepultamento ou cremação do bebê (Burden et al, 2016; Woodroffe, 2013; Gibson et al, 2011; Diretriz Clínica RCPI/ HSE n.º 4, 2011; Padrões de Qualidade IHF, 2010; Marrom, 2009; Chichester, 2007; Areias, 2007; ISANDS, 2007; Chichester, 2007).



Figura 9 – Capela da maternidade *Rotunda Hospital*.

Durante o internamento, os casais recebem lembranças do tempo com o seu bebé, como o Certificado de Nascimento (*Roose & Blanford, 2011; Areias, 2007; ISANDS, 2007; Busch & Kimble, 2001*).



Figura 10 – Certificados de Nascimento.

A maternidade tem também um Livro de Recordações à disposição dos casais, e todos eles devem ser convidados a incluir o seu bebé no livro, se assim o desejarem (*Walsh et al, 2008; Platt, 2004*). São dois livros divididos por semestres e que o seu preenchimento funciona de acordo com os dias (exemplo, no 16 de julho encontravam-se registado dois bebés, um do ano de 1968 e outro de 2018).

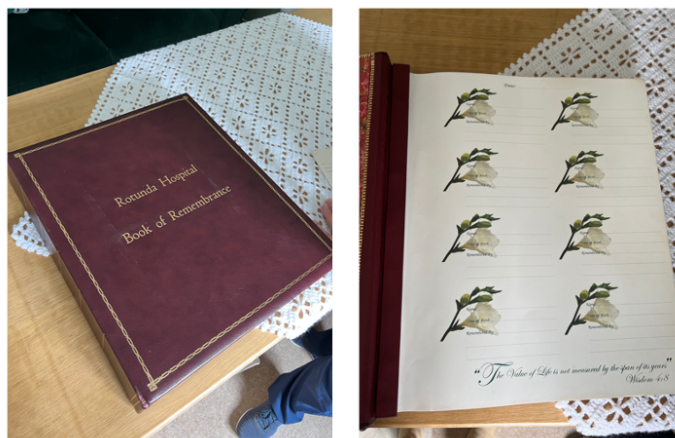


Figura 11 – Livro de Recordações da maternidade.

No momento da alta hospitalar, os casais recebem um cartão de condolências com uma nota manuscrita pela *Midwife* (Easterwood, 2004).



Figura 12 – Cartão de Condolências.

A Equipe do Luto organiza também eventos financiados pela maternidade que facilitam o processo de luto, através da realização de Palestras e do Dia da Lembrança “Remembrance Day” (Koopmans et al, 2013; Caçador, 2007; Kavanaugh & Moro, 2006).

Em suma, esta visita foi muito importante no meu processo de aprendizagem, especialmente por validar que os cuidados de enfermagem de excelência providenciados pelo enfermeiro EESMO aos casais em gestão de luto por perda gestacional na Irlanda corroboram com o que a evidência científica mais atual sugere. Uma realidade distinta da que presenciei ao longo do ensino clínico. No entanto, é de salientar, que esta visita contribuiu para mudanças de comportamentos e cuidados do seio das equipas multidisciplinares na instituição, promovendo experiências mais benévolas e humanizadas aos casais em processo

de luto por perda gestacional, através da translação do conhecimento e partilha de saberes, numa lógica de enfermagem avançada.

Como anteriormente referido, a visita foi apresentada detalhadamente no dia 6 de maio, no XXIII Congresso Nacional e VII Internacional APEO 2022, obtendo honrosamente o 3º prémio em comunicação oral e como palestrante convidada nas XV Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – Por uma vida melhor, no dia 29 de Novembro de 2022, contribuindo para a produção de conhecimento sobre a práxis do enfermeiro EESMO perante uma situação de perda gestacional.

Apêndice XV – Consentimento informado para o estudo

Código nº _____

Exmos. Senhores,

Este estudo é realizado no âmbito académico, para obtenção do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica é o profissional que tem a competência e intervenção de cuidar *“a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, onde concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto”* (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 13564).

Perante todas as alterações na vida de um casal e sua família relacionadas com a perda gestacional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica deve ser capaz de dar resposta às necessidades do casal e família, tornando-se um elemento essencial no desenvolvimento de estratégias de luto.

Assim, solicita-se autorização para participação no estudo, bem como autorização para a recolha de dados, no serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia, serviço de ginecologia, serviço de puerpério e serviço de medicina intensiva pediátrica e neonatal, através de uma entrevista semiestruturada. Pretende-se avaliar a satisfação do casal, com o apoio e estratégias de luto do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, durante o internamento. Estes dados serão utilizados apenas para fins da investigação e serão destruídos decorrentes 5 anos.

O anonimato dos participantes estará garantido, pois o preenchimento do instrumento de registo de interação não carece de identificação, apenas de codificação. Os participantes têm o direito de anular o consentimento e abandonar o estudo, em qualquer momento e sem quaisquer prejuízos.

A participação no estudo não apresenta qualquer tipo de risco, custo ou incómodo para a participante.

Código nº _____

Muito Obrigada pela sua autorização e participação neste estudo académico.

Inês Colaço Fernandes Branco

Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro; Mestranda
na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Contato telefónico: 967292808

E-mail: ibranco@chua.min-saude.pt ou inescfbranco@campus.esel.pt

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: ____/____/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O /A INVESTIGADOR /A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Apêndice XVI – Guião da entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada é direccionada para casais que estão em processo de luto por perda gestacional, durante o internamento hospitalar.

- **Caracterização do(s) Participante(s) - Dados Sociodemográficos:**

Idade: _____

Género: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Índice Obstétrico: _____

Gesta: _____

Perdas Gestacionais: _____

Idade Gestacional do Feto: _____

- **Questões:**

1. Consideram que receberam o apoio necessário durante o internamento por parte dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica?

2. Sentiram que o(s) vosso(s) bebé(s) foram sempre tratados com respeito e sensibilidade?

3. Considera que as condições físicas do serviço contribuíram para a sua vivência do processo de luto?

4. Considera lhe foram facultadas estratégias na gestão do luto?

5. Conte-me qual a estratégia que recebeu que foi mais útil.

Valorizo muito o tempo que dedicou para partilhar a sua experiência.

Obrigada pela sua colaboração.

Inês Colaço Fernandes Branco
Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro;
Mestranda na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Contato telefónico: 967292808
E-mail: ibranco@chua.min-saude.pt ou inescfbranco@campus.esel.pt

Apêndice XVII – Sessão de Educação para a Saúde sobre o Papel do
Pai/Companheiro durante o ciclo perinatal

O Pai Grávido

Papel do pai/ companheiro durante o ciclo perinatal – gravidez, parto e pós-parto

Curso de Preparação para o Parto e para a Parentalidade

Formadora: Enf.ª Inês Branco

Sob a orientação da Enf.ª EESMO Olga Romeira e da Docente Anabela Ferreira dos Santos

25 de janeiro de 2022



Sumário

1. O que a Preparação para o Parto e Parentalidade oferece ao casal;
2. Do Bebê Sonhado ao Bebê Real;
3. A Gravidez;
4. 4 Ingredientes essenciais na vivência de uma gravidez saudável;
5. Papel Ativo do Pai durante a gravidez, parto e pós-parto;
6. Depressão Pós-Parto no Masculino;
7. Licença Parental Inicial Exclusiva do Pai.



A Preparação para o Parto e Parentalidade oferece ao casal:

- Momentos de partilha de experiências únicas e inesquecíveis;
- Possibilidade de um maior envolvimento do Pai na gravidez, parto e pós-parto;
- Aprendizagem de estratégias que permitam reduzir a ansiedade e o medo relativamente ao parto e que aumentem a autoconfiança;
- Competências para que a presença do pai na sala de partos seja cada vez mais ativa e gratificante.



As sessões não devem ser dirigidas apenas à mulher, é uma **prioridade envolver os pais**, que assim o queiram.



Do Bebê Sonhado ao Bebê Real

Imaginação da
relação futura
com aquele filho
e com quem ele
se irá parecer

Desejo de fazer
diferente daquilo
que os
seus próprios
pais fizeram

Retorno à
infância - na
perspetiva de
mudança

Momento de
contacto com a
gravidez -
imposição
da realidade

Desejo de oferecer
os melhores
cuidados ao bebé

A Gravidez

- A gravidez é habitualmente um projeto muito investido a nível emocional. O impacto da notícia da gravidez pode levar ao surgimento de um leque de emoções e sentimentos, que vão desde a extrema alegria até ao medo.
- A chegada do bebé traz consigo novas rotinas, em especial para pais de primeira viagem.
- O papel do pai torna-se importante no apoio à futura mamã e é normal que tenha dúvidas e receios.

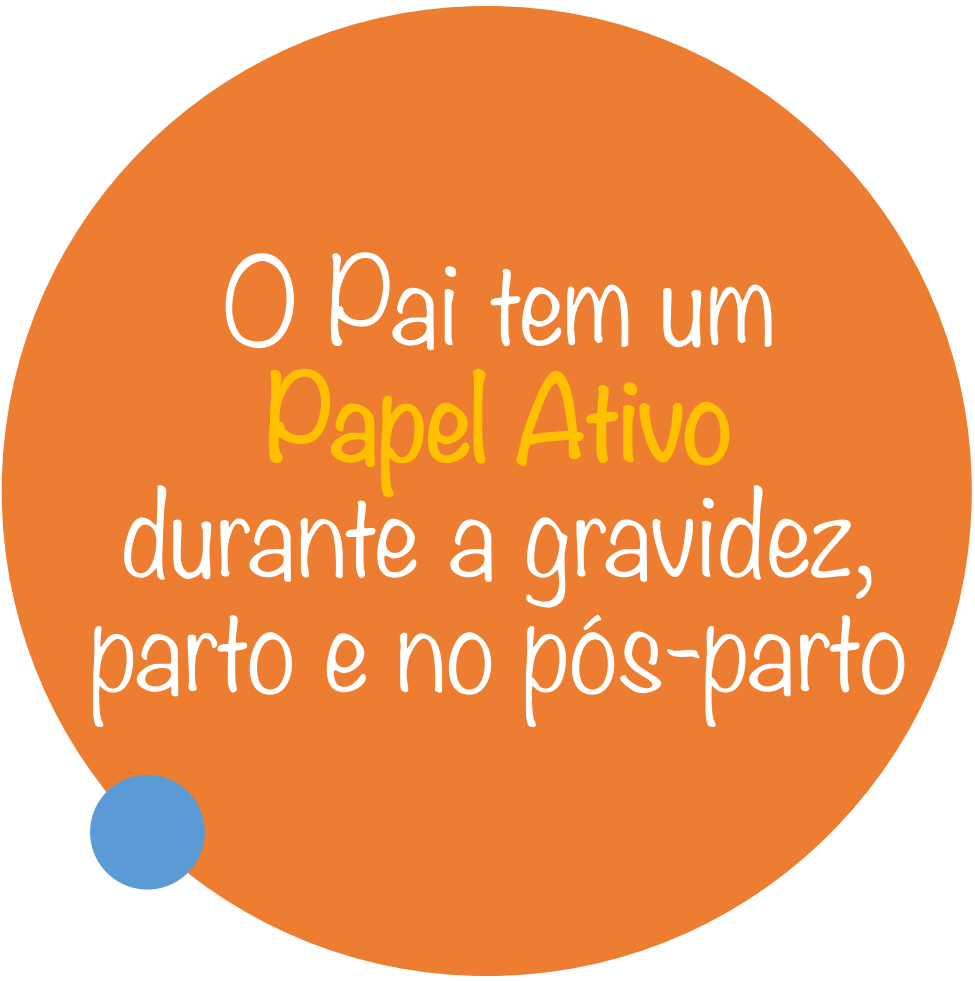
(Nené et al, 2016)



4 Ingredientes essenciais na vivência de uma Gravidez Saudável

- ➔ Alimentação diversificada
- ➔ Prática regular de exercício físico
- ➔ Padrão de sono adequado
- ➔ E ... muito AMOR



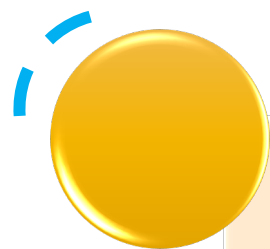


O Pai tem um
Papel Ativo
durante a gravidez,
parto e no pós-parto



O segredo é a Parceria
nos Cuidados com a
Mãe!

Como é que o Pai pode ajudar a Mãe?



Gravidez

Parto

Regresso
a casa



Durante a Gravidez...

Vinculação da tríade mãe-pai-bebé;

Corresponde aos sentimentos de vulnerabilidade da sua companheira;

Assiste às consultas, ecografias e sessões do curso de preparação para o parto e parentalidade;

Prepara a chegada do bebé - ajudando a mãe na decoração do quarto, compra do enxoval, lavar e arrumar a roupa do bebé;

Fazer a mala de maternidade do bebé, juntamente com a mãe;

Comunicar com o bebé - ele já tem a capacidade de ouvir e diferenciar a voz do pai - chamar pelo nome do bebé ou diminutivo;

Estar atento aos movimentos fetais e acariciar a barriguinha da mãe, brincando com ele.



Durante o Trabalho de Parto e Parto...

Reconhece os sinais de trabalho de parto e ajuda a mãe a preparar-se para ir para a Maternidade;

Atenção inteiramente para a grávida;

Criar um ambiente adequado de segurança e de conforto na sala de partos, garantindo a privacidade e luminosidade adequada;

Demonstrar apoio e confortar a mãe;

Esboçar carinho e amor;

Ser paciente;

Disponibilizar-se para realizar massagens nos intervalos das contrações - como medida não farmacológica no alívio da dor;

Incentivar ao uso das técnicas de respiração e ajudar a grávida a aplicá-las;

Transmitir confiança e tranquilidade à grávida;

Dar a mão;

Criar recordações - fotografando ou filmando alguns momentos.



Mala do Pai

- Documentos de identificação;
- Água;
- Snacks/Bolachas/Barras energéticas;
- Rebuçados;
- Creme ou óleo de massagem;
- Moedas (para máquinas de café e diversos, do hospital);
- Telemóvel e carregador.



Entrar na sala de Partos

A entrada do pai na sala de partos é uma **decisão que cabe apenas ao casal**.

Se o Pai achar que vai ficar demasiado ansioso, impressionado ou, até, sentir-se mal (a imagem clássica do pai a desmaiar na sala de partos), deve partilhar com a sua companheira e não tem de se culpabilizar, se decidir não assistir ao parto, pois esta poderá ser acompanhada por um familiar ou alguém que lhe transmita confiança e tranquilidade. E após o parto, o pai já poderá estar presente nos momentos seguintes.

(Motta *et al*, 2005)



Violência Obstétrica

- O Pai é essencial no momento do parto, na medida em que tem um conhecimento mais profundo da sua companheira, dos seus sentimentos, reações e expectativas.
- Está também envolvido no plano de parto da grávida, podendo interpretar e traduzir as suas necessidades e vontades quando a mãe não o conseguir fazer



É o agente intermediário entre a grávida e a equipa multidisciplinar



No Regresso a Casa...

Atender às necessidades da mãe;

Liderança nas tarefas domésticas - refeições do casal, arrumar e limpar a casa, tratar da roupa;

Ir às compras;

Participar nos cuidados ao bebé - muda da fralda, banho, durante a amamentação,...;

Promover momentos a dois com o bebé, fomentando a vinculação pai-bebé, permitindo que a mãe descanse um pouco;

Papel de gestor de visitas.



Depressão Pós-Parto no Masculino?

Segundo um estudo publicado no Journal of The American Medical Association (2010) e no Congresso da Associação Americana de Psicologia (APA) em 2018, cerca de 10% dos homens sofre de depressão nos meses seguintes ao nascimento do filho.

- Tristeza, ansiedade, sentir-se inútil e irritabilidade são alguns dos principais sinais de alarme.



Depressão Pós-Parto no Masculino?

Alguns motivos que contribuem para a depressão pós-parto:

- A privação de sono, assim como nas mães, é o principal fator;
- Dificuldades em entender o novo Papel de Pai;
- Dúvidas sobre se é ou não um bom Pai (suficiente, competente, ..);

Um dos motivos pelos quais a depressão pós-parto em homens é pouco falada é que homens tendem a não procurar os serviços de saúde mental durante o período (*Singley, 2018*), enquanto que as mulheres são mais propensas a relatar sentimentos de tristeza e choro frequente (*Rosenquist, 2018*).





Não hesitem em pedir apoio dos familiares e amigos

E nunca se esqueçam que para o vosso bebé, serão sempre os melhores pais do mundo!!

Licença Parental Inicial Exclusiva do Pai

Vinte dias úteis obrigatórios de licença após o nascimento do filho. Os primeiros cinco dias são seguidos e gozados imediatamente a seguir ao nascimento e os outros quinze dias têm que ser gozados nas seis semanas após o nascimento, podendo ser seguidos ou não.



"O bebé é um projeto em comum que traz nova força à ligação que já unia o casal, fortalecendo-a, já que a partir daquele momento há um laço que os unirá para sempre."

(Nené et al, 2016, p71)

Sejam Felizes!!

Referências Bibliográficas

- Graça, L. (2017). *Medicina materno-fetal*. (5.ª ed.). Lisboa, Portugal: Lidel – Edições Técnicas, Lda;
- Lothian, J., & DeVries, C. (2005). *The official Lamaze guide: Giving birth with confidence*. Minnetonka: Meadowbrook Press;
- Lowdermilk, D. & Perry, S (2008). *Enfermagem na Maternidade*. Lusodidacta;
- Motta, C. & Crepaldi, M (2005). O Pai no Parto e Apoio Emocional. *Paidéia*, 15(30), 105-118.
- Néné, M., Marques, R., Batista, M (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel – Edições Técnicas, Lda;
- Pousa, O (2012). Saberes e competências do pai, com preparação para o parto, durante o trabalho de parto e parto: contributos para a prática de enfermagem (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9362/1/ESEP%20-%20Dissertacao%20Mestrado%20-%20Olga%20Pousa.pdf>;
- https://www.seg-social.pt/documents/10152/23362/3010_subsidio_parental/0bd0fafb-9e8d-4613-8bb4-e9bf3ac7e5f1,
acedido a 27/01/2022;

Referências de Imagens

- <https://images.app.goo.gl/Dspx4Aex1UPYatdb9>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/gPU8Ty5F6oUkXofP7>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/c1oxR6jXJADSP5vP9>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/Rax3fWk2ADt3KzYv8>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/eYwPWOTWcruf9Cg1A>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/Yho8XwQeHHr38FF36>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/yhg62NWYNVSZoKjS8>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/z4naGoQzSpWqd7fv5>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/NT3WJiWeujFPtNqJ8>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/HqkcyiSnzSkY7ZmH9>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/PkK9DzEefiYsRefC6>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/BJjX8LM6da6HbiQR9>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/jg537fZnZRGnRofj6>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/WbukLpn9PFo4xUf46>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/vGTY321VL4sWc1Jr5>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/62rZPN72KZ99jjLi8>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/f6xe4PPgLi2YPtD29>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/wcYMW2poSYSEDj2b7>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/i584itTW8e1x79tC9>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/bcjFWQ5vqbbxf8GX8>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/FVDnrVLA8LqTdpz48>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/iNS9H9Q8YpunwgSa6>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/7DgU2zgziX1siz7U9>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/QnhTdM2nFkcgPUj56>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/R8iUsVNQN3QS9zrV6>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/2XKY7rV3AhMNgLkr9>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/tzZRHwvJHnYA7rBK8>, acedido a 21/01/2022;
- <https://images.app.goo.gl/i6XUTbMtwaj2up6SA>, acedido a 21/01/2022.

Obrigada pela atenção



Curso de Preparação para o Parto e para a Parentalidade

Formadora: Enf.ª Inês Branco

Sob a orientação da Enf.ª EESMO Olga Romeira e da Docente Anabela
Ferreira dos Santos

25 de janeiro de 2022



Apêndice XVIII – Sessão de Educação para a Saúde sobre o Aleitamento Materno

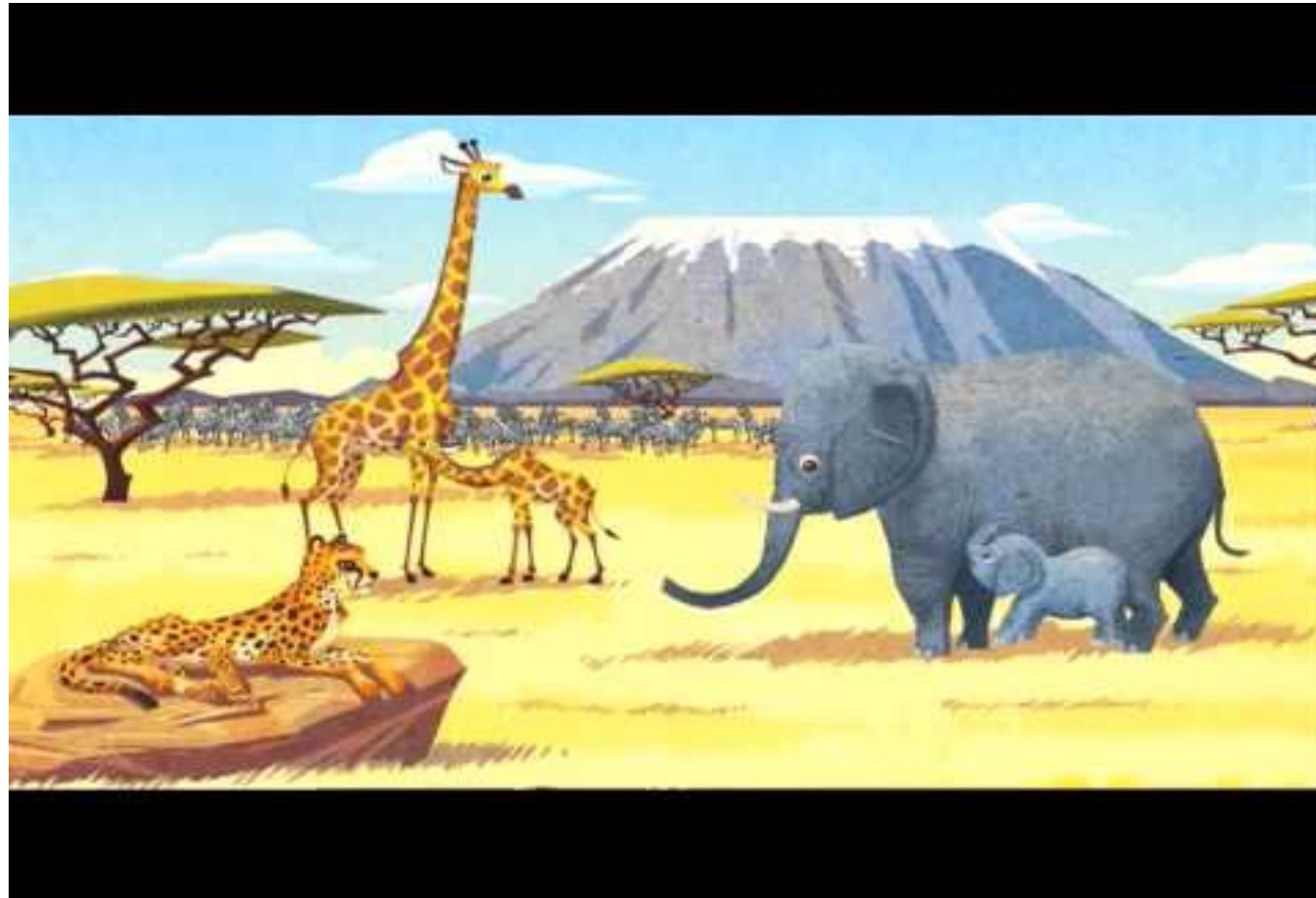
Aleitamento Materno

Curso de Preparação para o Parto e para a Parentalidade

Formadora: Enf.ª Inês Branco

Sob a orientação da Enf.ª EEESMO Olga Romeira e da Docente Anabela
Ferreira dos Santos

Amamentar é natural



Recomendações da OMS

Preconiza
o Aleitamento Materno
Exclusivo até aos 6 meses de
vida.
E aconselha o aleitamento
materno em
complementaridade com a
alimentação até aos 2 anos ou
mais.



Colostro

- Primeiro leite (12 a 16 semanas de gestação);
- Elevada densidade: Espesso (parece gel) e amarelo (rico em beta-caroteno);
- Quantidade ideal para necessidades do bebé;
- Rápido aumento de volume em paralelo com a capacidade do estômago do recém-nascido.



Colostro

A sua função primária é de proteção: reveste o intestino para evitar a aderência de organismos patogénicos: promove o fechamento do intestino

- 1ª imunização do bebé: rico em anticorpos;
- Rico em fatores de crescimento;
- Efeito laxante;
- Ajuda a restabelecer a flora bífida.



Características do Colostro

Alimento único;

Permite a satisfação das necessidades de um lactente humano;

Promotor de crescimento através dos componentes nutricionais e anti-infecciosos;

Constituído por enzimas que ajudam na digestão e absorção de nutrientes;

Ácidos gordos que otimizam o crescimento e o desenvolvimento cerebral;

É o alimento de referência e o plano da natureza para nutrir crianças humanas.

Colostro

	Capacidade do estomago RN	Produção diária colostro
D1	7 ml	7-122,5ml
D3	27 ml	98,3-775ml
D5	57 ml	425-876ml

Tamanho e Volume do Estômago de um Recém-Nascido



1º dia

5-7ml
tamanho
de uma
cereja

3º dia

22- 27ml
tamanho
de uma
noz

1 semana

45-60ml
tamanho
de uma
ameixa

1 mês

80-150ml
tamanho
de um
ovo grande

Componentes do Leite Materno

Água;

Proteínas;

Hidratos de Carbono;

Lípido;

Vitaminas lipossolúveis;

Vitaminas hidrossolúveis;

Células;

Minerais;

Oligoelementos.

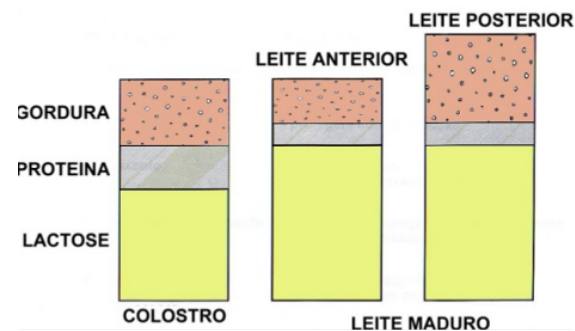


Características do Leite Materno



O leite materno é tão perfeito que torna-se impossível copiá-lo. A sua composição altera-se no decurso da mamada:

- **Leite Inicial** – parece acinzentado e aguado. É rico em proteína, lactose, vitaminas, minerais e água.
- **Leite Final** – parece mais branco do que o leite inicial porque contém mais gordura. A gordura torna o leite do fim da mamada mais rico em energia.



Vantagens do Aleitamento Materno para o RN

Proteção imunológica;

Redução do risco de morte súbita;

Proteção contra infeções respiratórias (pneumonia e bronqueolites), otites, infeções urinárias e intestinais (diarreias);

Redução do risco de alergias;

Redução das cáries dentárias, melhor desenvolvimento mandibular, dentário e da fala;

Maior proteção para doenças crónicas como diabetes mellitus, doença de Crohn, colite ulcerosa e doença celíaca;

Menor probabilidade de obesidade, eczemas e asma;

Quando doente, dá conforto ao bebé, tendo um efeito analgésico ajudando a hidratar e a recuperar mais depressa.



Vantagens do Aleitamento Materno para a Mãe

Contribui para a involução uterina e ajuda a reduzir o risco de hemorragia;

Recuperação pós-parto mais rápida;

Diminui o risco de cancro da mama e do ovário, osteoporose, doenças cardíacas, diabetes;

Atua como método contraceutivo;

Aumenta a confiança da mãe e sensação de bem-estar e segurança.



Vantagens do Aleitamento Materno para a Família

Poupa dinheiro em leite artificial e material;

Poupa dinheiro em gastos de saúde;

Menos faltas ao trabalho;

Viagens e deslocações mais fáceis.



Vantagens do Aleitamento Materno para o Ambiente

AMAMENTAR É UM ATO ECOLÓGICO

Reduz a produção de toneladas de papel para a produção de rótulos de leites infantis;

Redução do consumo de vidro plástico, borracha e silicone de que são feitas as tetinas e biberões;

Redução de custos de produção de tetinas e biberões.



Mitos do Leite Materno



- O meu leite é fraco?
- O meu leite é aguado?
- O meu bebé chora muito, deve ter fome!
- A minha mama é pequena. Produz leite suficiente?
- O meu leite não é suficiente;
- Quer estar sempre na mama!
- Tenho pouco leite...

Alimentação da Mãe

- Não são necessárias dietas ou alimentos especiais;
- Fazer uma dieta variada e saudável;
- Beber para satisfazer a sede;
- A água deve ser a bebida principal;
- Evitar alimentos processados;
- Consumir diariamente as quantidades indicadas de alimentos de todos os 7 grupos descritos na roda dos alimentos, para obter os benefícios particulares que cada um dos alimentos oferece.



Fator Inibidor da Produção de Leite

- A produção do leite materno é controlada dentro da própria mama;
- Existe uma substância no leite materno que pode diminuir ou inibir a produção de leite;
- Se muito leite é deixado na mama, o fator inibidor faz com que as células deixem de produzir leite;
- Se o leite materno é removido, o fator inibidor também é removido;
- Então a mama produz mais leite.



Reflexos do Bebê

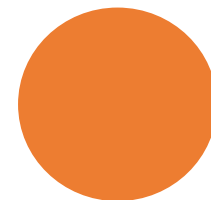
Busca (quando qualquer coisa toca os lábios, a criança abre a boca e projeta a língua para baixo e para a frente)

Sucção (o bebê suga quando o mamilo toca o palato)

Deglutição (o bebê deglute quando a boca está plena de leite)

Vômito

Tosse



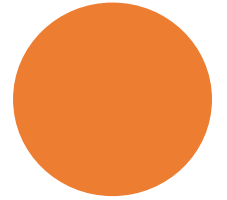
Sinais de Prontidão do Bebê

- Bebê começa a acordar e a abrir os olhos;
- Olha em redor e emite sons;
- Abre a boca e coloca a língua de fora;
- Faz movimentos de sucção como se estivesse a mamar;
- Mexe os braços e aproxima as mãos da boca;
- Chora.

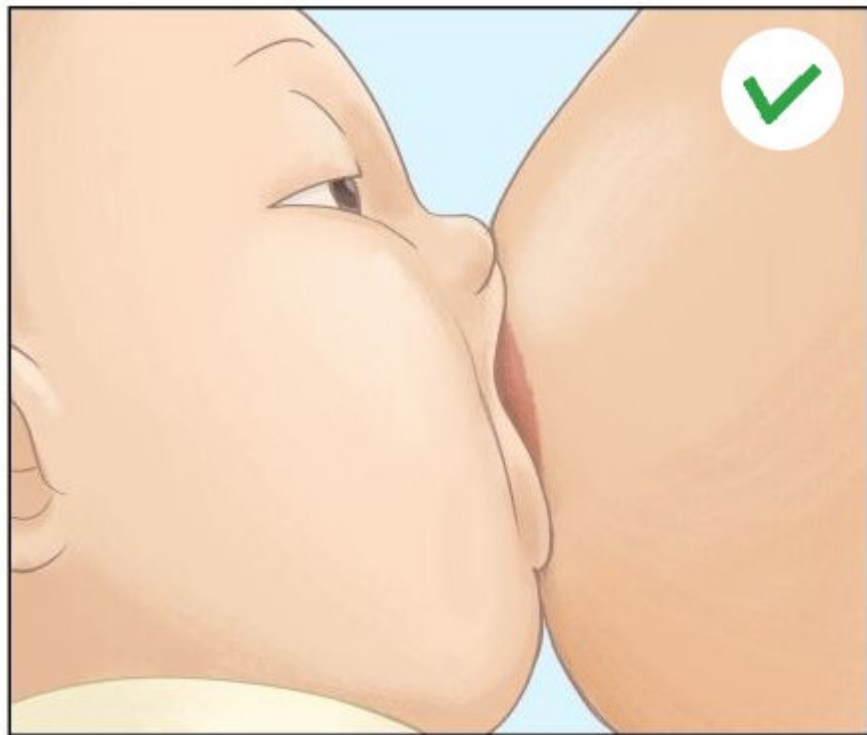


Sinais de Pega Correta

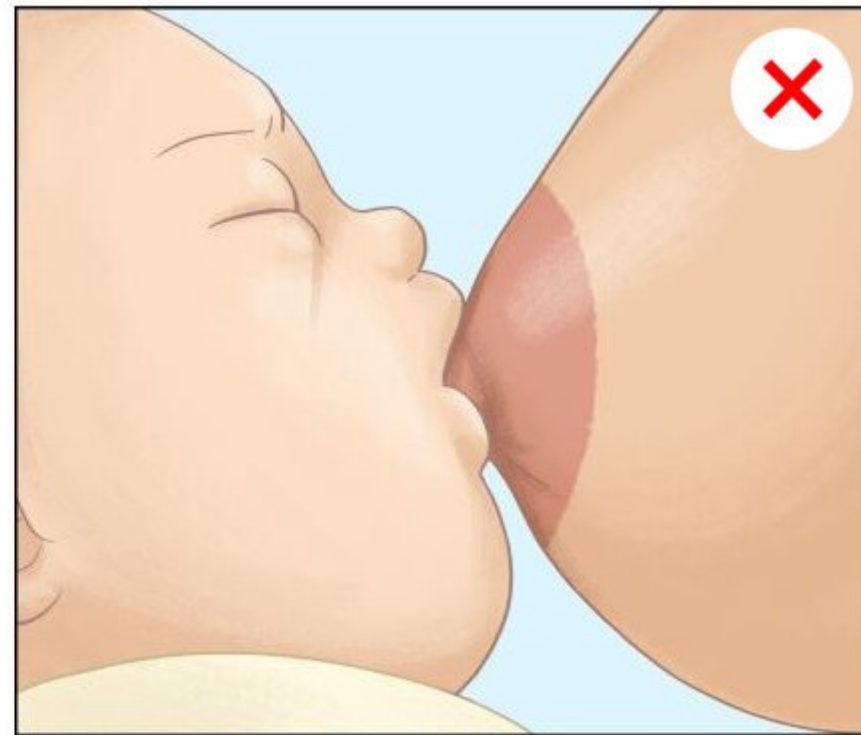
- Boca bem aberta;
- Aréola mais visível acima do lábio superior;
- Lábio inferior virado para fora;
- Queixo da criança toca na mama.



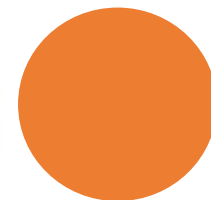
Sinais de Pega Correta



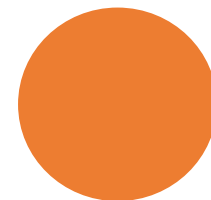
PEGA CORRETA



PEGA INCORRETA



Vídeo de uma Pega Correta



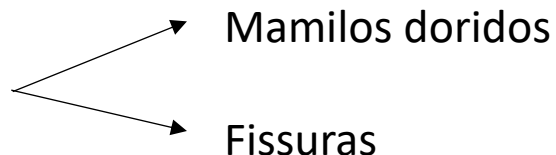
Livre Demanda

- Mamar em livre demanda, sempre que quiser de dia ou de noite, 8-12 vezes/24horas até amamentação estabelecida;
- Esvaziar uma mama até ao final;
- Evitar chupetas e biberões;
- A mãe reconhece sinais precoces de fome. O choro é um sinal tardio de fome.



Consequências de uma pega incorreta

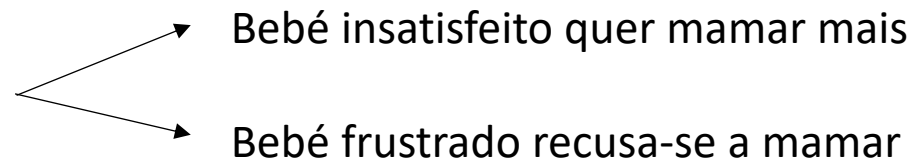
Dor e Ferida nos mamilos



O leite materno não é extraído com eficiência



A oferta de leite parece insuficiente



As mamas produzem menos leite



Alterações Mamárias

- Ingurgitamento Mamário;
- Mastite;
- Bloqueio dos ductos;
- Mamilos dolorosos e/ou com fissuras



Mastite

- Afeta normalmente uma mama;
- Parte da mama afetada;
- Área vermelha (eritema): demarcada com tecido normal mama ao redor;
- Zona dura e brilhante da área ruborizada;
- Dureza não aliviada pela remoção de leite;
- Dor na área ruborizada;
- Febre materna contínua.

Ingurgitamento Mamário

- Afeta normalmente ambas as mamas;
- Toda a mama afetada;
- Rubor irregular, difuso, não demarcado;
- Tensão mamária: edema de toda a mama, mamilo pouco saliente;
- Alívio da tensão e do edema da mama, se o leite for removido;
- Dor de ambas as mamas;
- Pode haver febre de 24h.

Mastite

O que fazer?

- Procurar médico ;
- Extrair leite manualmente ou através da bomba elétrica;
- A amamentação pode e deve ser mantida – Deve iniciar-se a mamada pela mama afetada;
- Após esvaziamento, aplicar gelo no local.

Ingurgitamento Mamário

O que fazer?

- Mamadas frequentes e eficazes;
- Massagem;
- Aplicação de calor antes e durante a mamada (efeito vasodilatador);
- Extração manual antes do bebé ir à mama;
- Aplicação de frio após a mamada (efeito vasoconstritor).

Bloqueio dos Ductos

- Nódulo;
- Sensibilidade;
- Rubor localizado;
- Sem febre;
- Mulher sente-se bem.

→
Progride

- Edema acentuado;
- Dor severa;
- Área ruborizada;
- Febre;
- Mal estar.



Ducto obstruído



Estase do leite



Mastite não infecciosa



Mastite infecciosa

Mamilos com Fissuras

- Devido a pega incorreta do bebé;
- Mamilo utilizado para fazer de "chucha";

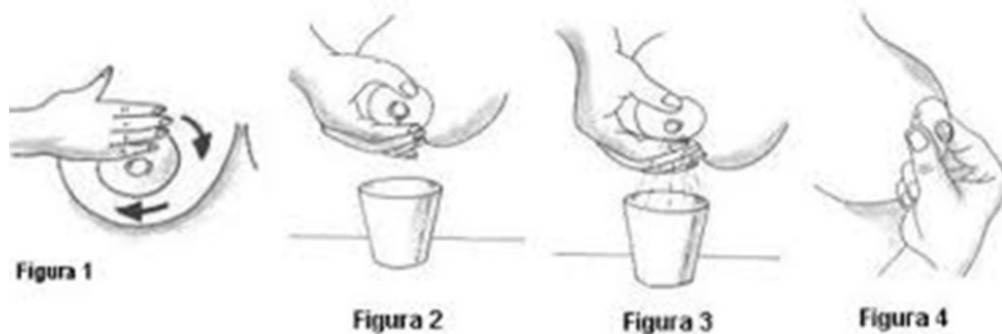
O que fazer?

- Posicionar o bebé adequadamente;
- Certificar-se que os sinais de boa pega estão presentes;
- Aplicar leite materno no mamilo e aréola, recorrendo à pomada cicatrizante (lanolina) ou discos de hidrogel, quando necessário após a mamada;
- Secagem adequada dos mamilos;
- Cobrir o mamilo com disco de amamentação limpo ou compressa;
- De forma a evitar complicações e se necessitar de retirar o bebé da mama, deve colocar um dedo mindinho no canto da boca do bebé de modo a interromper a sucção.



Conservação e Extração do Leite Materno

- Conservação no frigorífico ou no congelador;
- Armazenamento adequado em sacos de congelação de leite (até 72h) ou recipientes de plástico rígido ou vidro e com tampa (> 3 meses);



Conservação e Extração do Leite Materno

- Conservar o leite materno em pequenas quantidades no frio, em diferentes recipientes;
- Assim que obtiver a quantidade desejada, congele-o;
- Pode congelar o leite mesmo que tenha permanecido 48 horas no frigorífico;
- Nunca junte leite materno acabado de extrair, ao leite já frio ou congelado;
- Identifique os recipientes e registre a data e hora de cada congelação;
- No frigorífico os alimentos devem estar em caixas devidamente fechadas para evitar o risco de contaminação do leite materno.



Descongelamento do Leite Materno

- Descongele lentamente deixando-o no frigorífico na noite anterior (o calor excessivo destrói enzimas e proteínas);
- Agite o recipiente com leite em água quente, não fervendo;
- Descongele a quantidade total, já que as gorduras se separam ao congelar;
- Nunca use o micro-ondas;
- Depois de descongelado o leite materno, use-o dentro de 24 horas.

Estratégias para colmatar dificuldades no Aleitamento Materno



Sistema de Nutrição
Suplementar
Método da Relactação



Alimentação pelo Copinho



Mamilos de Silicone

Amamentação e Contraceção

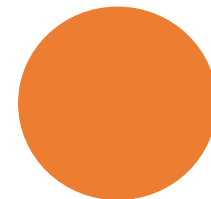
Método da Amenorreia da Lactação

A eficácia deste método requer 3 condições:

Aleitamento Materno Exclusivo – com mamadas diurnas e nocturnas, com intervalos inferiores a 6 horas;

Amenorreia Pós-Parto (mulher ainda não ter tido menstruação após o parto);

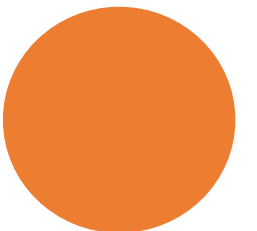
A criança ter menos de 6 meses de idade.



Ganho Ponderal do bebé

O peso do bebé é uma preocupação constante no dia a dia da mãe.

- É considerado normal ou aceitável a perda de peso do recém-nascido até 10% do peso de nascimento;
- Espera-se que os recém-nascidos ultrapassem o seu peso inicial entre o 10º e o 14º dia de acordo com a *guideline* mais recente da Academia Americana de Pediatria;
- E após terem recuperado a perda de peso, os recém-nascidos devem aumentar de peso entre 20-30gr por dia.





"Amamentar é
quando o Amor
transborda em
forma de alimento"

Referências Bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde Orientação nº 18/2013 de 20 de Dezembro. Leite materno, fórmulas, e circuito de biberões e tetinas em ambiente hospitalar;
- Figueiredo, M (2004). Trabalho em equipa, o contributo dos enfermeiros. *Sinais Vitais*, 10, p.19-22;
- Galvão,D. (2006). *Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes*. Camarate: Lusociência;
- González, C. (2005). *Manual Prático do Aleitamento Materno*. Parede Associação Mamamater;
- Guimarães, R. L. S. (2013). Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. *Mineira de Enfermagem*, 17 (1). Acedido em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/579>;
- Lauwers, J. (2011). *Capacidade de comunicação e aconselhamento. Manual Prático para Consultores de Lactação..* Loures: Lusociência;
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. UNICEF;
- Mannel, R., Martens, P. & Walker, M. (2011). *Manual Prático para Consultores de Lactação*. Rio de Mouro: Lusociência;
- Pereira, M. (2006). *Aleitamento Materno - Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação*. Loures. Lusociência.

Referências de Imagens

- <https://images.app.goo.gl/rrnmgbUjZsV9MsPN8>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/noakVmCcciLpJ3t6>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/zXk5Qy884MwBgc198>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/XpreDVOMGLm68t2XA>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/qzFSoQDMxr8ExfpH9>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/EfnTF32mXB1nVpdg8>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/HxxK6zpPR7pZqRFU7>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/cQHTKvGXi7x6kbn7>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/CDse3xjeEYHKxS3d6>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/2eiFo587rpYS4W6k9>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/7nY9fajPhgq1qUf7>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/bPKiYmUgqTXsx4Sw8>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/SL8AkSVLTsjvbSMF6>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/V6ijwodqSq1qGjRF6>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/3XY9cEp9sCzaKJsE9>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/f2K57DercMVTc8LR9>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/PYAqNVXtS4ULzjW87>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/FV8iTeqz4KwHRXL78>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/LyHz8Nhtwar1zHeEA>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/EzQKgNxESKv3ibh7A>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/JXTJ7sHqus28Q5zdA>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/a6onde6iLaucszDG7>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/SQBkTKzhbJK9N4BA>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/LF26pyLT89GtTvSP7>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/ju84f2vtHKwgqteh8>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/Mb5mARc3CoTgeVjf9>, acedido a 28/02/2022;
- https://www.google.pt/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fs2.glbimg.com%2FMUIZnaX9X_1mqQztAtRE85B35HP3hYXl1hulZCA2MznZYtaw8nXmKmfbcY5nIOeA%2Fe.glbimg.com%2Fog%2Fed%2Fp%2Foriginal%2F2013%2F08%2F02%2Fmamilo_3.jpg&imgrefurl=https%3A%2F%2Frevistacrescer.globo.com%2Fgravidez%2Fvida-de-gravida%2Fnoticia%2F2021%2F07%2Famamentacao-o-formato-do-bico-do-peito-influencia.html&tbnid=DDunFScSH-OS3M&vet=1&docid=zp95aH_pU2KafM&w=157&h=189&itg=1&source=sh%2F%2Firm, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/1G92yLMMwrYNkKbr7>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/8gjaNjKEFeio5uB28>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/y9yRxGDMBe3drUCYA>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/iUUMux3sPHGq54vyH6>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/j4sv8A9vAgmWK3qMA>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/w3F34dBo7HCfnZdb7>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/5Q3DoXgvgzoAsNwRA>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/9hztAkRJP1VDTL7F8>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/D7H7Wze7HVfssXKB7>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/jNRiz6VLBUvBqT4V7>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/N3jddLnVXCgc7sV69>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/LvZoLzx3wnE5r8xFA>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/rSVs2QHnWx6zYccw8>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/vMhHkTRTZCn76zRo6>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/2od8EK7v6dXM7eoFA>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/Gv5WkB4s52rqW59z9>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/sPmxuf1bq4dvdJ3t8>, acedido a 28/02/2022;
- <https://images.app.goo.gl/KBAaMCNwxS9PyF6JA>, acedido a 28/02/2022.

Obrigada pela atenção



Curso de Preparação para o Parto e para a Parentalidade

Enf.ª Inês Branco e Enf.ª EESMO Olga Romeira

01 de fevereiro de 2022

Apêndice XIX – Folheto sobre o Papel do Pai/Companheiro

O Pai tem um
Papel Ativo
durante a gravidez,
parto e no pós-parto

O segredo é a **Parceria**
nos Cuidados com a
Mãe!

*"O bebé é um projeto em comum
que traz nova força à ligação que
já unia o casal, fortalecendo-a, já
que a partir daquele momento
há um laço que os unirá para
sempre."*

(Nené et al, 2016, p71)



Realizado pela Enf.^a Inês Branco
Sob a orientação da Enf.^a EESMO Olga Romeira
e da Docente Anabela Ferreira dos Santos

O Pai Grávido

Papel do pai/ companheiro durante o ciclo
perinatal – gravidez, parto e pós-parto



Curso de Preparação para o Parto e para a
Parentalidade

Como é que o Pai pode ajudar a Mãe?

• Durante a Gravidez...

Vinculação da tríade mãe-pai-bebé;

Corresponde aos sentimentos de vulnerabilidade da sua companheira;

Assiste às consultas, ecografias e sessões do curso de preparação para o parto e parentalidade;

Prepara a chegada do bebé - ajudando a mãe na decoração do quarto, compra do enxoval, lavar e arrumar a roupa do bebé;

Faz a mala de maternidade do bebé, juntamente com a mãe;

Comunica com o bebé - ele já tem a capacidade de ouvir e diferenciar a voz do pai - chamar pelo nome do bebé ou diminutivo;

Está atento aos movimentos fetais e acariciar a barriguinha da mãe, brincando com ele.

(Lowdermilk & Perry, 2008; Pousa, O., 2012; Nené *et al*, 2016)



• Durante o Trabalho de Parto e Parto...



Reconhece os sinais de trabalho de parto e ajuda a mãe a preparar-se para ir para a Maternidade;

Atenção inteiramente para a grávida;

Cria um ambiente adequado de segurança e de conforto na sala de partos, garantindo a privacidade e luminosidade adequada;

Demonstra apoio e confortar a mãe;

Esboça carinho e amor;

Sê paciente;

Disponibiliza-se para realizar massagens nos intervalos das contrações - como medida não farmacológica no alívio da dor;

Incentiva ao uso das técnicas de respiração e ajudar a grávida a aplicá-las;

Transmite confiança e tranquilidade à grávida;

Dá a mão;

Cria recordações - fotografando ou filmando alguns momentos.

(Lowdermilk & Perry, 2008; Pousa, O., 2012; Nené *et al*, 2016)

Mala do Pai

- Documentos de identificação;
- Água;
- Snacks/Bolachas/Barras energéticas;
- Rebuçados;
- Creme ou óleo de massagem;
- Moedas (para máquinas de café e diversos, do hospital);
- Telemóvel e carregador.

• No Regresso a Casa...

Atende às necessidades da mãe;

Lidera nas tarefas domésticas - refeições do casal, arrumar e limpar a casa, tratar da roupa;

Vai às compras;

Participa nos cuidados ao bebé - muda da fralda, banho, durante a amamentação,...;

Promove momentos a dois com o bebé, fomentando a vinculação pai-bebé, permitindo que a mãe descanse um pouco;

Papel de gestor de visitas.

(Lowdermilk & Perry, 2008; Pousa, O., 2012; Nené *et al*, 2016)

