



**Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstetrícia**

Relatório de Estágio

Atitude do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e
Obstetrícia Perante as Famílias
que Vivenciam Morte Fetal.

Joana Carina da Nave Gonçalves Santos Meireles



Lisboa

2023

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstetrícia**

Relatório de Estágio

Atitude do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e
Obstetrícia Perante as Famílias
que Vivenciam Morte Fetal.

Joana Carina da Nave Gonçalves Santos Meireles

Docente orientador: Professora Maria Luísa Sotto-Mayor de
Carvalho Pinto

Lisboa

2023

“O que se ama com a alma, VIVE PARA SEMPRE”

Simas, F. (2021)

AGRADECIMENTOS

À minha filha por tudo...por ser a minha força, a minha inspiração e por ter sempre um sorriso e abraço apertado quando a vontade de desistir estava presente...

À minha Mãe, pela mãe e avó que é, por ser o meu pilar, pela sua presença em todos os momentos, pelo seu carinho, apoio, dedicação e compreensão...

Ao meu pai, mesmo de forma indireta contribui para este meu percurso através do seu espírito de companheirismo; Às minhas amigas pela paciência e encorajamento;

A todas as professoras que contribuíram para a minha aprendizagem, em especial à professora orientadora Maria Luísa Sotto-Major pela orientação, disponibilidade, apoio, partilha e incentivo...

A EEESMO Patrícia Coelho pela disponibilidade, apoio e partilha de conhecimentos...

A EEESMO Sara Faria por toda a sua sabedoria, amizade, apoio e humildade...

A EEESMO Helena Marchão e Enfermeira Cátia pela partilha de conhecimentos...

A EEESMO Olga Adaixo pela disponibilidade, compreensão e partilha de conhecimentos...

A EEESMO Fátima Grácio pela partilha de conhecimentos, compreensão, amizade, apoio, disponibilidade, incentivo e por despertar em mim o interesse pelo bloco de partos...

Ao meu chefe de Serviço pela flexibilidade de horário...

Às minhas colegas de curso, pela partilha, companheirismo e incentivo...

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

APPT- Ameaça de Parto Pré-termo

BCF- Batimentos Cardio-Fetais

BP- Bloco de Partos

CTG- Cardiotocografia

DGS- Direção Geral de Saúde

DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis

DPP- Data Provável de Parto

EEESMO- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FCF- Frequência Cardíaca Fetal

IMG- Interrupção Médica da Gravidez

IVG- Interrupção Voluntária da Gravidez

MAC- Maternidade Alfredo da Costa

RN- Recém-Nascido

SMMF- Serviço de Medicina Materno-Fetal

SMO- Saúde Materna e Obstetrícia

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SP- Sala de Partos

SR- Scoping Review

SUG- Serviço de Urgência

TP- Trabalho de Parto

UC- Unidade Curricular

USCP- Unidade de Saúde de Cuidados Personalizados

RESUMO

O presente relatório retrata o percurso do Estágio com Relatório integrado no 12º Cursode Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEL e tem como intuito evidenciar o processo de aquisição de competências específicas, na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, nos períodos preconcepcional, pré-natal, parto, puerpério, climatério, ginecologia (nos processos de saúde/doença), dando principal ênfase à temática em estudo sobre a **Atitude do EEESMO perante as famílias que vivenciam morte fetal**, sustentado pelo Modelo teórico de Betty Neuman.

Para dar resposta à temática em estudo, foi realizado um estudo qualitativo, cuja metodologia inclui uma *Scoping Review*, realizada entre junho e outubro de 2022. Para a realização deste estudo foi definida a questão de pesquisa, com recurso à mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto), a saber: **“Quais os fatores que influenciam a atitude do EEESMO perante as famílias que vivenciam morte fetal?”**, tendo sido pesquisadas as seguintes bases de dados: MEDLINE Complete, CINAHL Complete e COCRHANE. Posteriormente são apresentados os resultados, após uma análise integral cuidada dos artigos selecionados. Foi ainda realizada análise de conteúdo dos resultados dos artigos identificados na *Scoping Review*.

De acordo com a evidência científica, a morte perinatal é geralmente considerada a forma mais dolorosa de luto porque é inesperada, por vezes repentina e inexplicada. Desta forma, o cuidado prestado pela equipa de enfermagem tem um efeito crucial na maneira como os pais enfrentam esta perda. Cuidar dos pais que experienciam a morte de um filho é extremamente exigente, difícil e stressante para a equipa de enfermagem, que vivencia sentimentos de impotência durante a prestação de cuidados a estas famílias (Arthur et al. 2009).

A revisão de literatura realizada através da *Scoping Review*, revela que grande parte dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) referem sentir-se desamparados no apoio a estas famílias, sentindo necessidade de se distanciar pela incapacidade para lidar com a enormidade dos sentimentos de perda. A morte fetal contribui para respostas de ansiedade, trauma e diminuição da confiança nos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros ESMO, comprometendo na maioria das vezes a qualidade dos cuidados prestados (Arthur et al, 2009).

Palavras-chave: Atitude da parteira; natimorto.

ABSTRACT

This report portrays the course of the Internship with Report integrated into the 12th Master's Degree Course in Maternal Health and Obstetric Nursing of ESEL and aims to highlight the process of acquiring specific skills in the area of Maternal Health and Obstetric Nursing, It aims to highlight the process of acquiring specific skills in the area of Maternal Health and Obstetric Nursing, in the preconception, prenatal, childbirth, puerperium, climacteric and gynaecological periods (in the health/disease processes), with particular emphasis on the theme under study on the ESMN's Attitude towards families who experience foetal death, based on Betty Neuman's theoretical model.

To address the topic under study, a qualitative study was conducted, whose methodology includes a Scoping Review, conducted between June and October, 2022. To conduct this study, the research question was defined, using the mnemonic PCC (Population, Concept and Context), namely: "What factors influence the attitude of the EEESMO towards families experiencing foetal death?", and the following databases were applied: MEDLINE Complete, CINAHL Complete and COCRHANE. Subsequently, the results were presented after a careful analysis of the selected articles and a content analysis of the same Scoping Review results.

According to the scientific evidence, perinatal death is usually considered the most painful form of grief because it is unexpected, sometimes sudden and unexplained. Thus, the care provided by the nursing team has a crucial effect on the way parents cope with this loss. Caring for parents who experience the death of a child is extremely demanding, difficult and stressful for the nursing team, which experiences feelings of helplessness during the provision of care to these families (Arthur et al. 2009).

The literature review conducted through the Scoping Review reveals that most Nurse Specialists in Maternal Health and Obstetric Nursing (BSNMH) report feeling helpless in supporting these families, feeling the need to distance themselves due to the inability to cope with the enormity of the feelings of loss. Fetal death contributes to anxiety, trauma and decreased confidence responses, most often compromising the quality of care (Arthur et al., 2009).

Keywords: midwife attitudes; stillbirth.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL TEÓRICO	12
1.1 FINALIDADE DO ESTUDO	12
1.2 MORTE FETAL E O EEESMO	12
1.3 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	14
1.4 O EEESMO E AS EMOÇÕES/ SENTIMENTOS/ ATITUDES	15
1.5 MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN	16
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	19
2.1 <i>Scoping Review</i>	20
2.1.1 Objetivos da <i>Scoping Review</i>	20
2.1.2 Critérios de inclusão	21
2.1.3 Critérios de exclusão	21
2.1.4 Estratégia de pesquisa	21
2.1.5 Extração dos resultados	21
2.1.6 Apresentação dos resultados	22
2.2 Análise de Conteúdo dos resultados obtidos nos artigos da <i>Scoping Review</i>	23
2.3 Instrumento de avaliação (planeado, não implementado)	31
3. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA BASEADO NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA	32
4. LIMITAÇÕES AO ESTUDO	36
5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	37
6. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE E DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA.	39
6.1 Competências académicas do Grau de Mestre	39
6.2 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	40
6.3 Percurso de Aquisição de Competências Específicas de Enfermagem em Saúde	

Materna e Obstetrícia.....	41
6.3.1 Internamento de Medicina Materno-Fetal	41
6.3.2 Internamento de Ginecologia	44
6.3.3 Internamento de Puérperas	45
6.3.4 Unidade de Saúde Familiar	47
6.3.5 Unidade de Cuidados Intensivos / Intermédios Neonatal.....	50
6.3.6 Serviço de Urgência/ Sala de Partos.....	51
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
APÊNDICES.....	66
APÊNDICE I- Reconhecimento das Qualificações Profissionais dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia	
APÊNDICE II- Modelo dos Sistemas de Betty Neuman	
APÊNDICE III – Fluxograma de Pesquisa	
APÊNDICE IV- Tabela de Extração de Dados	
APÊNDICE V- Instrumento de Colheita de Dados (Não Utilizado)	
APÊNDICE VI- Sessão de Formação sobre a Temática em estudo	
ANEXO I- Síntese de registo das atividades práticas	

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório integrada no 12º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Esta experiência clínica decorreu em diferentes contextos clínicos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, tendo início a 11 de novembro e término a 8 de julho, sob orientação da docente da ESEL, Professora Luísa Sotto-Mayor.

A enfermagem tem evoluído ao longo dos anos e a cada dia se edifica através de publicações científicas que contribuem para o crescimento e melhoria da assistência prestada aos indivíduos (Pimenta et al, 2013). A investigação é sem dúvida um processo de aprendizagem que beneficia o pesquisador que a realiza, refletindo-se na sociedade com a divulgação dos resultados dessa investigação (Sousa & Baptista, 2011).

Os relatórios de estágio são produtos de uma construção de conhecimentos fortalecidos durante a prática clínica curricular. O contexto do estágio incluiu diferentes instituições públicas de saúde, instituições de referência para cada uma das áreas do conhecimento propostas, abrangendo desde os cuidados primários à saúde da mulher, nas áreas de saúde sexual e reprodutiva, gravidez, parto, pós-parto, climatério e menopausa. Segundo Ordem dos Enfermeiros (2011, pág.9), “a filosofia do cuidado em Saúde Materna e Obstetrícia, na sua essência, é alicerçado no modelo de assistência em que o EEESMO trabalha em parceria com a mulher, prestando cuidados complexos, seguros, versáteis e holísticos.”

Este relatório vem responder às diretivas europeias ao reconhecimento das qualificações profissionais dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, publicada na Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho das Comunidades Europeias de 7 de setembro, e transposta para o direito nacional na Lei n.º9/2009 de 4 de março “pág. 1515”, quando se refere ao ensino prático e clínico do programa de estudos para as parteiras (Apêndice I).

Após escolher, analisar e abordar uma área de estudo do meu interesse, optei por estudar a Atitude do EEESMO perante as famílias que vivenciam morte fetal. O interesse pela temática surge por interesse pessoal, pois eu própria, enquanto mulher, vivenciei uma perda gestacional com 10 semanas de gravidez e durante o processo de perda contactei com alguns profissionais que se distanciaram da situação. E ainda, como profissional tenho sentido dificuldade em gerir as minhas emoções/sentimentos perante as famílias que vivenciam uma morte fetal. Assim, através de uma prática reflexiva e baseada na evidência científica mapeada através da Scoping Review (SR), pretendo enquanto futura EEESMO aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no sentido de melhorar a minha prestação de cuidados a famílias que vivenciam

uma morte fetal, bem como partilhar com os meus pares esses conhecimentos e competências, de modo a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados nesta área.

Optei por escolher esta temática, pelas razões já descritas anteriormente, mas também, por verificar que existem poucos estudos sobre a temática em si, tendo alguns profissionais com quem privo, referido que pouco se tenta compreender sobre as suas emoções e sentimentos quando prestam cuidados nestas situações de perda e luto. Após uma extensa pesquisa da Scoping Review, observei que a grande parte dos estudos desenvolvidos sobre esta temática incidem sobre os cuidados do enfermeiro às famílias que vivenciam a morte fetal. Optei assim por realizar uma Scoping Review da evidência científica disponível na plataforma de pesquisa EBSCO, de forma a compreender que tipo de atitudes o EEESMO desenvolve perante as famílias que vivenciam morte fetal, e quais os fatores que influenciam essas mesmas atitudes.

O estudo que pretendo desenvolver engloba a morte fetal tardia a partir das 24 semanas de gestação, sendo que é a partir desta idade gestacional que o feto adquire viabilidade fetal. Segundo a Secção de neonatologia (2016), viabilidade fetal é considerado o “potencial para sobreviver”, dados disponíveis internacionalmente indicam que a sobrevida sem sequelas em recém-nascidos com IG < 23 semanas e < 500g de peso de nascimento, apresenta baixa probabilidade de sobrevivência. Por outro lado, prematuros com IG > 25 semanas e peso de nascimento > 600g, tem uma percentagem de sobrevida superior a 60%, e que pelo menos 50% dos sobreviventes não apresentam deficiência severa a longo termo. Assim, o grupo de prematuros nascidos entre as 23 e as 24 semanas de gestação e com peso de nascimento entre 500 e 599 g, constituem a zona cinzenta da viabilidade fetal.

A morte perinatal é geralmente considerada a forma mais dolorosa do luto porque é inesperada, muitas vezes repentina e às vezes inexplicada. Para muitos pais que vivenciam uma morte fetal, o cuidado prestado pela equipa de enfermagem pode ter um efeito crucial na maneira como vivenciam esta perda. No entanto, cuidar destes pais que vivenciam a morte de um filho é extremamente exigente, difícil e stressante para os profissionais de saúde e, por vezes, a equipa de enfermagem pode manifestar falha pessoal, sentindo-se incapaz em fornecer ajuda (Arthur et al. 2009).

O quadro teórico de referência orientador da minha prática é o Modelo dos Sistemas de Betty Neumann, um modelo que refere que o cliente é um sistema aberto em constante interação com o seu ambiente interior e exterior, permitindo a troca de energia, bem como as reações consoante a exposição a elementos stressores e a utilização de processos adaptativos. O organismo satisfaz as suas necessidades mediante o processo homeostático, mas quando esse processo falha, ou quando o organismo permanece muito tempo em desequilíbrio, ficando incapaz de satisfazer as suas necessidades, a doença manifesta-se, podendo levar à morte. O

papel do EEESMO é ajudar as famílias a buscar estratégias de superação à morte de um filho, ainda que isso possa envolver um turbilhão de sentimentos e emoções, como raiva, culpa, evitamento, depressão, negação, que segundo Kenner (2001) representam algumas das reações diante deste acontecimento. Os enfermeiros devem estar atentos aos sinais das famílias, a fim de identificar as suas necessidades de apoio prático e emocional. As famílias buscam sistemas de apoio para atenuar a sua dor, reagindo assim, aos stressores e procurando fortalecer as suas linhas de resistência.

Como **objetivo geral** do presente relatório pretendo descrever as competências específicas do EEESMO adquiridas nos diversos contextos de ensino clínico, como descritas no Regulamento nº391/2019:

1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional;
2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
7. Cuida o grupo- alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade;

Como **objetivos específicos** tenciono:

- ✓ Identificar quais as emoções/sentimentos que o EEESMO vivencia perante as situações de morte fetal;
- ✓ Identificar quais as atitudes praticadas pelo EEESMO perante as famílias que vivenciam uma morte fetal;
- ✓ Adquirir conhecimentos relativamente às estratégias do EEESMO no cuidar das famílias que vivenciam uma morte fetal;
- ✓ Refletir sobre as estratégias do cuidar de famílias que vivenciam uma morte fetal.

O presente relatório é constituído por 6 capítulos. O capítulo 1º é relativo ao enquadramento conceptual, contempla a revisão de literatura que sustenta a temática e o quadro de referência que orienta o desenvolvimento da prática de cuidados de enfermagem. O 2º capítulo integra toda a fase metodológica do relatório, desde o seu planeamento, ao mapeamento da literatura existente através de uma SR, assim como a análise de conteúdo dos artigos resultantes da SR. Segue-se o 3º capítulo, com os contributos da evidência científica para a prática clínica; o 4º capítulo refere-se às limitações ao estudo; o 5º capítulo menciona as considerações éticas; o 6º capítulo, contempla uma reflexão sobre o percurso de desenvolvimento de competências nos

diferentes contextos clínicos e durante a realização do presente relatório. Por fim, termina com uma reflexão final sobre o percurso académico, assim, como sugestões para a prática clínica, as respetivas referências bibliográficas utilizadas e os apêndices.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL TEÓRICO

Neste capítulo pretende-se realizar uma breve revisão da literatura relativa à temática em estudo, seguindo-se de uma contextualização do quadro teórico que suporta o desenvolvimento da prática de enfermagem ao longo dos diferentes contextos clínicos. Segundo Coelho e Mendes (2011, p. 846) “*o objetivo de um modelo de enfermagem é a orientação para a prática de enfermagem, fornecendo também uma perspetiva da forma a partir da qual poderemos visualizar e desenvolver o conhecimento da disciplina*”.

1.1 FINALIDADE DO ESTUDO

As expectativas criadas durante a gravidez são de continuidade da vida e nunca de morte, a gravidez e o parto são momentos marcantes na vida de uma mulher/casal/família, o nascimento inicia o ciclo vital que terminará com a morte, mas quando a morte inverte o ciclo vital, a mulher/casal/família vivenciam sentimentos e emoções que os marcam para sempre.

Segundo Dias et al (2010), a morte pode ser estudada sob várias perspetivas, e o cuidar de uma mulher/família que perde um filho, é um processo muito complexo que exige um esforço conjugado dos vários intervenientes da equipa multidisciplinar.

Com o desenvolvimento desta temática, pretendo adquirir competências no âmbito de “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neonatal” (Regulamento n.º 391/2019, p.13564), e consequentemente, obter conhecimentos que permitam desenvolver estratégias de superação em situações de morte fetal.

1.2 MORTE FETAL E O EEESMO

O conceito de morte fetal inclui a morte ocorrida a qualquer momento durante a gravidez. É uma experiência indescritível para os pais, pois os bebés representam para estes o início da vida e não um fim (Montero et al, 2011).

A perda de um filho durante a gravidez é um dos eventos de vida mais difíceis na vida de um adulto, e constitui também um acontecimento *stressante* para todos os envolvidos. Os pais vivenciam momentos de angústia com sentimentos de culpa, arrependimento, medo, tristeza que podem ser acompanhados de frustração ou alterações psicológicas. Estes momentos podem ser facilitados se existir um contato positivo precoce com profissionais de saúde que auxiliem e apoiem as famílias que vivenciam tal perda (Santos, 2018). Para isto, é necessário que o

EEESMO se sinta preparado para lidar com o luto, sendo a comunicação com estas famílias fundamental para garantir boas práticas no atendimento à morte fetal. (Santos, 2018)

A obstetrícia é uma ciência ligada à vida, a forma como cada enfermeiro reage à morte de um feto pode assumir diversas formas, não só pelas diferentes suas personalidades, mas também devido à sua experiência pessoal e profissional.

Os princípios e prioridades da prestação de cuidados às famílias que sofreram uma perda fetal estão bem documentados, mas há pouca investigação sobre a experiência do EEESMO na prestação de cuidados nesta situação clínica. Sem a capacidade de gerir respostas emocionais à morte de um bebé, o EEESMO pode estar comprometido por angústia física, cognitiva, comportamental ou espiritual. (Santos, 2018)

Grande parte da literatura revista, refere que o EEESMO tem dificuldade em agir perante situações de morte fetal, cuidar de famílias que vivenciaram uma perda fetal é extremamente exigente, originando sentimentos de impotência ao prestar cuidados a estas famílias.

O luto perinatal constitui um problema de saúde mundial que pode infligir traumas psicológicos devastadores aos pais no momento da perda e até mesmo em gestações subsequentes. A morbidade psiquiátrica, como depressão, transtornos de ansiedade e sintomas somáticos, foi intimamente associada a esta perda (Arthur, 2009). Estudos têm demonstrado que a qualidade do atendimento ao luto e o apoio que os pais recebem em torno da perda, tem um grande impacto na forma como lidam com a mesma e como tendem a recuperar.

Segundo o estudo realizado por Qian et al (2021) algumas mulheres que vivenciaram uma perda fetal, referiram o cuidado de enfermagem como sendo o de lidar meramente com os aspetos físicos do processo sem considerar a individualidade ou os seus aspetos psicológicos da mulher/família. A maioria das enfermeiras parteiras, incluindo estudantes, não estão preparados para esta experiência traumática, carecem de conhecimentos e habilidades relevantes e não possuem conhecimentos suficientes de habilidades de aconselhamento e comunicação. Algumas enfermeiras, comentam que precisam se distanciar dos pais enlutados por se sentirem incapazes de lidar com a enormidade dos sentimentos de perda que estes demonstram. As barreiras linguísticas e culturais também estão descritas como influenciadoras do envolvimento das enfermeiras nos cuidados ao luto (Arthur, 2009).

1.3 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

A perda gestacional, incluindo situações de aborto e nado-morto, afeta milhões de famílias em todo o mundo. As definições de perda por idade gestacional variam consideravelmente de país para país, tornando difícil determinar a prevalência precisa. Estima-se que aproximadamente 2.6 milhões de nados-mortos ocorrem por ano, mundialmente, acima das 28 semanas de gestação, enquanto no aborto ocorre aproximadamente 15-20%. (INE, 2022)

Em Portugal, a taxa de mortalidade perinatal e neonatal tem vindo a diminuir, em 2021 por cada 1000 nascimentos, 3,3%o nasceram sem vida. (INE,2022)

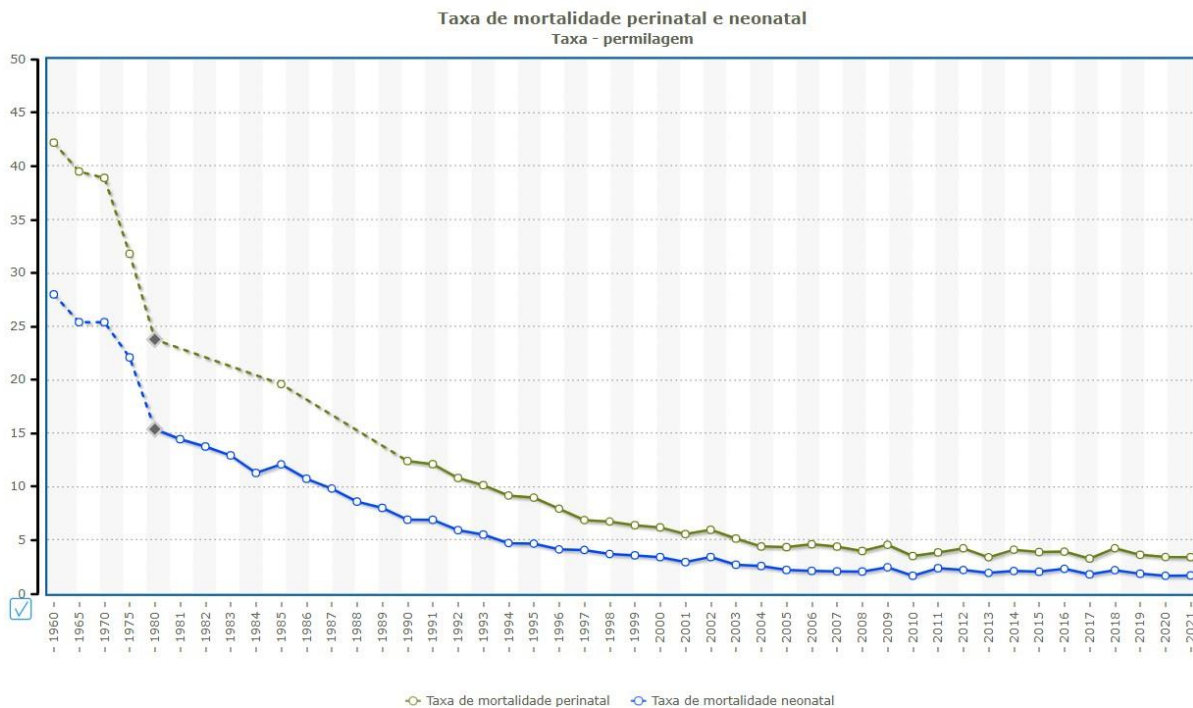


Figura 1- Taxa de mortalidade perinatal e neonatal

Fonte: Pordata (2021)

1.4 O EEESMO E AS EMOÇÕES/ SENTIMENTOS/ ATITUDES

Cuidar da família que vivencia uma morte fetal é emocionalmente desafiante para alguns EEESMO, e o forte desejo de prestar os melhores cuidados a estas famílias pode ser influenciado e dificultado pela resposta emocional, incerteza e ansiedade destes profissionais. Segundo Machado (2021), **emoções** são respostas comportamentais e cognitivas automáticas, geralmente inconscientes, disparadas quando o encéfalo detecta um estímulo significativo, positivo ou negativo.

A falta de formação e inexperiência para prestar cuidados num nível complexo em obstetrícia, que como é a morte perinatal, são apontados como o principal fator influenciador das atitudes destes profissionais (Fenwick et al., 2007). Existe a necessidade de explorar, compreender e apreciar a experiência vivida dos EEESMO que cuidaram de pais, cujo bebé nasceu morto. **Atitudes**, são predisposições internas (do próprio organismo), estáveis e duradouras, para que as pessoas se comportem ou reajam de determinada forma em relação a outras pessoas, objetos ou situações específicas (Machado, 2021).

O fenómeno do natimorto é muitas vezes um acontecimento imprevisível e difícil de experienciar. De repente o coração fetal deixa de bater, o bebé nasce e apesar de uma tentativa de ressuscitação intensiva não há resposta. Ou então, é diagnosticado ao feto *in utero*, uma patologia incompatível com a vida, situação em que os pais têm de decidir se dão termo ao desenvolvimento da gravidez. Juntamente com a família, o EEESMO é incluído neste problema, partilhando o seu sentimento de perda.

O parto é um acontecimento maravilhoso, poderoso, carregado de um profundo significado tanto para as famílias como para os profissionais. O desejo de partilhar um dos momentos mais ricos e cheio de emoções para a mulher, esta relação com a vida e com a morte fazem do EEESMO um ponto de referência constante. De forma a conseguir lidar com as situações, é natural que estes adotem mecanismos de defesa, que emergem de estratégias psicológicas e comportamentais para proteção individual, neutralizando as emoções. (Coronado et al 2020).

Um estudo realizado por Dias et al (2010), refere que a maioria do EEESMO vivenciam sentimentos negativos perante situações de morte fetal. O enfermeiro que cuida de uma família que experiencia uma morte fetal, permanece com a percepção de que se pode sempre fazer mais por aquelas famílias. **Sentimentos**, refere-se à experiência consciente dessas alterações somáticas e cognitivas. (Machado, 2021)

A sua experiência e vivência pessoal poderá influenciar a sua atitude e a compreensão da

situação (Coronado, C. et al 2020). “*O enfermeiro que escolhe a vertente obstétrica, não está habituado a lidar com situações de morte, sentindo-se pouco confortável em prestar cuidados a estas famílias, vivenciando um turbilhão de emoções e sentimentos que podem pôem causa a sua atitude*” (Dias et al, 2010, pp. 26).

Igualmente, Arthur (2009) refere que o EEESMO se sente desamparado para apoiar estas famílias, referindo sentir, na maioria das vezes, necessidade de se distanciar dos pais que sofrem uma perda fetal por não ter capacidade de lidar com a enormidade de sentimentos de perda. O medo do nascimento de um feto morto contribui para respostas de ansiedade, tristeza, trauma, e traduz-se na dificuldade em gerir as suas emoções, comprometendo a qualidade dos cuidados prestados.

Também outro estudo de investigação, realizado por Miranda et al (2020), revela que ao experienciar uma morte fetal, o EEESMO vivencia sentimentos de perda de forma profunda e intensiva, e embora não se possa lamentar abertamente visto não se tratar de uma perda sua, fica sempre emocionalmente envolvido no luto da família pela perda de um filho. A complexidade desta situação, coloca o EEESMO num lugar desafiante, que exige o máximo de si. A maioria destes profissionais não expressa as suas emoções, sentindo necessidade de as esconder, só conseguindo enfrentá-las no seu mundo privado, durante a autorreflexão ou partilha de experiências. Segundo Jennings et al (2007) o EEESMO descreve estar emocionalmente sobrecarregado, motivo pelo qual alguns optam por se separar imediatamente das famílias para "ganhar tempo", sentindo necessidade de o fazer para se tornarem capazes de prestar cuidados a estas famílias. Para Arthur (2009), esta pode ser uma ação de autoproteção, isto que, aqueles que cuidam e apoiam os pais enlutados, podem ter dificuldade em gerir as suas reações pessoais ao mesmo tempo que desempenham um papel profissional.

1.5 MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN

O modelo de Betty Neuman- o modelo dos sistemas, desenvolvido em 1970, traduz-se num modelo de sistemas abertos, caracterizado pela constante troca com o ambiente e com as forças que dele advêm, podendo estas ser nocivas ou benéficas, dependendo da sua natureza, grau e potencial de ação. É um modelo abrangente e de abordagem dinâmica, coexistindo quatro conceitos fundamentais: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem. Permite ampliar a visão da enfermagem, sendo a pessoa ou cliente um sistema aberto em constante interação com o seu ambiente interior e exterior, permitindo a troca de energia, bem como as reações à exposição a elementos *stressores* e a utilização de processos adaptativos (Neuman & Fawcett, 2011).

O modelo é representado por uma estrutura composta de círculos concêntricos de linhas

contínuas e linhas pontilhadas (apêndice 2), dispostos em ordem crescente de diâmetro. Ao centro encontramos um círculo de linha contínua que representa a estrutura básica de recursos de energia, ou seja, todas as variáveis (psicológicas, biológicas, socioculturais, desenvolvimento e espirituais) entendidas como fatores de sobrevivência comum, além das características próprias da pessoa. À volta dessa estrutura central, existem uma série de anéis de linhas pontilhadas, designadas por linhas flexíveis de resistência, que representam os fatores internos ativados que auxiliam na proteção e preservação da estrutura básica quando um *stressor* consegue ultrapassar a linha normal de defesa. A linha de defesa desenvolve-se ao longo da vida de cada indivíduo e resulta de variáveis e condutas como padrões de enfrentamento do indivíduo aos agentes *stressores* num estado dinâmico de adaptação como o ambiente. A linha pontilhada externa, representa a linha flexível de defesa, que pode ter funções diferentes consoante os estímulos do ambiente, ou seja, agirá como amortecedor ao sistema, quando o ambiente estiver repleto de *stressores*. (Tomey & Alligood, 2004; Neuman & Fawcett, 2011).

Diante de uma situação crítica, o ambiente de cada indivíduo, poderá gerar *stressores* causadores de desequilíbrios e estados de tensão ao sistema, Neuman classificou estes *stressores* como *stressores* extrapessoais (ocorrem fora do sistema, resultantes da convivência com organização social); *stressores* interpessoais (ocorrem entre um ou mais indivíduos); *stressores* intrapessoais (forças que ocorrem dentro de cada indivíduo- raiva, medo...).

O modelo de Neuman, é suficientemente flexível para lidar adequadamente com a complexidade do doente e reconhecer os *stressores* com os quais este se depara. Este modelo permite ainda, interpretar como o doente interage e responde aos *stressores*, identificando quais são as consequências para a dinâmica do processo saúde doença (Neuman & Fawcett, 2011). A homeostase é um processo através do qual um organismo mantém o seu equilíbrio e consequentemente, a sua saúde, sob diversas condições. A saúde é o melhor estado de bem-estar para o doente dentro de uma faixa de normalidade que aumenta ou diminui ao longo do tempo, tendo em conta os *stressores* ambientais e os ajustes necessários para alcançar a estabilidade. O grau de bem-estar é determinado pela quantidade de energia dispensada, por forma, a retomar o equilíbrio. No entanto, quando o processo de estabilização falha em algum ponto ou quando o organismo permanece num estado de desarmonia por muito tempo, ficando incapaz de satisfazer as suas necessidades, pode surgir a doença ou até mesmo a morte. (Tomey & Alligood, 2004; Neuman & Fawcett, 2011).

Sendo este modelo de natureza holística, orientado para o bem-estar, para a perceção e motivação do doente numa perspetiva de sistema aberto e dinâmico, de troca de energia e de interação de variáveis que se relacionam com o ambiente a fim de minimizar os possíveis danos *stressores* internos e externos, enquadra-se na temática em estudo. A família que sofre uma perda

fetal está diretamente sujeita a diversos *stressores* que podem influenciar a sua segurança e o seu bem-estar, sendo de primordial importância que o EEESMO adote as melhores práticas sustentadas em modelos e teorias científicas, por forma a prestar cuidados que possam minimizar os possíveis danos decorrentes dos *stressores*. O EEESMO necessita dominar os seus sentimentos e emoções, dando resposta e minimizando os riscos que uma morte fetal pode acarretar para as famílias. As suas atitudes são um dos pontos cruciais para a recuperação das famílias que vivenciam uma morte fetal.

É de realçar a importância da atuação do EEESMO perante um fenómeno tão crítico na vida de um casal. É necessário que estes profissionais tenham presente o que cada mulher vivenciou, estabelecendo uma relação de ajuda efetiva com a mulher/família, tendo presente a multiplicidade de reações e adequando a sua intervenção face à necessidade de cada um.

Neste sentido, o modelo de sistemas de Betty Neuman, assume-se como modelo teórico filosófico para orientar o EEESMO na atitude que deverá ter perante estas famílias.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Este é um estudo exploratório, de abordagem qualitativa.

Segundo Vilelas (2017), um estudo exploratório visa proporcionar uma maior familiaridade com o problema, sendo um tipo de estudo que é especialmente realizado quando o tema escolhido é pouco explorado e se torna difícil formular hipóteses precisas e de possível verificação. Constitui, frequentemente, a primeira etapa de uma investigação mais ampla e pretende dar uma visão geral e aproximada dos objetos do estudo. Utiliza-se quando a literatura revela pouca informação acerca do fenómeno, e tem como objetivo “*obter um maior conhecimento de um fenómeno como preâmbulo a investigações posteriores e descobrir relações entre as variáveis*” (Vilelas, 2017, p.177).

Numa fase inicial, tinha previsto desenvolver um estudo quantitativo, elaborando uma *Scoping Review* com intuito de mapear a evidência sobre a temática em estudo. Construí um Questionário a aplicar a um grupo de EEESMO (Apêndice V), com o objetivo de identificar quais as emoções e sentimentos vivenciados por si, quando presta cuidados a famílias a vivenciar situações de morte fetal tardia. Pretendia ainda, compreender de que forma essas emoções e sentimentos influenciam a sua atitude no âmbito desses cuidados, no entanto, pela dificuldade em obter um parecer positivo da Comissão de Ética da ESEL, (tendo coincidido com a transição da anterior Comissão de Ética da ESEL para o novo Conselho de Ética, e porque o prazo limite para a entrega do relatório estava a aproximar-se), optei por fazer uma análise de conteúdo dos resultados, identificados pelos autores dos artigos mapeados pela *Scoping Review*.

Segundo Vilelas (2017), a investigação qualitativa é uma forma de estudo da sociedade que se centra no modo como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que vivem. “*Na investigação qualitativa, a fonte direta dos dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal*” (Bogdan e Biklen, 1994, p.47). O desenvolvimento de conceitos, nesta abordagem, prende-se habitualmente com a descrição de realidades e o desenvolvimento da compreensão dos fenómenos (Vilelas, 2017). Este autor, refere ainda que “*em pesquisas de análise qualitativa todos os factos e fenómenos são significativos e relevantes*” (Vilelas, 2017, p. 166)

No âmbito da UC Opção II, do 1º ano 2º semestre do 12º Curso do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, tinha sido realizado um projeto de aprendizagem com o objetivo de agilizar, planear e organizar todo o processo para o desenvolvimento do presente relatório. Foram estabelecidas atividades a desenvolver no decorrer dos diferentes contextos clínicos e delineado um cronograma das atividades a desenvolver.

Este capítulo integra a metodologia utilizada para a colheita de dados a trabalhar para obter conclusões úteis na elaboração do presente relatório de estágio - a *Scoping Review* e a análise de conteúdo.

2.1 Scoping Review

De forma a mapear a evidência disponível, foi realizado uma *scoping review*, que teve como questão de partida: **“Quais os fatores que influenciam a atitude do EEESMO perante as famílias que vivenciam morte fetal?”**

De acordo com a pesquisa realizada nas bases de dados de revisões do Joanna Briggs Institute (JBI) e da Cochrane, foram encontrados poucos artigos sobre a temática em si. Para a realização da pesquisa foram definidas como palavras-chave: *midwife attitudes; stillbirth*. Nesta revisão *scoping* os critérios de inclusão foram estabelecidos com base na memónica PCC:P (população): EEESMO; C (Conceito): atitude; C (Contexto): Todos os contextos que contactem com morte fetal.

Relativamente à população, esta é constituída por todos os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia que contactem com situações de morte fetal, ou seja, os enfermeiros que cuidam de famílias que vivenciaram uma perda gestacional involuntária. O conceito Atitude relaciona-se com o tipo de atitude estes profissionais adotam perante estas situações e que fatores influenciam essas atitudes.

2.1.1 Objetivos da Scoping Review

Como objetivo geral, pretendo identificar junto do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia que tipo de atitudes praticam perante as famílias que vivenciam uma morte fetal.

Como objetivos específicos pretendo:

- ✓ Identificar quais os fatores que influenciam a atitude do EEESMO na prestação de cuidados às famílias que vivenciam uma morte fetal;
- ✓ Identificar quais as emoções/sentimentos que o EEESMO vivencia perante as situações de morte fetal;
- ✓ Melhorar a qualidade dos cuidados prestados a estas famílias;
- ✓ Enriquecer o meu desenvolvimento pessoal e prática profissional.

2.1.2 Critérios de inclusão

- ✓ Texto integral
- ✓ Artigos em português, inglês e espanhol;
- ✓ Artigos publicados entre 2008-2022 (pesquisa inicial de 2015 a 2022 não produziu resultados, razão pela qual foi necessário alargar o limite temporal);
- ✓ EEESMO que contactem com famílias em situação de morte fetal.

2.1.3 Critérios de exclusão

- ✓ Outros profissionais;
- ✓ Artigos que não refiram a atitude e emoções/sentimentos vivenciadas pelo EEESMO.

2.1.4 Estratégia de pesquisa

A pesquisa para este estudo decorreu entre julho, 2022 e novembro, 2022.

Em julho de 2022, foi realizada uma SR (que chamei de SR 1) em duas bases de dados MEDLINE e CINAHL. Desta forma, realizou-se a pesquisa através da plataforma EBSCOhost, limitando os resultados à MEDLINE complete e CINAHL complete, utilizando os termos de pesquisa (*Midwife*, *Stillbirth*), critérios de inclusão e exclusão. Na base de dados MEDLINE, houve necessidade de separar o conceito “*Midwife attitudes*”, e realizar a pesquisa individual com “*Midwife*” e “*Attitude*”, pois em conjunto não se obtinha qualquer resultado de pesquisa. Foram utilizados os mesmos critérios da SR elaborada no projeto de aprendizagem no âmbito da UC opção II, exceto o limite temporal que alarguei para o ano 2022 (ano que voltei a realizar uma nova SR). Em outubro, 2022 foi necessário atualizar a SR 1 e incluir uma nova base de dados, tendo optado pela base de dados COCHRANE. Os resultados desta pesquisa (a que chamei SR 2), foram os mesmos da SR 1, não tendo sido possível obter mais algum artigo.

2.1.5 Extração dos resultados

Cada artigo identificado foi cuidadosamente lido e avaliado. Foi utilizada uma tabela padronizada para extrair os dados relativos a título, país, autor, ano de publicação, objetivo do estudo, tipo de estudo, participantes, metodologia, resultados, conclusões (apêndice IV).

2.1.6 Apresentação dos resultados

Como referido anteriormente, a pesquisa foi realizada em três base de dados- CINAHL, MEDLINE e numa fase posterior, na COCHRANE. Na SR 1 realizada na base de dados CINAHL resultaram 41 artigos e na base de dados MEDLINE, 22 artigos. Posteriormente, foram aplicados os critérios de inclusão, tendo resultado um total de 27 artigos (10 artigos MEDLINE, 17 artigos CINAHL). Por fim, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos dos artigos, tendo sido possível obter 7 artigos, visto os restantes 20 não incluírem informação sobre a temática em estudo.

Na SR 2, incluiu-se a pesquisa numa nova base de dados, COCHRANE, tendo resultado em 4 artigos. Posteriormente, foram aplicados os critérios de inclusão a esta pesquisa, não obtendo qualquer resultado. Referente às bases de dados MEDLINE E CINAHL, obtiveram-se exatamente os mesmos resultados da SR1. Um diagrama de fluxo PRISMA é apresentado em apêndice III.

2.2 Análise de Conteúdo dos resultados obtidos nos artigos da *Scoping Review*

Os dados obtidos na *SR* – resultados dos artigos – foram submetidos a análise de conteúdo (Bardin, 2015; Vilelas, 2017)

A análise de conteúdo é o método mais comumente adotado no tratamento de dados em investigações qualitativas, sendo constituída por um “conjunto de técnicas de interpretação da comunicação, que visa obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (Vilelas, 2017, p.388).

Da *Scoping Review* realizada, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram identificados 7 artigos. Os artigos a analisar foram ordenados cronologicamente por data de publicação, (do mais recente para o mais antigo), sendo numerados de 1 a 7. Após uma leitura exaustiva dos 7 artigos, optou-se por eliminar um deles (artigo 2), que tinha sido identificado na *scoping review* na fase inicial da elaboração do projeto, mas que na fase de elaboração do presente relatório não corresponde ao pretendido.

Desses artigos foram extraídos os respetivos resultados, constituindo o conjunto de documentos que serão objeto de análise de conteúdo, sendo o que, segundo Vilelas (2017), se designa por “**corpus**”. Posteriormente, fez-se uma leitura flutuante dos resultados dos 6 artigos, com o objetivo de identificar informações relevantes. Após esta leitura inicial, que permitiu revelar “o que está escondido, latente ou subentendido na mensagem” (Vilelas, 2017, p.388), bem como “transcender a mensagem explícita e de uma forma menos estruturada já conseguir visualizar (...) pistas e indícios não óbvios” (Vilelas, 2017, p. 392), seguiu-se o tratamento dos dados obtidos e sua interpretação, no qual os dados brutos são analisados a fim de se tornarem significativos e válidos e evidenciarem as informações obtidas. Sendo a escolha das categorias um processo essencial da análise de conteúdo, fazendo a ligação entre os objetivos da pesquisa e os seus resultados, o **sistema de categorias** diz respeito a um conjunto de temas (categorias) que constituem conjuntos semanticamente coerentes de unidades de registo.

Identificadas as principais categorias, procedi ao **recorte** dos segmentos de texto, ou **unidades de registo**, selecionadas para análise, tendo sido elaborada uma grelha de análise de

conteúdo (tabela 1) constituída por categorias, subcategorias e unidades de contexto e de registo.

Tabela 1: Análise de conteúdo dos artigos da SR

Categorias	Subcategorias	Unidade de Contexto	Unidade de Registo
<p>Fatores Influenciadores da Atitude do EEESMO perante a morte fetal</p>	<p>Facilitadores</p>	<p><u>Melhorar a Formação:</u></p> <p>Básica- incluída nos currículos dos cursos de Enfermagem ou de especialização.</p> <p>Contínua- formação no âmbito profissional</p>	<p>“Os educadores de enfermagem devem incluir cuidados perinatais de luto nos currículos de enfermagem ou de parteira e fornecer experiência na prática clínica e isto deve ser reforçado por seminários de desenvolvimento pessoal nos hospitais (...)”</p> <p>“A tutoria por preceptores proporciona uma experiência mais educacional e menos stressante, aumentaria a confiança e perícia dos novatos, e levaria a uma maior qualidade de cuidados para as famílias enlutadas.”</p> <p>“(...) a graduação e a educação contínua são necessárias para o pessoal (...)”</p> <p>“A implementação de programas de educação em cuidados perinatais de luto tem efeitos positivos em ajudar enfermeiros e parteiras a prepararem-se para os cuidados perinatais de luto.”</p> <p>“A formação de enfermeiras e parteiras na abordagem correta nas interações com os pais e como ajudar os pais em situações de luto, é de grande importância (...)”</p> <p>“(...) programas de educação em luto perinatal, workshops interativos (...) podem não só ajudar enfermeiros e parteiras a partilhar informações úteis, mas também ajudar a obter apoio de pares e apoio organizacional suficiente.”</p> <p>“(...) necessidade de formação e educação contínua para enfermeiros e parteiras estarem preparados para a prestação de cuidados de luto perinatais de alta qualidade.”</p> <p>“A educação é necessária tanto nos currículos de enfermagem e enfermagem na prática clínica.”</p>

		Partilha de Experiências com os pares	<p>“(…) é importante que os colegas da parteira compreendam o fluxo e refluxo da vulnerabilidade emocional tanto durante como após um natimorto (…).”</p> <p>“(…) necessidade de um maior apoio dos membros da equipa.”</p> <p>“Os estudantes e enfermeiras necessitam da orientação de colegas mais experientes para poderem prestar cuidados de luto eficazes e aprender estratégias para evitar experiências negativas.”</p>
		Experiência profissional prévia em morte perinatal	<p>“(…) a experiência de cada enfermeiro, influencia a forma como cuidam dos pais enlutados.”</p> <p>(…) o enfermeiro que utiliza a sua sensibilidade e experiência, promove o autodesenvolvimento e a autorrealização e é capaz de encorajar o mesmo crescimento na pessoa de quem cuida.”</p> <p>“(…) enfermeiras com mais experiência e educação relacionadas com o luto sentem-se mais confortáveis a prestar estes cuidados.”</p>
		Acesso a apoio Emocional/Psicológico	<p>“Há uma necessidade de apoio tanto para a mulher como para a parteira.”</p> <p>“(…) encorajar a parteira a reconhecer e aceitar as emoções que está a sentir e a ser ajudada a gerir eficazmente as suas emoções como forma de reconhecer ou apoiar a sua própria resiliência.”</p> <p>“(…) o apoio psicológico e emocional é necessário para lhes permitir apoiar os pais enlutados.”</p>
	Dificultadores	Falta de formação específica	<p>“(…) cuidados de luto com qualidade só pode ser alcançado quando as necessidades de educação e formação dos enfermeiros forem satisfeitas.”</p> <p>“(…) deficiência dos atuais programas de formação e educação e cuidados de luto perinatal.”</p>
			<p>“(…) muitas parteiras desconhecem o significado de alguns rituais no luto em diferentes grupos étnicos.”</p> <p>“(…) é importante que os enfermeiros estejam</p>

		<p>Crenças/Cultura do cliente</p>	<p>familiarizados com as tradições e crenças das famílias (...).”</p> <p>“(…) muitas parteiras desconhecem o significado de alguns rituais no luto em diferentes grupos étnicos.”</p> <p>“(…) as parteiras precisam de mais educação relacionada à importância dos rituais religiosos e de morte de cada cultura.”</p> <p>“A principal barreira à prestação de cuidados perinatais de luto de alta qualidade é que as enfermeiras e parteiras não compreendem o processo de luto dos pais de culturas diferentes à sua (...) devem ser ensinadas para que possam fornecer cuidados e informações direcionadas e que satisfaçam as necessidades de cada casal.”</p> <p>“A crença religiosa foi um dos fatores que afetou as atitudes das famílias em luto (...).”</p> <p>“(…) os enfermeiros devem aumentar a sua sensibilidade e mudar a sua prática para coincidir com a pesquisa sobre o luto, mantendo uma abordagem culturalmente específica.”</p> <p>“(…) barreiras linguísticas ou culturais influenciam o envolvimento dos enfermeiros nos cuidados de luto.”</p>
		<p>Crenças/Cultura do cuidador</p>	<p>“O enfermeiro tem como um dos ideais o compromisso com a vida (...) assume a responsabilidade de acompanhar o ser humano em todo o seu ciclo vital (...) torna-se difícil lidar com a morte, porque ela representa um fracasso, uma derrota, perante o objetivo de cuidar (...).”</p> <p>“(…) a atuação do enfermeiro deve pautar pelo respeito pelos valores humanos e pela vontade do utente, mesmo que não esteja de acordo com as suas crenças.”</p> <p>“(…) a cultura desempenha um papel fundamental na forma como os enfermeiros prestam cuidados às famílias enlutadas.”</p> <p>“(…) existem diferenças culturais na forma como os enfermeiros prestam cuidados ao luto na área da comunicação.”</p>

		<p>Inexperiência em cuidar de famílias que vivenciam morte perinatal</p>	<p>“(…) falta de experiência e a vivência pessoal do enfermeiro, influenciam a sua atitude e compreensão da situação (…) o enfermeiro valoriza determinadas atitudes e competências, sendo que o confronto com a situação traz implicações na sua forma de agir.”</p> <p>“(…) ter experiência a cuidar de um nado morto influencia a forma de cuidar.”</p>
		<p>Sentimentos vivenciados pelo EEESMO</p>	<p>“Descreeveram sentimentos de choque, negação e auto- culpa.”</p> <p>“(…) os impactos na continuidade dos cuidados da parteira envolvem sentimentos de perda e dor, quando um bebé nasce morto.”</p> <p>“(…) existem determinados sentimentos que os enfermeiros vivenciam quando realizam o parto de um feto morto, nomeadamente sentimentos negativos.”</p> <p>“(…) lidar com os seus sentimentos intensos e esmagadores que estão escondidos.”</p> <p>“(…) os seus verdadeiros sentimentos precisavam de ser escondidos e apenas reconhecidos no seu mundo privado (…).”</p> <p>“(…) tensão de continuar a cuidar da mulher e da sua família, e a lidar com os seus próprios sentimentos intensos (…).”</p> <p>“Sentimentos de impotência (…)”</p>
		<p>Emoções vivenciadas pelo EEESMO</p>	<p>“Lidar com a morte causa ansiedade às parteiras(…)”</p> <p>“(…) a enfermeira é testemunha do acontecimento e é obrigada a envolver-se e a experimentar as emoções normalmente sentidas.”</p> <p>“(…) a parteira esta intimamente envolvida com a perda, mas a perda não é sua para se lamentar abertamente.”</p> <p>“(…) primeiro feto morto teve um impacto significativo no seu bem-estar emocional, tanto a nível pessoal como profissional (…).”</p> <p>“Há igualmente necessidade de uma compreensão da individualidade das respostas emocionais da parteira, que podem variar entre choque, negação e culpa própria.”</p>

			“(…) torna-se difícil para o enfermeiro gerir as suas emoções e separar a vida profissional com a pessoal (…).”
Relacionadas com Políticas Institucionais	Ausência de protocolos		“(…) as enfermeiras que trabalham na unidade deveriam estar bem informadas, com uma política hospitalar clara para a gestão do luto, e receber informações que ajudassem os pais enlutados a tomar decisões por si próprios.” “A ausência de diretrizes de cuidados pode fazer com as parteiras evitem o contacto com as famílias enlutadas.” “A cultura organizacional das instituições poderia incentivar os cuidados ao luto, através de protocolos hospitalares, garantindo apoio às parteiras e uma cultura de cuidados através da formação e disponibilização de espaços e tempo em que possam partilhar as suas experiências e emoções.”
	Implementação de sessões de educação sobre a morte perinatal		“(…) a educação é necessário para ajudar os enfermeiros no seu trabalho com as famílias enlutadas.” “Recomenda-se educação e o aconselhamento de luto (…) para reduzir esta experiência <i>stressante</i> e aumentar a confiança e perícia dos novatos, levando a uma maior qualidade dos cuidados aos pais enlutados.” “(…) educação sobre o luto e comunicação devem ser incluídos na formação das parteiras a nível institucional (…).”
	Disponibilidade de apoio psicológico parao EEESMO		“(…) é realçada a importância em aprender a lidar com sentimentos negativos, estes tornam-se tão intensos que é impossível prever as marcas que deixam na mulher e no enfermeiro.” “À medida que melhoramos a educação eo apoio emocional às enfermeiras e parteiras, estas estarão mais bem preparadas para cuidar das famílias neste momento difícil.” “(…) prestar cuidados aos pais enlutados é <i>stressante</i> , é necessário que as instituições abordem

			<p>a influência que as emoções têm sobre os prestadores de cuidados de saúde e divulguem estratégias que promovam o autocuidado e a resiliência.”</p> <p>“Os gestores hospitalares devem proporcionar acesso psicológico para a expressão das emoções negativas de cada enfermeiro e estabelecer uma plataforma de comunicação regular para os mesmos.”</p> <p>“(…) reforço do apoio psicológico a enfermeiras e parteiras nas instituições (…).”</p>
<p>Tipo de atitudes do EEESMO perante a morte fetal</p>	<p>Positivas</p>	<p>Empatia</p> <p>Respeito</p> <p>Disponibilidade</p>	<p>“(…) atitudes positivas podem ajudar os casais enlutados a lidar com o processo de luto.”</p> <p>“(…) respeito positivo pelos sentimentos e necessidades dos pais enlutados (…).”</p> <p>“Desejo de cuidar melhor das famílias enlutadas pela perda de um bebé.”</p> <p>“Estar presente e disponível, facilitou o luto dos pais (…).”</p>
		<p>Negativas</p>	<p>Distanciamento</p>
	<p>Evitamento</p>		<p>“(…) evitaram encontros com os pais enlutados.”</p> <p>“as parteiras evitam o envolvimento com as famílias enlutadas para protegerem as suas emoções.”</p> <p>“(…) evitamento é uma atitude praticada por estas parteiras (…).”</p>
	<p>Dificuldade em comunicar</p>		<p>“(…) necessidade de melhorar as capacidades de comunicação.”</p> <p>“Sentem dificuldade em comunicar com os pais enlutados (…).”</p>

			<p>“(…) as parteiras devem empenhar-se no apoio e comunicação, prestando cuidados de saúde especializados.”</p> <p>“Os pais enlutados necessitam de uma comunicação cuidadosa por partes dos profissionais, no entanto, estes têm pouca capacidade para o fazer.”</p>
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.3 Instrumento de avaliação (planeado, não implementado)

Como já mencionado no capítulo anterior, foi elaborado um questionário sobre a temática em estudo com intuito de ser aplicado a X EEESMO. Enquanto se aguardava o parecer da comissão de ética da ESEL para a implementação do mesmo, utilizou-se o questionário como pré-teste a alguns EEESMO que contactaram com situações de morte fetal, tendo obtido um feedback muito positivo por parte dos mesmos e com resultados muito interessantes, no entanto, não foi possível a sua implementação por não ter obtido um parecer favorável junto da Comissão de ética da ESEL, no timing necessário, pelo que ficou sem efeito (Apêndice VI).

3. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA BASEADO NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

O presente capítulo pretende refletir sobre quais os fatores que poderão influenciar a atitude do EEESMO durante a sua prestação de cuidados ao casal/família a vivenciar morte fetal, pois poderão ser contributos para a melhoria dos cuidados prestados.

Os resultados obtidos através da análise de conteúdo aos artigos obtidos na *SR*, apresentados no capítulo anterior, comprovam a pertinência da problemática em estudo, identificando os principais fatores que podem influenciar as atitudes do EEESMO perante famílias a sofrer morte fetal. Fatores como a experiência profissional prévia, formação básica ou formação contínua a nível profissional, cultura, crenças, apoio emocional, entre outros, influenciam as suas atitudes. Arthur (2009, pp. 2538) refere que “*os fatores que podem estar associados às atitudes do EEESMO, em relação aos cuidados de luto perinatal, prendem-se com experiências pessoais e cuidados às famílias que vivenciam morte fetal, crenças religiosas, formação e educação.*” Este capítulo é também, um espaço privilegiado de reflexão sobre o meu percurso de aprendizagem, comparando a minha experiência como profissional e estudante durante os vários contextos dos ensinamentos clínicos, com o que é relatado por cada autor da minha *SR*.

Na análise de conteúdo efetuada, identifiquei aspetos que podem ser relevantes para a prática clínica e para a melhoria dos cuidados prestados a estas famílias.

Pelas suas competências técnicas, científicas, relacionais e humanas, o EEESMO ocupa, na equipa multidisciplinar, uma posição de destaque, privilegiada para adequar as melhores práticas e funcionar como agente principal no apoio em situações frágeis. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), o EEESMO que fundamenta a sua prática na evidência científica, é aquele que apresenta as melhores condições para proporcionar cuidados especializados e estabelecer relações terapêuticas facilitadoras, em contacto com famílias que vivenciam morte fetal, respeitando as decisões, crenças, valores e cultura da mulher/família em luto. No entanto, alguns destes profissionais têm dificuldade em gerir as suas emoções e sentimentos, sentindo-se vulneráveis em prestar cuidados a estas famílias, recorrendo a atitudes que podem ser consideradas negativas e dificultadoras de uma relação terapêutica ou início de um processo de luto.

Como já referido anteriormente, o modelo de sistemas de Neuman (2011) enquadra-se na temática em estudo. A família que sofre uma perda fetal está diretamente sujeita a diversos *stressores* que podem influenciar a sua segurança e o seu bem-estar. A filosofia do cuidado humanizado às famílias que vivenciam morte fetal, exige dos profissionais um olhar capaz de atender às necessidades destas famílias, através da aproximação precoce, fortalecendo o vínculo

afetivo e estabelecendo uma relação de confiança entre a família e profissionais, com intuito de minimizar os agentes stressores e potencialmente presentes na situação de morte fetal. Assim, a assistência humanizada poderá ser atenuante na ação dos *stressores*, bem como, um auxílio às famílias que enfrentam uma morte fetal.

Se o nascimento de um novo ser gera expectativa, a morte traz consigo o choque, o sentimento de perda, fragilizando as famílias. Diante desta situação, o EEESMO deve estar apto para lidar com a família como um sistema de modo a trabalhar junto com ela, pelo seu fortalecimento e reconstituição. Isso envolverá a compreensão dos sentimentos da família, reconhecer as etapas do luto de cada membro da família, avaliar a resposta à crise de ter vivenciado uma morte fetal, identificar, orientar e implementar estratégias para ajudar os membros da família a ultrapassar e estabelecer uma relação de confiança de modo a ultrapassar os stressores inerentes à situação vivenciada.

Dos seis artigos obtidos da *Scoping Review* e cujos resultados foram posteriormente analisados através de uma análise de conteúdo, todos os autores referem que um dos fatores influenciadores da atitude do EEESMO perante as famílias que vivenciam a morte fetal, prende-se com falta de educação/formação. Como referem Steen et al. (2015, pp. 81), “(...) a educação é necessária tanto nos currículos de enfermagem, tanto na prática clínica (...)” e ainda, “(...) melhorar a educação neste tópico permitirá que os enfermeiros adquiram confiança nas suas habilidades e elevem o padrão de cuidado ao luto perinatal (...).”

Durante a minha prática clínica enquanto estudante, observei alguns EEESMO com grande capacidade em gerir as suas emoções e atuar perante situações de morte fetal. É evidente a importância que a OE atribui a esta temática, como descrito pelo Regulamento n.º 391 (2019, p.13564) o EEESMO, “*Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neonatal*”. No entanto, a grande maioria dos EEESMO ou enfermeiros peritos com quem contactei, referiu sentir-se desconfortável em prestar cuidados nestas situações, sendo o evitamento, o distanciamento e a dificuldade em comunicar com estas famílias apontados como as atitudes menos positivas.

A propósito da falta de experiência de uma parteira, também esta num dos fatores influenciadores da atitude do EEESMO, Kay (2015, pp. 22) refere “(...) a experiência do seu primeiro nado-morto teve um impacto significativo no seu bem-estar emocional, tanto a nível profissional como pessoal (...)”. Alguns autores referem que a experiência de prestar cuidados a famílias que vivenciam morte fetal é facilitador na gestão das emoções e sentimentos de cada profissional. Como enfermeira, num serviço de medicina, considero que a experiência em cuidar de famílias que vivenciam o luto, qualquer que seja a faixa etária, tem um grande impacto nas

emoções e sentimentos de cada profissional, levando a que a atuação de cada um seja diferente, e a experiência prévia em lidar com situações de morte tem um grande impacto positivo nos cuidados prestados. O meu primeiro óbito diferiu completamente dos restantes, recordo-me que foi difícil gerir as minhas emoções perante as famílias acabando por me distanciar da situação. Atualmente, mantenho uma posição presente e disponível para confortar as famílias, no entanto, no âmbito de SMO, pela minha inexperiência, confesso que tenho algum receio em prestar cuidados a famílias em situação de morte fetal.

Da análise de conteúdo realizada aos artigos da SR, grande parte dos autores apontam ainda, as políticas institucionais, como sejam a ausência de protocolos, de sessões de formação e apoiopsicológico para os profissionais, como outro dos fatores influenciadores das atitudes do EEESMO perante as famílias que vivenciam morte fetal, referindo ser uma necessidade básica para estes profissionais prestarem cuidados diferenciados a estas famílias, sem terem que se distanciar ou evitar as mesmas, “ *cultura organizacional das instituições poderia incentivar os cuidados ao luto, através de protocolos hospitalares, garantindo apoio às parteiras e uma cultura de cuidados através da formação e disponibilização de espaços e tempo em que possam partilhar as suas experiências e emoções.*” Qian (2021, pp.7), e ainda, “(...) *prestar cuidados aos pais enlutados é stressante, é necessário que as instituições abordem a influência que as emoções têm sobre os prestadores de cuidados de saúde e divulguem estratégias que promovam o autocuidado e a resiliência.*” Dias (2010, pp.28)

Enquanto aluna SMO, tive a possibilidade de realizar uma sessão de formação em alguns contextos de ensino clínico sobre a temática desenvolvida, tendo uma taxa de adesão superior ao esperado. A maioria dos profissionais que participaram nestas sessões, referiram a necessidade extrema de abordar esta temática junto dos profissionais, referindo que não possuíam estratégias definidas por nenhuma entidade creditada para prestar cuidados a famílias a experienciar morte fetal, sendo a maioria dos cuidados prestados baseados na sua experiência profissional, pessoal e partilha de experiência entre pares. A falta de apoio institucional, formação e educação em serviço, são apontados como uma lacuna dentro dos serviços em que exercem funções. A necessidade de abordar esta temática foi visível por todas as áreas de ensino clínico por onde passei. É importante dar voz a estes profissionais e compreender quais as suas dificuldades para que possam ser ultrapassadas, e possam assim prestar cuidados diferenciados de qualidade a famílias que assim o necessitem.

Como experiência pessoal, referida anteriormente, vivenciei uma perda fetal, e senti a falta de apoio dos profissionais que na altura cuidaram de mim, sem compreender o que estava por detrás de certas atitudes. Como profissional e aluna de EESMO senti a necessidade de aprofundar a temática e partilhar o conhecimento adquirido.

Nos artigos da SR analisados, são alguns enfermeiros e parteiras que desenvolvem atitudes positivas na prestação de cuidados diferenciados a famílias a vivenciar morte fetal. Estes enfermeiros são detentores de uma ampla experiência em cuidar de famílias a vivenciar o luto fetal, mas também optam pelo investimento na formação e na procura recorrente de apoio psicológico para ultrapassar situações mais suscetíveis.

A temática sobre a morte e morte fetal é escassa nos currículos de enfermagem, são poucas as formações existentes nesta área, e considero que é necessário mudar os planos curriculares e preparar os futuros profissionais para lidarem de forma correta com situações de morte. Nesta linha de pensamento, são diversos os autores que realçam esta ideia, nomeadamente Qian (2021, pp. 8) afirma que *“Os educadores de enfermagem devem incluir os cuidados perinatais de luto nos currículos de enfermagem ou de parteira e fornecer experiência na prática clínica e isto deve ser reforçado por seminários de desenvolvimento pessoal nos hospitais (...)”* também Sue (2015, pp. 85) afirma que *“A tutoria por preceptores proporcionaria uma experiência mais educacional e menos stressante, aumentaria a confiança e perícia dos novatos, e levaria a uma maior qualidade de cuidados para as famílias enlutadas”* e Fernández (2021, s/pp), igualmente evidencia *“(...) a graduação e a educação contínua são necessárias para o pessoal(...)*

4. LIMITAÇÕES AO ESTUDO

Foi solicitado um pedido à Comissão de Ética da ESEL para a implementação de um questionário a um grupo de EEESMO, não tendo sido possível obter um parecer positivo no timing desejado para a implementação dos questionários. Foi necessário, portanto, abandonar essa linha de investigação, não tendo sido utilizado o instrumento de colheita de dados que tinha sido elaborado, e que, em minha opinião, poderia ter trazido contributos muito importantes para aprofundar a temática que me propus estudar, pois se trataria de testemunhos na 1ª pessoa, de EEESMO com experiência profissional em situações de luto perinatal.

O fato de ter vivenciado pessoalmente uma morte fetal não considero ter sido uma limitação ao meu estudo. Por ter vivenciado uma situação semelhante em que senti pouco apoio por parte dos profissionais que cuidaram de mim, o presente estudo permitiu compreender que fatores influenciam a atitude do EEESMO perante situações de morte fetal. Enquanto futura EEESMO, permitiu-me refletir, arrumar as ideias e aprender a gerir as minhas emoções para que futuramente saiba enfrentar situações como a morte fetal, prestando os melhores cuidados.

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todas as profissões têm implicações éticas, segundo Queirós (2001), na sua essência a enfermagem é uma profissão que envolve situações que acarretam aspetos ético-morais de natureza complexa.

Foi com a declaração de Helsínquia que a ética ganha reconhecimento universal para todos os investigadores na área da saúde (Diniz & Corrêa, 2001). Tanto na investigação como na prestação de cuidados é crucial respeitar os princípios éticos, tais como o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pela privacidade, assim como confidencialidade.

No decorrer do percurso formativo, demonstrei respeito pelos princípios éticos e deontológicos da profissão e direitos pelo cliente.

Durante a minha prestação de cuidados nos diversos contextos de ensino clínico e como já referido anteriormente, tive sempre o cuidado de me identificar perante a mulher/casal/acompanhante como enfermeira, aluna da especialidade em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, obtendo o seu consentimento livre e esclarecido para a minha prática de cuidados.

Foi também garantida a proteção no tratamento de dados pessoais e a livre circulação dos mesmos com base na Lei n.º 58/2019.

As tomadas de decisão foram sustentadas no Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo 76.º, na medida em que exerci a profissão com os adequados conhecimentos técnico-científicos, respeitando a vida, a dignidade humana, a saúde, o bem-estar da população, adotando todas as medidas de forma a melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (Lei n.º 111/2009).

Considero que no decorrer da prática clínica integrei sempre o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (OE, 2018), respeitei o Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 111/2009), princípios éticos e fundamentalmente as expectativas da mulher/casal, no sentido da prestação de cuidados de excelência centrados nas suas necessidades.

Compreendendo a necessidade de fundamentar todo o projeto de investigação de modo a obter um parecer favorável de uma Comissão de ética, solicitei um parecer à Comissão de Ética da ESEL a 27/03/2022, tendo sido pedidas algumas reformulações ao documento inicial. No entanto, após transição da anterior Comissão de Ética para o novo Conselho de Ética da ESEL, foi solicitado que voltasse ao início do processo, o que se revelou impraticável dado o avançar do prazo limite para a conclusão do Relatório.

Esta situação permitiu-me um melhor conhecimento sobre como formular os pedidos e instruir todo o processo necessário para a obtenção de um parecer favorável, considerando por isso que este revés contribuiu também uma oportunidade de aprendizagem.

6. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE E DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA.

Durante o seu ciclo vital a mulher sofre diferentes alterações para as quais o EEESMO deve estar preparado, exercendo o papel de agente facilitador na adaptação da mulher a cada uma dessas fases. Neste capítulo pretendo descrever o meu percurso de aprendizagem e aquisição de competências de EEESMO previstas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (Regulamento nº391/2019), assim como no documento Essential Competencies for Midwifery Practice (2019) da International Confederation of Midwives (ICM), tendo em conta os objetivos inicialmente delineados.

6.1 Competências académicas do Grau de Mestre

Segundo decreto de lei n.º 74/2006, é conferido o Grau Académico de Mestre aos que demonstrem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e deresolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados, multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos e situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, que a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.
- e) Competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Durante a minha prática clínica, foi possível organizar algumas sessões de formação no âmbito da temática em estudo sobre a atitude do EEESMO perante as famílias que vivenciam uma morte fetal e implementá-las nos diversos contextos de ensino clínico, com autorização prévia da chefia local. Existiu abertura para discussão, partilha de experiências e críticas construtivas, contribuindo assim, para o enriquecimento do meu percurso académico.

6.2 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, publicado no Diário da República, 2.ª Série, N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019, as competências comuns do enfermeiro especialista integram 4 competências:

- a) **Responsabilidade profissional, ética e legal**, que garante uma prática profissional de acordo com as normas legais, princípios éticos e a deontologia da profissão, garantindo cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- b) **Melhoria contínua da qualidade**, que desenvolve práticas de qualidade, gerindo colaborando em programas de melhoria contínua, assim como, garantir um ambiente terapêutico e seguro;
- c) **Gestão dos cuidados**, que otimiza a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa de saúde, assim como adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;
- d) **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, relacionada com o autoconhecimento e a assertividade; baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

No ponto 6.3 do presente capítulo descrevo o desenvolvimento das competências descritas, assim como, as competências desenvolvidas no âmbito da Especialização em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia.

6.3 Percurso de Aquisição de Competências Específicas de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia.

Como mencionado inúmeras vezes ao longo do presente relatório para alcançar o grau de Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, foi necessário em cada contexto de ensino clínico adquirir conhecimentos através da minha prática clínica, que permitissem alcançar as competências específicas do EEESMO descritas pelo Regulamento n.º 391/2019, Ordem dos Enfermeiros, que são:

1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional;
2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
7. Cuida o grupo -alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

“O EEESMO assume a responsabilidade pelo exercício das áreas de atividade de intervenção assistencial à mulher a vivenciar processos de saúde/doença, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença. Assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher, bem como, intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher” (Regulamento n.º 391, 2019, p. 13561).

O presente capítulo descreve as competências desenvolvidas em cada área de ensino clínico.

6.3.1 Internamento de Medicina Materno-Fetal

A Medicina Materno Fetal, é uma área que tem como objetivo proceder ao acompanhamento pormenorizado de gestações através de aconselhamento genético, ultrassonografia, cardiotocografia e procedimentos invasivos visando assim, o bem-estar materno-fetal. É uma área de atuação em que os profissionais de saúde têm como intuito exercer ações preventivas,

diagnósticas e terapêuticas destinadas a proteger, avaliar e assistir a saúde da mãe-feto (HPA-saúde, S/d). O EEESMO incorpora este grupo de profissionais de saúde, é detentor de competências que permitem executar cuidados diferenciados e humanizados a cada grávida.

Foi na Maternidade Dr. Alfredo da Costa no serviço de Medicina Materno-Fetal, que iniciei o meu percurso de aquisição de competências enquanto futura EEESMO. Através da prática clínica foi possível obter competências específicas no âmbito de **“Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”** (Regulamento n.º 391, 2019), realizando 165 exames pré-natais.

Neste contexto de ensino clínico, foi possível prestar cuidados centrados na grávida com patologia materna ou fetal através da vigilância do bem-estar materno-fetal. Diariamente procedi à realização e interpretação da monitorização cardiotocográfica, que consiste na monitorização dos batimentos cardíacos fetais, cujo objetivo é avaliar a vitalidade do feto e registar graficamente em simultâneo com a frequência cardíaca fetal (FCF), as contrações uterinas (Sá, 2018); Participei em situações de indução do trabalho de parto, compreendendo como é realizado todo o procedimento, que tipo de fármacos e métodos não farmacológicos existem para o procedimento (Dinoprostona, misoprostol, algália de foley, entre outros); Realizei cervicometria, de modo a avaliar as características do colo uterino e assim compreender a fase do trabalho de parto (TP) em que a grávida se encontra (latente ou ativa); aprendi como atuar em situações urgentes, tais como, desacelerações prolongadas dos Batimentos cardio-fetais (BCF); Tive a oportunidade de prestar apoio emocional à grávida e família, pois sendo um serviço de internamento materno-fetal, a permanência das grávidas por vezes é longa, contribuindo para uma maior vulnerabilidade da grávida e da sua família.

Foi também neste serviço que me deparei com situações difíceis de gerir, nomeadamente com situações de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), não sendo objetora de consciência, confesso que tive imensa dificuldade em prestar cuidados a algumas grávidas que praticavam regularmente este procedimento. No entanto, juntamente com a enfermeira orientadora foi possível ultrapassar esta dificuldade e adquirir estratégias que permitiram dar continuidade aos cuidados a prestar.

Uma outra situação difícil de gerir, prende-se com a temática em estudo sobre a morte fetal, pois existiram algumas situações de interrupção médica da gravidez (IMG) durante a minha permanência naquela Unidade e que me fizeram refletir bastante. Como já sobejamente mencionado, a perda gestacional é um evento traumático e com impacto significativo na vida dos casais (Serrano, 2011), e que causam também um grande impacto nos profissionais de saúde.

Tomei conhecimento, durante a minha permanência no serviço, da situação de um casal conhecido por toda equipa do serviço, pois vivenciavam pela segunda vez uma perda fetal, tratando-se de uma IMG às 35 semanas de gestação, após diagnóstico de malformação fetal incompatível com a vida às 33 semanas de IG. A forma como os profissionais acolheram este casal, foi exemplar, transmitiram toda a serenidade, disponibilidade e tranquilidade que é necessária nesta fase de vida de uma família. Na perda de um filho durante a gravidez, *“os pais vivenciam momentos de angústia com sentimentos de culpa, arrependimento, medo, tristeza que podem ser acompanhados de frustração ou alterações psicológicas. Estes momentos podem ser facilitados se existir um contato positivo precoce com profissionais de saúde que auxiliem e apoiem as famílias que vivenciam tal perda”*. (Santos, A.; 2018, p. 128).

Algo que consegui adquirir ao longo deste ensino clínico, foi o estabelecimento de uma relação empática com as famílias que vivenciam uma morte fetal, inicialmente foi difícil gerir as minhas emoções e sentimentos, revendo-me no lugar daquela mulher que sofrera uma perda tão difícil.

Quando decidi abordar a morte fetal como tema central do meu trabalho, considerei que todas as emoções e sentimentos vivenciados durante a minha perda gestacional estavam ultrapassados. No entanto, ao cuidar destas famílias compreendi que nem tudo fora ultrapassado e que chegara a hora de o fazer. Foi uma adaptação extremamente exigente, mas com a ajuda de toda a equipa foi possível alcançar estratégias que permitiram a prestação de cuidados diferenciados e assim dar continuidade ao meu relatório de estágio com a temática em estudo **“Atitude do EEESMO perante as famílias que vivenciam morte fetal.**

Concluí o presente ensino clínico com bom aproveitamento, tendo conseguido adquirir conhecimentos que permitiram atingir a competência *“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”*, descrita pelo Regulamento n.º 391/2019 (2019, p.13561), mais especificamente *“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno -fetal”*.

6.3.2 Internamento de Ginecologia

A ginecologia é uma especialidade médico-cirúrgica centrada na prevenção, diagnóstico e tratamentos de doenças benignas/ malignas do aparelho reprodutor feminino. A área da ginecologia está presente na saúde feminina desde a adolescência (promoção da saúde; vida sexual; prevenção de doenças ginecológicas; prevenção na DST) até à menopausa (Rohden, 2002).

Neste contexto de ensino clínico, foi possível desenvolver competências específicas de EEESMO no âmbito de “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério” e “Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica”, segundo o Regulamento n.º 391 (2019, p. 13564). Tive a oportunidade de prestar cuidados a 22 mulheres no serviço de internamento de ginecologia.

Os cuidados prestados centraram-se numa metodologia sistematizada de assistência de enfermagem, através da elaboração de diagnósticos de enfermagem, traçando um plano de cuidados e implementando intervenções de acordo com cada caso clínico.

No serviço de ginecologia por onde passei, foram algumas as patologias com que me deparei, mas a grande maioria incide sobre o aparelho geniturinário. Recordo-me de uma situação específica de uma senhora de 81 anos com diagnóstico de neoplasia benigna do ovário direito, submetida a uma histerectomia e anexectomia bilateral, em que ocorreu deiscência e necrose da sutura operatória no pós-operatório. A preocupação e tristeza da senhora era visível, e o papel do EEESMO nesta situação foi crucial no sentido de prestar cuidados diferenciados à utente, mas também no apoio emocional e tranquilizador. O EEESMO “*Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afeções do aparelho génito -urinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos*” e “*Providencia cuidados à mulher com afeções do aparelho génito -urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação*” Regulamento n.º 391/2019 (2019, p. 13565).

Foi possível estabelecer uma relação empática com a utente e cuidar da mesma. Durante os cuidados prestados, a utente abordava quais os seus maiores receios e eu tentei a tranquilizá-la com o intuito de minimizar o seu desconforto.

Neste contexto voltei a experienciar situações de IVG e IMG, o que permitiu a obtenção de outras ferramentas na construção do meu relatório de estágio sobre a **Atitude do EEESMO perante as famílias que vivenciam morte fetal.**

Neste ensino clínico foi possível observar que alguns enfermeiros não se sentiam emocionalmente preparados para prestar cuidados a estas famílias, delegando os cuidados a outros colegas. Recordo-me que a orientadora do ensino clínico, se recusava a prestar cuidados a puérperas que tinham realizado IVG, afirmando ser objetora de consciência, certificada pela Ordem dos Enfermeiros. Segundo o Regulamento 344/2017 (2017, p.12943), *“o enfermeiro tem o direito de recusar a prática de ato da sua profissão quando tal prática entre em conflito com a sua consciência moral, religiosa ou humanitária, contradiga o disposto código deontológico (...). O Direito à objeção de consciência é reconhecido pelo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros como um direito dos membros efetivos, assumindo estes, no exercício deste direito, o dever, entre outros, de proceder segundo os regulamentos internos que regem o seu comportamento de modo a não prejudicar os direitos das outras pessoas.”*

Referente à IMG, a equipa referia sentimentos/emoções de revolta, frustração, ansiedade e angústia perante estas situações, apontando a falta de formação sobre a temática em si.

Em cada admissão no serviço de internamento de ginecologia, tive a oportunidade de realizar a cada utente uma avaliação inicial de forma objetiva, verificando os antecedentes pessoais, história ginecológica e obstétrica, consultando os exames complementares de diagnóstico de forma a completar a informação fornecida. Procedi à avaliação dos parâmetros vitais, canalização de veia periférica para administração de terapêutica endovenosa; colheita de análises clínicas, incluindo urina e preparação para internamento. Todos os procedimentos realizados foram informados à mulher/família de modo a estabelecer uma relação de confiança, respeito e empatia, criando um ambiente confortável e seguro e adotando uma postura profissional, regendo-me pelas boas práticas de enfermagem.

6.3.3 Internamento de Puérperas

O puerpério é o período de pós-parto em que há regressão das alterações físicas e psíquicas da mulher que ocorreram durante a gravidez. Abrange o pós-parto imediato até 45 dias após o parto. Divide-se em três etapas:

- ✓ Puerpério Imediato: 1º ao 10º dia do pós-parto;
- ✓ Puerpério Tardio: 11º ao 42º dia do pós-parto;
- ✓ Puerpério Remoto: A partir do 43º dia do pós-parto.

O ensino clínico em contexto de puerpério, decorreu no Hospital Garcia de Orta no serviço de internamento de puérperas e permitiu a obtenção de competências no âmbito de “*Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal*” (Regulamento n.º 391/2019, 2019, p.13561)

Seja em contexto de internamento de puerpério, ou no puerpério imediato, observei e prestei cuidados de enfermagem especializados a 101 puérperas, atendendo às suas necessidades individuais e prestando cuidados centrados na mulher e no seu RN de forma holística, tais como:

- ✓ Avaliação Obstétrica: avaliação cefalocaudal, que engloba avaliação dos parâmetros vitais; avaliação de pele e mucosas; características da mama; posição do útero; ferida cirúrgica abdominal (em caso de cesariana); características dos lóquios; períneo (presença de episiorrafia ou laceração); sensibilidade; edemas;
- ✓ Adaptação do RN à mama;
- ✓ Administração da 1ª dose da Vacina VHB se mãe VHB negativa;
- ✓ Exame geral do RN, banho do RN, e sessões de educação para a saúde no sentido de empoderar as mães para os cuidados ao RN;
- ✓ Instituição de medidas não farmacológicas em procedimentos invasivos ao RN para controlo da dor e desconforto, através da sucção não nutritiva em simultâneo com a sacarose. Segundo Lowdermilk & Perry (2008, p.634), “*a combinação destas medidas não farmacológicas resulta numa maior redução da dor.*”
- ✓ Ensinos para a alta (Marcação da consulta de revisão de puerpério entre a 4ª e 6ª semana pós-parto; Método contraceptivo mais indicado; marcação do teste do pezinho entre o 3º e 6º dia de vida do RN; marcação da 1ª consulta do RN a partir do 10º dia de vida; sinais de alarme no RN e puérpera; segurança rodoviária; prevenção de acidentes no domicílio), entre outros.

Com a prática diária descrita anteriormente, o presente ensino clínico permitiu a aquisição de competências específicas enquanto futura EEESMO, tais como:

- ✓ Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida;

- ✓ Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido;
- ✓ Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto;
- ✓ Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno;
- ✓ Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto;
- ✓ Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável.

Referente ao meu projeto pessoal sobre a **Atitude do EEESMO perante as famílias que vivenciam morte fetal**, apenas houve a oportunidade de partilha de experiências com alguns enfermeiros peritos na área e dois EEESMO, que referiram sentimentos de desconforto emprestar cuidados a estas famílias.

O puerpério do HGO, conta com duas EEESMO, exercendo uma função de chefia e a outra integra o projeto de visita domiciliária no pós-parto (em fase de desenvolvimento). Assim, a minha prática clínica foi essencialmente orientada e supervisionada por enfermeiras peritas na área, o que permitiu alcançar as competências descritas no Regulamento n.º 391/2019(2019, p.13561) no âmbito de “*Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal*”.

6.3.4 Unidade de Saúde Familiar

Os cuidados de saúde primários, abordam a saúde e bem-estar da sociedade, e centram-se nas necessidades e preferências da pessoa, famílias e comunidade, prestando cuidados completos durante o seu ciclo vital e assegurando a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (OMS, 2021), tendo como intuito promover estilos de vida saudáveis, prevenindo a doença e as suas consequências mais incapacitantes, dando particular importância à informação de saúde, ao contexto social, económico e político. (Correia, 2001).

Os cuidados de saúde primários são abrangentes, integram as 6 competências do EEESMO e acompanham a mulher em todo o seu ciclo vital. A presença do EEESMO nesta área é fundamental, pois assume um papel fulcral na promoção da saúde e prevenção da doença na mulher, estando desperto para desvios da normalidade.

O processo para aquisição de competências e prestação de cuidados à saúde da mulher ao nível dos cuidados primários ocorreu na UCSP Lapa. Foram realizados 44 atendimentos a mulheres, tendo 34 sido realizados a grávidas, entre elas 2 grávidas com algum tipo de risco; 10 puérperas, 2 RN; 19 mulheres com situações do foro ginecológico. Os atendimentos ocorreram por agendamento por iniciativa da utente, através de marcação prévia com o serviço administrativo da UCSP.

Durante o ensino clínico na unidade de cuidados de saúde primários, foi possível desenvolver competências específicas no âmbito de:

- ✓ Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar durante o período pré-concepcional;
- ✓ Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- ✓ Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- ✓ Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- ✓ Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- ✓ Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Em contexto de cuidados de saúde primários, foram realizados atendimentos de enfermagem nas seguintes áreas:

- ✓ Consulta de pediatria do RN, onde é realizado o teste do pezinho, visualização do coto umbilical e adaptação do RN à mama;
- ✓ Consultas de diagnóstico das DST (em parceria com o médico), realiza-se um questionário a cada utente de forma a compreender quais os comportamentos de risco e sintomatologia assim como, realização de exames complementares de diagnóstico, colheitas para análises clínicas, incluindo análise sumária da urina e administração de terapêutica endovenosa, se assim necessário. Esta consulta é conduzida por um enfermeiro generalista, tendo um papel pouco ativo na sua condução, por não ser detentor de competências que o permitam. No entanto, o EEESMO tem a competência de “atua no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e na prevenção de processos de doença”, mas devido à falta de recursos humanos na UCSP não atua nesta área;
- ✓ Consultas no período preconcepcional: situações em que o casal demonstra o desejo de engravidar, é realizada uma anamnese, aconselhamento e esclarecimento de dúvidas, sendo posteriormente, encaminhados para a consulta médica que dará continuidade ao processo. Foram poucas as consultas que realizei neste âmbito

- ✓ Consultas de enfermagem no período pré-natal: é realizado um acolhimento à grávida/casal, nas consultas de 1ª vez é realizada uma anamnese, entregue o boletim de grávida (instrumento que acolhe toda a informação da gravidez – grávida e feto), avaliação dos parâmetros vitais, peso e altura, realizado o cálculo da DPP, análise sumária da urina, através do teste de combur (verificação da presença de leucócitos, nitritos, hemoglobina, densidade e ph da urina) e esclarecimento de dúvidas. Posteriormente, o casal é encaminhado para a consulta médica, para continuidade do processo (análises clínicas, ecografia, medicação). Nas consultas seguintes, tentei compreender como estava a decorrer a gravidez, quais as dúvidas existentes, procedi à avaliação dos parâmetros vitais, peso, altura, análise sumária da urina, correção da DPP (segundo a ecografia), observei os exames realizados anteriormente e qual o tipo de sangue da grávida e companheiro (pela necessidade de profilaxia da isoimunização RH – realizada às 28 semanas se apenas uma dose), administração da vacina da tosse convulsa entre as 20 e 32 semanas de gravidez, encaminhamento para o curso de preparação para o parto, aconselhamento referente à alimentação, exercício físico e atividade sexual do casal. Procedi ainda à auscultação dos BCF, Manobra de Leopold (em grávidas sem patologia associada), medição do fundo uterino, entre outros. Nestas consultas desenvolvi confiança com a grávida/casal/família, facilitando a transição para a parentalidade e incentivando o desenvolvimento das capacidades da relação mãe/pai/filho, como preconizado pela DGS (2015);
- ✓ Consultas de planeamento familiar, em que inicialmente é entregue um boletim de saúde reprodutiva/planeamento familiar, realizada uma anamnese, deteção de comportamentos de risco, aconselhamento sobre contraceção oral, elucidação sobre realização de citologia (a cada 3 anos a partir dos 21 anos ou após o início da vida sexual, e a cada 5 anos a partir dos 30 anos). Nestas consultas, tive a possibilidade de acompanhar o médico na colocação de alguns dispositivos de contraceção, tais como, implante subcutâneo e o dispositivo intrauterino;
- ✓ E por fim, realização de consultas de revisão de puerpério, realizadas entre a 4ª e 6ª semana pós-parto, durante as quais ocorre uma avaliação geral da puérpera, através da monitorização dos parâmetros vitais e avaliação do peso, esclarecimento de dúvidas, encorajamento para o novo papel de mãe/pai, e posteriormente, encaminhar para a consulta médica para observação ginecológica. O apoio e disponibilidade do EEESMO nesta consulta é fundamental no que diz respeito à promoção do autocuidado da mulher/casal, no encorajamento à sua nova identidade de Mãe/Pai e nos cuidados ao RN, incluindo o aleitamento materno, identificando e respondendo a inúmeras dúvidas e desconfortos. Segundo Roy & Andrews (2001), *“todas as mulheres deveriam ser apoiadas por um profissional competente nesta fase das suas vidas, provavelmente se isso acontecesse estaria garantindo o sucesso do aleitamento materno.”*

De todos os procedimentos realizados foi proporcionada informação à mulher/família, de modo a estabelecer um elo de confiança, promovendo um ambiente seguro e respeitando os seus valores culturais e crenças. Existiu também a oportunidade de atuação na promoção da saúde, através da interação e partilha de experiências numa aula de preparação para a parentalidade, lecionada por EEESMO da USCP da lapa.

Não houve oportunidade de explorar/aprofundar a temática em estudo neste contexto.

6.3.5 Unidade de Cuidados Intensivos / Intermédios Neonatal

A neonatologia é a área da medicina que se dedica ao diagnóstico e tratamento das doenças dos RN e aos cuidados necessários com os prematuros. A neonatologia tem uma intervenção fulcral em várias ocasiões:

Pré-Parto: incide especialmente sobre o aconselhamento e orientação integrada nos casos previsíveis de partos prematuros ou de doença dos RN, implementando medidas para diminuir e prevenir riscos e problemas no RN;

Durante o parto: São responsáveis pela avaliação e pelos primeiros cuidados prestados ao RN.

Pós-Parto: Procedem à avaliação da adaptação à vida extrauterina e o rastreio dos principais problemas que se manifestam nos primeiros tempos de vida. O serviço de neonatologia, tem como objetivo avaliar e orientar o tratamento de perturbações do desenvolvimento, articulando-se com outras especialidades pediátricas, em prol da melhor vigilância/tratamento do RN.

(Manual de Neonatologia, 2015)

A minha passagem pelo serviço de neonatologia foi curta e de carácter observacional, no entanto, foi possível prestar cuidados a nove RN com patologia associada e às respetivas famílias. O EEESMO é detentor de competências que permitem atuar num serviço de neonatologia, no entanto, a grande maioria dos cuidados são prestados por Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). O EEESMO atua no sentido de promover a adaptação do RN à vida extrauterina, assim como, diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde do RN, promovendo a sua saúde no período pós-natal. (Regulamento n.º 391/2019, Ordem dos Enfermeiros).

O médico neonatologista não está presente nos partos realizados em hospitais públicos, a não ser que se preveja a necessidade de cuidados diferenciados no pós-parto imediato. Assim, o

EEESMO está preparado para identificar precocemente a necessidade da presença de um médico neonatologista durante o parto, sendo detentor de competências que o farão atuar de imediato em situações de necessidade, até à chegada do médico neonatologista.

Existiram algumas situações delicadas, uma delas incidiu sobre um RN em coma induzido após um parto instrumental. Juntamente com a orientadora do ensino clínico, tive a possibilidade de comunicar com estes pais, escutá-los, encorajá-los, mantendo sempre um ambiente tranquilo e seguro quando visitavam o seu bebé. Segundo Regulamento n.º 391/2019, Ordem dos Enfermeiros, o EEESMO “*Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.*”

6.3.6 Serviço de Urgência/ Sala de Partos

O EEESMO atua preconizando o bem-estar da parturiente, em consonância com a International Confederation of Midwives (ICM, 2019). Quanto às competências do EEESMO nesta área, promove cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, garante um ambiente limpo e seguro e resolve situações emergentes de forma a maximizar a saúde da mulher e do RN. Neste contexto, a assistência prestada à mulher e RN, foi crucial para alicerçar a construção da postura e conduta profissional como futura EEESMO.

De acordo com a observação participativa e progressiva ao longo do percurso foi sendo desenvolvida uma postura autónoma, prestando cuidados nos diferentes estádios do TP, priorizando o apoio à mulher, pessoa significativa na sua autonomia e participação do TP, melhorando assim, a satisfação de todos os intervenientes, em conformidade com as mais recentes recomendações da OMS (2018).

Durante a minha passagem pela sala de partos, existiu a possibilidade de prestar cuidados imediatos a 59 puérperas, realização de 43 partos eutócicos, 11 partos assistidos e observação de duas cesarianas. Prestei cuidados imediatos a 100 RN na adaptação à vida extrauterina, permitindo-me obter competências no âmbito de “Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina”, como previsto pelo Regulamento n.º391/2019 (Ordem dos Enfermeiros).

Em cada turno era estabelecida uma relação terapêutica com cada família, tendo sempre o cuidado de me identificar como enfermeira aluna da especialidade em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, e assim solicitar o consentimento das famílias para a minha presença e intervenção durante o seu TP. Foram sempre tomadas em conta todas as particularidades da grávida, casal, gravidez e feto, de modo a prestar cuidados diferenciados consoante cada situação. A minha prática clínica era ajustada consoante as vontades e desejos de cada casal, mas

a minha forma de estar foi sempre assertiva com todos os casais com quem me cruzei, incluindo aqueles que pudessem estar inicialmente mais renitentes à minha atuação. A população à qual prestei cuidados foi bastante diversificada, rica em multiculturalidade e diferentes níveis de escolaridade. Procurei sempre individualizar e personalizar os cuidados de acordo com as necessidades da mulher /família.

O ensino clínico que permitiu a aquisição de competências no âmbito de “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” Regulamento n.º 391/2019 (Ordem dos Enfermeiros), foi realizado no Serviço de Urgência Geral (SU), Sala de partos da MAC. Este serviço presta cuidados diferenciados às mulheres grávidas e às mulheres com patologia do foro ginecológico. Inclui uma sala de espera; Uma sala de triagem; Três gabinetes para observação médica; 1 sala para avaliação do bem estar fetal (cardiotocografia - CTG); Um wc para as grávidas e três wc para os profissionais; Um quarto com duas camas para observação clínica; Nove quartos individuais para internamento de grávidas em trabalho de parto ativo ou latente; Duas copas; Uma central informática ligada a todos os CTG da sala de partos, para um maior controlo e vigilância do trabalho de parto e bem-estar fetal; Uma sala snoezelen; Um gabinete médico; Um gabinete de enfermagem; Uma sala de arrumações; Uma ala covid, para realização e vigilância de trabalho de partos de grávidas que testaram positivo ao sars-cov2 e uma unidade de recobro e cuidados intermédios para situações menos estáveis, como ameaça parto pré-termo (APPT), para realização de maturação pulmonar fetal e neuroprotecção do sistema nervoso central (SNC) do feto.

As minhas rotinas no SUG decorriam da seguinte maneira, após cada passagem de turno eram-me atribuídas uma ou duas grávidas em TP, consultava os seus processos clínicos, nomeadamente o partograma e o Boletim de Saúde da Grávida (BSG) no sentido de complementar a informação recebida. Verificava o nome, idade, grupo sanguíneo, idade gestacional, índice obstétrico, antecedentes pessoais, serologias, análises e ecografia (de modo a compreender o percentil do RN e a existência de malformações), pesquisa de exsudado vaginal e retal para pesquisa de Streptococcus B, história de gravidez atual, assim como toda a evolução do seu internamento desde a admissão. Procedi à execução de protocolos terapêuticos institucionais, como por exemplo, em grávidas com Streptococcus B hemolítico do grupo B positivo e levando em consideração a integridade das membranas, dar início à profilaxia intraparto, conforme prescrição médica, de maneira a diminuir o risco de sépsis neonatal. Monitorização rigorosa dos parâmetros vitais de bem-estar materno-fetal, avaliar a necessidade de controlo de glicémia capilar, avaliar alterações fisiológicas, possíveis riscos, identificar complicações e necessidades individuais. Segundo McCloskey (2008), os protocolos institucionais corroboram e auxiliam o desenvolvimento das atividades, padronizam as rotinas e

normatizam as intervenções. As intervenções de enfermagem são definidas como qualquer tratamento, baseadas no julgamento clínico e conhecimento, realizado por uma enfermeira para otimizar os resultados obtidos pelo cliente.

De seguida, interpretava o CTG da grávida através da representação gráfica da dinâmica uterina no ecrã existente na sala de trabalho e dirigia-me ao quarto da grávida/casal, onde me apresentava e solicitava o seu consentimento para a minha participação ativa no seu TP, enunciando sempre que estaria acompanhada pela enfermeira especialista orientadora do local. Após o consentimento de cada grávida/casal, prestava cuidados centrados à mulher, promovendo a sua adaptação a esta nova vivência, nomeadamente a transição eficaz para o papel maternal, procurando responder às suas expectativas e/ou plano de parto, respeitando a sua privacidade e garantindo um ambiente tranquilo, confortável e seguro, bem como, adequar o tom de voz e ajustar o tipo de discurso a nível sociocultural da mulher/pessoa significativa. Existiram algumas situações que não foi possível, respeitar as expectativas/plano de parto de alguns casais, no entanto, os cuidados prestados foram sempre realizados com clareza, explicando que nem sempre é possível cumprir um plano de parto com todo o rigor. Segundo a **Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e parto (2017)**, o parto pela sua natureza é um evento impossível de prever e onde tudo pode mudar de repente. Assim sendo, a grávida deve encarar o seu plano de parto como um conjunto de desejos e não como um conjunto de regras a serem seguidas de forma inflexível. Disponibilizei informação clara e objetiva relativamente ao TP e parto, recursos hospitalares disponíveis, métodos de alívio da dor, farmacológicos e não farmacológicos e esclarecimento de todas as dúvidas existentes. Segundo Barradas et al (2015, p.44) refere que a “comunicação e a linguagem utilizadas são peças fundamentais na assistência da parteira”.

Prestei cuidados à mulher desde a admissão e acolhimento à sala de partos até à sua transferência para a unidade de internamento de puerpério, permitindo acompanhar todo o processo de trabalho de parto. Monitorizei trabalhos de parto em diferentes estádios, o que me permitiu rever e interligar a teoria com a prática. Segundo Fatia & Tinoco (2016), o trabalho de parto divide-se em quatro estádios: primeiro estágio (apagamento e dilatação do cérvix), o segundo estágio (período expulsivo), terceiro estágio (dequitação) e por fim, quarto estágio (puerpério imediato).

Tive a oportunidade de acompanhar e vigiar o TP de 52 mulheres, durante o primeiro estágio do TP. O primeiro estágio do TP divide-se em duas fases, a fase latente, que compreende o apagamento do colo e o início da dilatação entre os 0 e os 5cm e pode demorar mais de 6 horas na primípara, e na fase ativa, que compreende a dilatação entre os 5cm e os 10cm (OMS, 2018). No entanto, no local onde realizei o ensino clínico, os profissionais (médico e enfermeiro)

reconhecem a fase ativa do TP a partir dos 4cm de dilatação (antigas recomendações da OMS).

Nas grávidas que se encontravam no primeiro estágio do TP, procurei promover ações que facilitassem a dilatação e progressão da apresentação, promovendo a deambulação, oferecia bola de nascimento, proporcionei momentos de relaxamento na sala snoezelen e incentivei a envolvimento do casal, e encorajei a massagem da grávida.

A sala snoezelen é um conceito recente na sala de partos da MAC, muito inovador e com uma elevada taxa de adesão e satisfação das grávidas durante o trabalho de parto. Este conceito foi criado na Holanda no ano 1987, por dois terapeutas holandeses, Jan Hulsegge e AdVerheul. A origem da palavra surge a partir da junção de duas palavras holandesas “snuffelen” y “doezelen” que, respetivamente significam cheirar, dormir ou relaxar. A Sala Snoezelen, é uma sala equipada com material que permite a estimulação sensorial da grávida, através da hidroterapia, cromoterapia, aromoterapia, musicoterapia, técnicas de relaxamento, diminuindo desconforto durante o trabalho de parto. Tem como objetivo promover o relaxamento e o conforto, desenvolver a confiança em si própria, potenciar o autocontrolo, incentivar a exploração e desenvolvimento de capacidades criativas, estabelecer uma boa comunicação coma equipa, proporcionar sensação de bem-estar, promover a oportunidade de escolha, aumentar o nível de concentração e reduzir alterações de conduta na grávida. (Kwok, 2003)

Numa fase mais avançada do TP, fase ativa do TP, a maioria das grávidas solicitavam analgesia epidural, a qual lhes foi sempre proporcionada. Verifiquei que as senhoras que solicitavam analgesia epidural, quando conjugavam esta com medidas não farmacológicas de alívio da dor como a massagem, aplicação de calor, ou verticalidade, toleravam a dor durante mais tempo, em comparação com outras grávidas que apenas tinham analgesia epidural. Segundo Lança (2017), existem muitos fatores que influenciam a dor no trabalho de parto, a sua história clínica, a idade e o ambiente envolvente, não obstante, uma boa comunicação, o respeito pela privacidade da grávida e a liberdade de movimentos, são fatores decisivos na eficácia do controlo da dor assim como na satisfação final da grávida.

De forma a compreender qual a evolução do TP, realizava um exame vaginal inicial e sempre que a grávida referisse contrações mais dolorosas ou pressão supra-púbica. Segundo a OMS (2018), a realização do exame vaginal em intervalos de quatro horas é recomendada na fase ativa do 1º estágio do TP em grávidas de baixo risco, como forma, de prevenir o risco infeccioso na mãe como no bebé.

O segundo estágio do TP, inicia-se com a dilatação cervical completa (10cm) e total apagamento do colo uterino e termina com o nascimento do RN. A duração deste período é condicionada por uma diversidade de fatores nomeadamente a eficácia das contrações, analgesia, condição física e emocional, posição, paridade, tamanho, apresentação e situação do feto, assim como o apoio recebido pelos profissionais de saúde. Fatia & Tinoco (2016)

Segundo a OMS (2018), a fase ativa do TP, pode durar até 3h na primípara e na múltípara até 2h, sendo que, nesta fase é importante orientar a mulher para esforços expulsivos efetivos, evitando esforços prolongados com progressos nulos. É fundamental proporcionar um ambiente calmo, atender e respeitar as necessidades da grávida/casal, vigiando o bem-estar fetal, proporcionando uma experiência de parto positiva, com a menor intervenção possível. Recordo-me que a maioria dos partos que realizei com a orientadora do ensino clínico, foi sempre possível estabelecer uma excelente relação terapêutica com a grávida/casal, incentivando ambos a terem um papel ativo no seu parto, respeitando todos os seus desejos quando possível. Recordo-me de uma situação de uma grávida/casal em TP ativo, que esteve sensivelmente 60 minutos em esforços expulsivos, mas por exaustão da mesma e por má progressão fetal, evoluiu para um parto distócico. No momento da transferência, a grávida solicitou a minha presença referindo necessitar junto de si alguém que lhe transmitisse paz e segurança, visto o seu companheiro não a poder acompanhar por se tratar de um parto instrumentalizado. Fiz questão de respeitar o seu desejo e acompanhei-a. Após o nascimento do bebé, a mãe solicitou que tirasse uma foto do seu filho e fosse mostrar ao pai, respeitei o seu pedido e foi sem dúvida um momento mágico e gratificante quando mostrei a foto do bebé ao pai. Não tive a possibilidade de ajudar a grávida/casal a trazer o seu filho ao mundo, mas pude fazer a diferença na vida deste casal num momento tão especial das suas vidas.

Durante o momento expulsivo, tive sempre o cuidado de proteger a região do períneo, através de compressas quentes e aplicação de lidocaína gel de modo a favorecer a distensão dos tecidos (embora não exista evidência científica sobre a sua eficácia). Em 43 partos realizados, realizei 3 episiotomias e corrigi 22 lacerações de grau I e 3 lacerações de grau II. Após a restituição e rotação externa da cabeça fetal, tive sempre o cuidado de verificar a presença de colares cervicais ou proclividade da mão. No total, existiram 4 situações de proclividade da mão e 6 situações de cervicais circulares, em que numa delas existiam 3 cervicais circulares apertadas, com necessidade de proceder a laqueação do cordão nos primeiros 10 segundos.

A fase mais emocionante neste percurso, foi sem dúvida, a fase de colocar o bebé sobre o abdómen da mãe (contacto pele a pele) e proceder à clampagem tardia do cordão (> 2 minutos, sempre que possível), dando oportunidade ao pai/acompanhante de cortar o cordão umbilical.

Eram momentos de extrema felicidade do casal/família e muito emotivos. Posteriormente, ajudava a adaptar o bebé à mama da mãe, dentro do sling casulo. Este momento promove a vinculação, favorece a regulação da temperatura do recém-nascido, melhora a oxigenação, regula a respiração e frequência cardíaca (Lowdermilk et al, 2008). O sling casulo é um modelo de baby-wearing, é vestido à grávida durante o TP, resguardando a mesma da exposição física a que as grávidas estão sujeitas, mas que permite ainda, assim que o bebé nasce colocá-lo aninhado dentro do sling, em contacto direto de pele com pele com a mãe (Pulguinhas, 2022).

Após este momento, mantinha a minha postura expectante aguardando o processo de dequitação (terceiro estágio do TP). Nesta fase observava sinais de descolamento da placenta, tais como fluxo súbito de sangue à vulva, contração uterina ou descida do cordão, por vezes aplicava uma pressão sobre o abdómen da puérpera (útero) de forma a auxiliar o despreendimento da placenta e com uma ligeira tração do cordão verificava a saída da placenta. Posteriormente administrava ocitocina para prevenção de hemorragia pós-parto e verificava o globo de segurança de Pinard. Observava a placenta (cotilédones, membranas, inserção do cordão e o número de vasos – duas artérias e uma veia).

Por fim, duas horas após o parto, na fase do puerpério imediato, procedia à avaliação hemodinâmica da grávida, observação do períneo, globo de segurança de Pinard, cuidados de higiene e conforto, alimentação da puérpera e observação da adaptação do RN à mama. Posteriormente transferia a puérpera para o serviço de puerpério.

Numa fase inicial do ensino clínico optei por uma postura pouco intervencionista, pois sentia-me receosa por não conseguir realizar corretamente os exames vaginais, recordo-me que tive a necessidade de recorrer a uma régua, para precisar todas as avaliações que realizava, existindo sempre a necessidade de a enfermeira orientadora confirmar a minha avaliação.

Existiram muitos momentos de insegurança e incertezas, no entanto, mas através de muito estudo, de esclarecimentos de dúvidas pela enfermeira orientadora e por outros colegas, fui melhorando as competências no âmbito de “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” Regulamento n.º 391/2019 (Ordem dos Enfermeiros),

Referente à minha temática em estudo, a “Atitude do EEESMO perante as famílias que vivenciam morte fetal”, existiram algumas situações que permitiram refletir sobre diversos aspetos relacionados com esta temática. A primeira foi partilhar com a equipa, que tipos de emoções e sentimentos eram vivenciados perante estas situações e posteriormente, observar como os mesmos agiam perante a morte fetal. Resumidamente, recordo-me de uma situação em que prestei cuidados a uma grávida com 30 semanas de gestação, que por malformação fetal e incompatibilidade vital realizou uma IMG e se encontrava em TP ativo. Ao longo do presente ensino clínico, foi sem dúvida um dos momentos mais marcantes e duros da minha

aprendizagem. Deparei-me com uma família destroçada. Foi complicado saber como gerir aquele momento, sentia-me inútil, triste e revoltada com toda a situação. No momento da expulsão, recordo-me que a senhora pediu para me dar a mão, enquanto a minha orientadora auxiliava no momento da expulsão. Durante a expulsão senti necessidade de me ausentar do quarto. Um misto de emoções e sentimentos invadiu-me e culpabilizei-me por não ter conseguido agarrar a mão daquela senhora até o fim do procedimento.

Este momento acompanhou-me durante semanas, por diversos motivos, por não ter sabido gerir as minhas emoções, por não me sentir preparada para vivenciar uma situação como a descrita, mas também por a morte fetal estar em mim na primeira pessoa. Foi necessário percorrer um longo percurso para voltar a prestar cuidados a grávidas na mesma situação, mas estar perante estas situações e poder partilhar com outros profissionais, principalmente com a enfermeira orientadora, os meus receios e medos, permitiu-me evoluir e adquirir estratégias que me irão auxiliar nos cuidados a estas famílias.

Durante o ensino clínico prestei cuidados a 3 grávidas em processo de morte fetal.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente relatório tornou-se fundamental na medida em que permitiu a reflexão sobre o meu percurso de aprendizagem durante o estágio com relatório. O período de aprendizagem e desenvolvimento de competências foi bastante intenso. Diariamente vivenciava situações novas e imprevisíveis, que me trouxeram crescimento a nível pessoal e profissional. Considero que os diferentes contextos de aprendizagem me proporcionaram experiências enriquecedoras e promotoras do desenvolvimento quer de competências comuns, quer das específicas do EEESMO. Relativamente à componente teórico-prática, fui adotando uma postura a princípio observacional que gradativamente se foi tornando numa postura interventiva e autónoma, exercida com responsabilidade e ética, primando pela excelência dos cuidados em enfermagem avançada e especializada, baseada na evidência científica, tal como é preconizado no Regulamento n.º 391/2019. Assim sendo, o processo de aquisição de competências específicas do EEESMO proporcionou-me um intercâmbio de informações e saberes científicos, práticos e deontológicos, o exercício de boas práticas de cuidados em saúde, relações terapêuticas e do bem-estar do cliente, através de uma visão holística.

O desenvolvimento deste relatório permitiu-me também compreender a escassez de evidência disponível no que diz respeito à temática em estudo e refletir uma vez mais, sobre a importância de desenvolver competências no cuidar da mulher/família que vivencia uma morte fetal.

A evidência permite constatar que os fatores influenciadores da atitude do EEESMO nos cuidados às famílias que vivenciam uma morte fetal, se baseiam essencialmente na gestão dos seus sentimentos e emoções, na experiência pessoal e profissional, na formação inicial ou contínua sobre a área, na existência de protocolos hospitalares e na disponibilização de apoio emocional a esta classe de profissionais.

A principal conclusão deste estudo remete para a importância de compreender junto do EEESMO que cuida de famílias que vivenciam o luto perinatal, quais as suas maiores necessidades para dar resposta adequada a estas situações. É importante compreender a intervenção do EEESMO junto destas famílias, mas também compreender se o mesmo se sente apto para prestar cuidados humanizados em situações delicadas como é a morte de um feto ou RN.

Relativamente aos contributos para a prática considero que o desenvolvimento do percurso de aprendizagem e a elaboração deste relatório me proporcionou enriquecimento pessoal e profissional, como já mencionado diversas vezes, ao longo do relatório, que me permitiu prestar cuidados a famílias que vivenciam uma morte fetal.

A divulgação dos resultados quer da *revisão scoping*, quer da identificação dos fatores que influenciam a atitude do EEESMO perante as famílias que vivenciam morte fetal, poderão ser uma ferramenta importante na partilha de experiências e reflexão na minha área de atuação. Pretendo assim, divulgar os resultados do estudo, através de posters, formação em serviço, jornadas/congressos, de forma a educar os profissionais sobre a temática em estudo, assim como, contribuir para o desenvolvimento de estratégias no cuidar das famílias que vivenciam morte fetal. Seria fundamental desenvolver mais estudos sobre a temática, pois a maioria dos artigos encontrados centram-se sobre os cuidados do EEESMO a estas famílias e seria importante compreender e aprofundar conhecimento sobre o que estes profissionais pensam, quais as suas necessidades e que tipo de formação existe sobre este tema.

Concluo que o processo de desenvolvimento e aquisição de competências é um processo contínuo, não se limitando apenas a um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos apreendidos pelo estudante, não se encontra restrita ao desenvolver de uma tarefa, mas à soma de conhecimentos prévios que permite desenvolver habilidades adaptativas e criativas que constroem o processo de aprendizagem e auxilia na resolução de problemas futuros. A reflexão sobre a teoria e a prática mobiliza a capacidade para resolver problemas, gerar soluções específicas e adequadas às peculiaridades de cada situação. Neste ciclo, os aprendizes envolvem-se com novas experiências sobre as quais refletem diferentes perspetivas, permitindo assim a criação de conceitos e teorias que utilizarão no processo de tomada de decisões em aspetos futuros (Cidral, 2003).

Assim, considero ter atingido os objetivos propostos neste percurso de aprendizagem e conseqüentemente, acredito estar preparada para prestar cuidados humanizados e especializados a famílias que vivenciam uma morte fetal, e colaborar com os meus pares na divulgação de estratégias e conhecimentos que contribuam para a melhoria dos cuidados a prestar a estas famílias.

Como futura EEESMO ainda tenho um longo caminho a percorrer, mas tenho a vontade e acredito que tenho as competências para traçar um bom caminh

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ APF (s/d). Aborto. Associação para o planeamento da família. Acedido em 01-07-2021. Disponível em : <http://www.apf.pt/aborto-e-interruptao-da-gravidez>
- ✓ Arthur, D.; Chan, M. (2009). Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *Journal of advanced nursing*, 65(12), 2532–2541. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05141.x
- ✓ Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. (2017). Reflexão sobre o trabalho de parto e parto: construção de um plano de preferências de parto. Acedido em: 09/11/2022. Disponível em:
<https://associacaogravidezparto.pt/wpcontent/uploads/2016/08/Reflex%C3%A3o-para-a-constru%C3%A7%C3%A3o-do-plano-de-parto-introducao.pdf>
- ✓ Bardin, L. (2018). Análise de conteúdo. Edições 70.
- ✓ Barradas, A., Torgal, A., Gaudêncio, A., Prates, A., Madruga, C., Clara, E.& Varela, V. (2015). Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras.Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ Cidral, A. (2003). Metodologia de Aprendizagem Vivencial Para o Desenvolvimento de Competências para o Gerenciamento de Projetos de Implementação de Sistemas de Informação [Tese de Doutoramento]. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- ✓ Coelho, S. & Mendes, I. (2011). Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. *Escola Anna Nery* 15 (4). 845-850. Acedido em: 12/11/2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026>
- ✓ Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., Vitorino, P. (2001). O enfermeiro em cuidados de saúde primários. *Revista portuguesa de saúde pública*, (2), 75-82. ISSN: 0870-9025
- ✓ Cordeiro, L.; Soares, C. (2019). Revisão de Escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. *Brasil*. (37-43). Acedido em 17-08-2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021863/bis-v20n2-sintese-de-evidencias-qualitativas-37-43.pdf>
- ✓ Coronado, C., Basanta, S., Bondas, T., Fernández, M. (2021). Primary healthcare midwives' experiences of caring for parents who have suffered an involuntary pregnancy loss:a phenomenological hermeneutic study. *Midwifery*, 92. Dói: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102869>

- ✓ Decreto-lei N.º 74 de 24 de março de 2006. Ministério da Ciência, tecnologia e ensino superior. Diário da República, I série-A (N.º60 de 24-03-2006), 2242-2257. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
- ✓ Dias, A.; Amirali, K. (2010). O Nascimento de Uma Vida Acabada. Experiências dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. (24), 24-29. ISSN: 0873-1586. Acedido em 05-06-2021. Disponível em: <https://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/389>
- ✓ Dias, M. (2018). 9 tipos de amostragem probabilística e não probabilística. OPUS Consultoria & Pesquisa. Acedido em 5-07-2021. Disponível em: <https://www.opuspesquisa.com/blog/tecnicas/amostragem/>
- ✓ Diniz, D. & Corrêa M. (2001). Declaração de Helsinki: relativismo e vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública*, 17(3). 679-688. Acedido a 14/08/2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X200100030002>
- ✓ Fatia, A., Tinoco L. (2016). Trabalho de Parto. In: Batista MA, Marques R, Néné M, Sequeira, C. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel, 2016.
- ✓ Fenwick, J., Jennings, B., Downie, J., Butt, J., Okanaga, M. (2007). Providing perinatal loss care: satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women and Birth*, 20 (4), 153-160. Doi: 10.1016/j.wombi.2007.09.002
- ✓ Figueiredo, M., Amendoeira, J. (2019). Promoção da Saúde em Enfermagem: Do modelo salutogénico ao modelo de sistemas. *Revista Servir* (60), 6-13. Acedido em 05-09-2022. Disponível em: <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2939/1/PROMO%C3%87%C3%83O%20DA%20SA%C3%9ADE%20EM%20ENFERMAGEM%20UM%20ENSAIO.pdf>
- ✓ HPA- saúde (2022). Medicina Materno Fetal. Obstetrícia. Acedido em 20-01-2022. Disponível em: <https://www.grupohpa.com/pt/especialidades-e-consultas/medicina-materno-fetal/>
- ✓ INE (2021). Taxa de mortalidade perinatal e neonatal. Base de dados Portugal contemporâneo. Acedido em 06-07-2021. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529>
- ✓ International Confederation of Midwives (ICM) (2019). Essential competencies for midwifery practice (2019 update). Acedido em: 07-08-2021. Disponível em: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icmcompetencies-en-print-october-2019_final_18-oct-5db05248843e8.pdf

- ✓ Jones, K., Smythe, L. (2015). The impact on midwives of their first stillbirth. *New Zealand College of Midwives Journal*. 51, 17-22. Acedido em 15-07-2021. Disponível em: <https://www.midwife.org.nz/wp-content/uploads/2018/09/Jnl-51-article-3.pdf>
- ✓ Kenner (2001). *Enfermagem neonatal*. (2ª Edição). Reichmann & Affonso Editores.
- ✓ Klein, C.; Madi, J; Araujo, B.; Zatti, H.; Bosco, D.; Henke, C.; Rombaldi, R.; Madi, S. (2012). Fatores de Risco relacionados à mortalidade fetal. *Revista AMRIGS, Porto Alegre* n.º 56 (1), 11-16. Acedido em 08-07-2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Helen-Zatti/publication/260322117_Fatores_de_risco_relacionados_a_mortalidade_fetal/links/544e42970cf2bca5ce8f9c1b/Fatores-de-risco-relacionados-a-mortalidade-fetal.pdf
- ✓ Kwok, F.; Sung, F. (2003) The application of a Multisensory Snoezelen room for people with learning disabilities. *Hong Kong Medical Journal*. 9. 122-126. Acedido a 7-7-2022. Disponível em: <https://www.hkmj.org/system/files/hkm0304p122.pdf>
- ✓ Lança, F. (2017). *Analgesia e anestesia no parto*. In L.M. Graça, (Coord.). *Medicina materno fetal*. (5ªed.). (pp.260-271). Lisboa: Lidel
- ✓ Lei n.º 9 de 4 de março (2009). *Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril*. Assembleia da República. *Diário da República, I série* (180 de 16-09-2009), 6528 – 6550. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/111/2009/09/16/p/dre/pt/html>
- ✓ Lei n.º 58/2019 (2019). *Assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados*. Assembleia da República. *Diário da República* n.º 151/2019, Série I de 2019-08-08. 3-40. ELI: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/123815982/details/maximized>
- ✓ Lei n.º 156/2015 (2015). *Regulamento do Exercício do Direito à Objeção de Consciência aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 15- 10-2022. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Ponto4_RegulamentoObjeccaoConsciencia_aprovado.pdf
- ✓ Lowdermilk DL & Perry SE (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7.ª ed). Loures: Lusodidacta.
- ✓ McCloskey J.C. & Bulechek G.M. (2008). *Classificação das intervenções de enfermagem*. (4ª. ed.). Porto Alegre: Artmed.

- ✓ Miranda, A., Zangão, M. (2020). Vivências maternas em situação de morte fetal. *REVISTA DE ENFERMAGEM REFERÊNCIA*, Série V (3), 1-8. DOI: 10.12707/RV20037
- ✓ Monteiro, V. (2012). Perda Gestacional e processo de luto. Vivências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia. Instituto Mestrado em ESMOG. Politécnico de Viseu. Acedido em 06-07-2021. Disponível em:
<https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1794>
- ✓ Montero, S.; Sánchez, J.; Montoro, C.; Crespo, M.; Jaén, A.; Rodriguez, M. (2011). A experiência da perda perinatal a partir da perspetiva dos profissionais de saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 19 (6), 1405-1412. Acedido em 15-07-2021. Disponível em:
<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4458>
- ✓ Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. (3ª Edição), East Norwalk: Appleton&Lange.
- ✓ Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. 5ª Edição. Boston: Pearson Education, Inc.
- ✓ OMS (2018). *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. World Health Organization. ISBN 978-92-4-155021-5. Acedido em 26 -09-2022. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>.
- ✓ OE (2019). *Livro de Bolso: Programas de Preparação para Parto, Adaptação à Parentalidade e ao Pós-Parto*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- ✓ OMS (2021). *Cuidados de Saúde Primários*. World Health Organization. Acedido em 14-01-2022. Disponível em: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- ✓ Pº C.C. 73 (2009). Certificado médico de morte fetal – contagem do prazo previsto no artº 209º-A do Código do Registo Civil. Instituto dos registos e do notariado. Acedido em 15-08-2021. Disponível em:
<https://www.irn.mj.pt/IRN/sections/irn/doutrina/pareceres/civil/2009/p-c-c-73-2009-sjc-ct/downloadFile/file/CC73-09CT.pdf?nocache=1318932159.08>
- ✓ Pereira, E. (2020). *Gravidez. Evolução da Gravidez. Saúde bemestar.pt*. Acedido em 8-07-2021. Disponível em: <https://www.saudebemestar.pt/pt/clinica/ginecologia/gravidez/>
- ✓ Pimenta, D.G., Azevedo, C.M., De Andrade, B.T., De Oliveira e Silva, C.S. & Mourão, X.G.L. (Abr;2013). O parto realizado por parteiras: uma revisão integrativa. *Enfermeria*. Global, 12(2), 494-505. ISSN 1695-6141.

- ✓ Pulguinhas (2022). Tudo sobre o Sling Casulo. Gravidez e Parto. Acedido em 10-08-2022. Disponível em: https://pulguinhas.pt/smartblog/250_Tudo-sobre-o-Sling-Casulo.html
- ✓ Qian, J.; Sun, S.; Wu, M.; Liu, L.; Yaping, S.; Yu, X. (2021). Nurse Education Today. Preparing nurses and midwives to provide perinatal bereavement care: A systematic scoping review. *Elsevier*.103, 1-6. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104962>
- ✓ Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República. 2ª Série (n.º26). 4744- 4750.
- ✓ Regulamento n.º 344/2017 (2017). Regulamento do exercício do direito à objeção de consciência. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 122/2017, série II (122, 2017), 12943-12944. Acedido em 10-01-2022. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_344_2017_RegExercObjConsciencia.pdf
- ✓ 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 n.º 85/2019, série II (85, 2019), 13560-13565. Acedido em 10-07-2021. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>
- ✓ Ribeiro, A.; Marques, A.; Franceschi, I.; Borges, J.; Soares, M.; Silva, C. (2020). Enfermeiro obstetra: fatores emocionais e institucionais que dificultam a sua atuação. *Revista das Ciências da Saúde e Ciências*. 5(1), 413-427. Acedido em 05-08-2021. Disponível em: <http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/613>
- ✓ Rohden, F. (2002). Ginecologia, género e sexualidade na ciência do século XIX. Porto Alegre, 8 (17), 101-125. Acedido em 5-10-2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/XrT4FHsQ9PQm6yJpM3Dmxsc/?lang=pt>
- ✓ Silva, C., Ambrósio, C., Melo, E. (2015). Aspetos éticos do nascimento no limite da viabilidade. *Revista Médica Minas Gerais*, 25(4), 511-516. Dói: 10.5935/2238-3182.20150115
- ✓ Simas, F. [s/d]. Blogue pessoal. Acedido em 19-08-2021. Disponível em https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=924275521697382&id=357357191722554
- ✓ Steen, S. (2015). Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives. *Internacional Journal of Palliative Nursing*. 21(2), 79-87. DOI: [10.12968/ijpn.2015.21.2.79](https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.2.79). Acedido em 05-08-2021.
- ✓

- ✓ Sousa, M. J. & Baptista, C. S. (2011). Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios (4ªed.). Lisboa: Pactor. ISBN 978-989-693-001-1
- ✓ Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. Loures: Lusociência, 335-375.
- ✓ Vilelas, J. (2017). Investigação. O processo de construção do conhecimento. (2ª Edição, pp.385- 400) Edições Silabo.

APÊNDICES

APÊNDICE I- Reconhecimento das Qualificações Profissionais dos Enfermeiros Especialistas
em Saúde Materna e Obstetrícia

País	Título de formação	Organismo que concede o título de formação	Certificado que acompanha o título de formação	Data de referência
República Checa	- Diplom o ukončení studia ve tuzijním programu veterinární lékařství (doktor veterinární medicíny, MVDr.) - Diplom o ukončení studia ve studijním programu veterinární hygiena a ekologie (doktor veterinární medicíny, MVDr.)	Veterinární fakulta univerzity v České republice		1 de maio de 2004
Roménia	Diplomul de licență de doctor medic veterinar	Universități		1 de janeiro de 2007
Suécia	Veterinärexamen	Sveriges Lantbruksuniversitet		1 de janeiro de 1994
Islândia	Os diplomas, certificados e outros títulos obtidos noutro Estado ao qual se aplica a presente diretiva e enumerados no presente anexo.	Autoridades competentes	Certificado de estágio fornecido pelas autoridades competentes.	1 de janeiro de 1994
Lituânia	Os diplomas, certificados e outros títulos obtidos noutro Estado ao qual se aplica a presente diretiva e enumerados no presente anexo.	Autoridades competentes	Certificado de estágio fornecido pelas autoridades competentes.	1 de maio de 1995
Noruega	Vitensal for fullført grad kandidata' kandidata medicinae veterinariae, short form. cand. med.vet.	Norges veterinærhøgskole		1 de janeiro de 1994

5 — Parteira

5.1 — Programa de estudos para as parteiras (vias de formação I e II)

O programa de estudos para obtenção do título de parteira inclui as duas vertentes seguintes:

A — Ensino teórico e técnico

Disciplinas de base:

- Noções fundamentais de anatomia e de fisiologia;
- Noções fundamentais de patologia;
- Noções fundamentais de bacteriologia, virologia e parasitologia;
- Noções fundamentais de biofísica, bioquímica e radiologia;
- Pediatria, nomeadamente no que respeita ao recém-nascido;
- Higiene, educação sanitária, prevenção das doenças, rastreio precoce;
- Nutrição e dietética, nomeadamente no que respeita à alimentação da mulher, do recém-nascido e do lactente;
- Noções fundamentais de sociologia e problemas da medicina social;
- Noções fundamentais de farmacologia;
- Psicologia;
- Pedagogia;
- Legislação sanitária e social e organização sanitária;
- Deontologia e legislação profissional;
- Educação sexual e planeamento familiar;
- Proteção jurídica da mãe e da criança.

Disciplinas específicas das atividades de parteira:

- Anatomia e fisiologia;
- Embriologia e desenvolvimento do feto;
- Gravidez, parto e puerpério;
- Patologia ginecológica e obstétrica;

- Preparação para o parto e para a maternidade e paternidade, incluindo os aspetos psicológicos;
- Preparação do parto (incluindo o conhecimento e a utilização do material obstétrico);
- Analgesia, anestesia e reanimação;
- Fisiologia e patologia do recém-nascido;
- Cuidados e vigilância do recém-nascido;
- Fatores psicológicos e sociais.

B — Ensino prático e ensino clínico

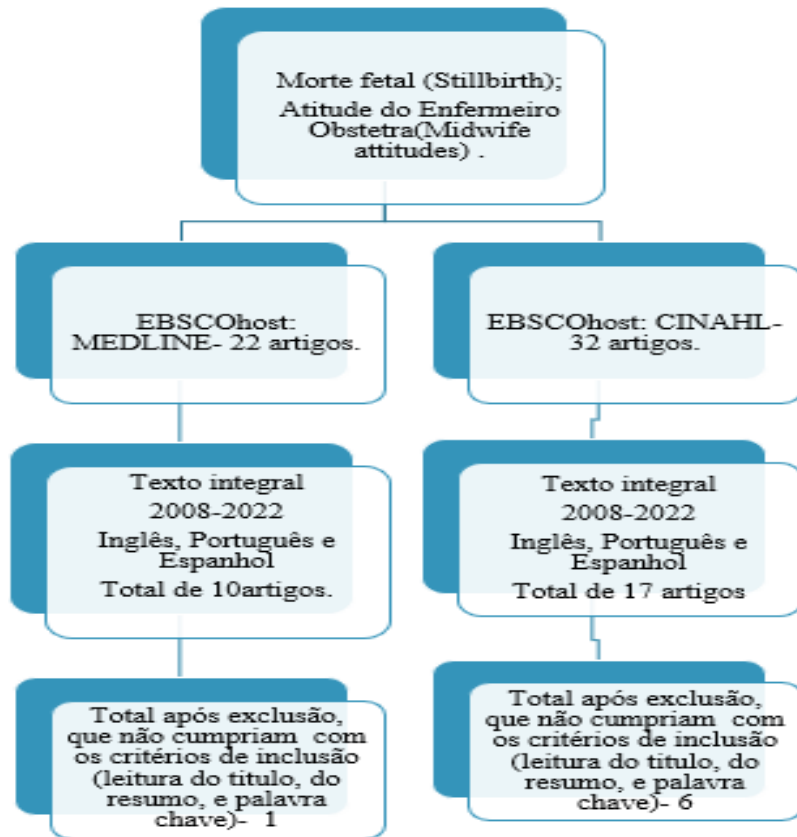
Este ensino é ministrado sob orientação apropriada:

- Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais;
- Vigilância e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;
- Realização pelo aluno de pelo menos 40 partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos;
- Participação ativa em partos de apresentação pélvica. Em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deverá ser realizada uma formação por simulação;
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura. A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos. A prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e rasgões simples do perineo, que pode ser realizada de forma simulada se tal for indispensável;
- Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;
- Vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais;
- Observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos doentes;

A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.

APÊNDICE II- Modelo dos Sistemas de Betty Neuman

Scoping Review – Fluxograma 1



Scoping Review – Fluxograma 2

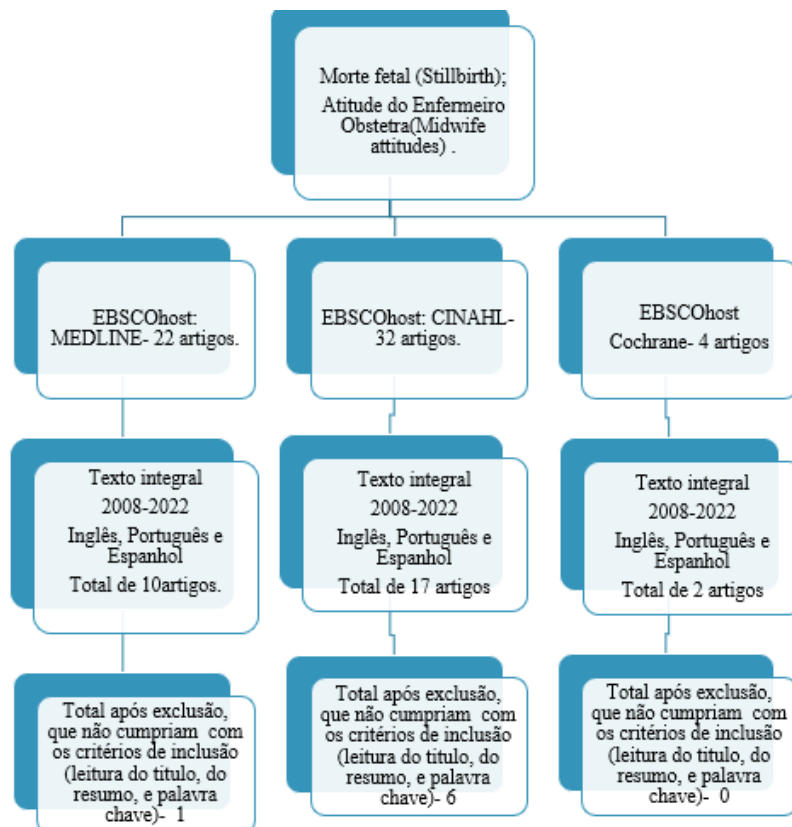


Tabela 1

Identificação do Estudo	Título CINAHL	The impact on midwives of their first stillbirth
	Autor(s)	Jones, Q.; Smythe, L
	Ano de publicação	2015
	Pais de Origem	Nova Zelândia- Austrália.
Objetivos	Este estudo tem como intuito compreender as vivências da parteira em relação à perda de um bebê., dando enfoque principalmente as experiências das parteiras que passaram pela experiência de morte fetal, pois segundo estes autores, poucos estudos se debruçam sobre esta temática.	
Participantes	5 parteiras experientes	
Tipo de estudo	Qualitativo	
Metodologia	A jornada da parteira foi o foco deste estudo qualitativo que utilizou a fenomenologia interpretativa hermenêutica. Como parte de uma dissertação de mestrado, cinco parteiras autônomas da Nova Zelândia foram entrevistadas e solicitadas a contar a sua história sobre a primeira vez que cuidaram de uma mulher cujo bebê havia morrido no útero e as consequências da sua experiência.	
Resultados	Este estudo demonstra que a morte de um bebê é um evento significativo para a parteira que presta cuidados.	
Implicações/conclusões	Este estudo forneceu uma compreensão mais profunda do impacto emocional do nascimento de um natimorto na parteira. Cada parteira experimentou choque e uma sensação intensa e pessoal de perda, criando sentimento de tensão enquanto lutava para lidar com suas próprias emoções a cuidar destas famílias.	

A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.

Tabela 2

Identificação do Estudo	Título	Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care
	CINAHL	
	Autor(s)	Arthur, D.; Chan, M.
	Ano de publicação	2009
	Pais de Origem	Singapura
Objetivos	Compreender as atitudes das enfermeiras em relação aos cuidados ao luto perinatal.	
Participantes	185 enfermeiras / parteiras em uma unidade de obstetrícia e ginecologia	
Tipo de estudo	Estudo qualitativo	
Metodologia	Um estudo de questionário correlacional.	
Resultados	<p>Os modelos de regressão mostraram que enfermeiras/mulheres com crenças religiosas e aqueles com atitudes mais positivas em relação à importância da política e formação hospitalar para os cuidados de luto eram estatisticamente mais prováveis de ter uma atitude em relação aos cuidados perinatais de luto. Os enfermeiros enfatizaram a sua necessidade de maior conhecimento e formação sobre como lidar com os pais enlutados, solicitando maior apoio dos membros da equipa e do hospital.</p> <p>A educação de aconselhamento de luto é recomendada para reduzir esta experiência stressante, aumentar a confiança e experiência das parteiras, levando a uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos pais enlutados.</p>	
Implicações/conclusões	A educação em aconselhamento de luto e a supervisão de preceptor são recomendadas para reduzir a experiência stressante, aumentar a confiança e a perícia dos novatos levando a uma melhor qualidade do atendimento aos pais enlutados.	

A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.

Tabela 3

Identificação do Estudo	Título	O Nascimento de Uma Vida Acabada
	CINAHL	
	Autor(s)	Dias, A.; Amirali, K
	Ano de publicação	2010
	Pais de Origem	Portugal
Objetivos	Conhecer as experiências vivenciadas pelos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia face à realização do parto de um feto morto com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas.	
Participantes	4 EEESMO.	
Tipo de estudo	Qualitativo.	
Metodologia	Método fenomenológico, do tipo descritivo, exploratório.	
Resultados	Um estudo de paradigma qualitativo e abordagem fenomenológica não se pretende a generalização dos resultados, mas sim obter a compreensão e conhecimento em profundidade do fenómeno em estudo. Isto deve-se ao facto do objetivo do estudo não ser estimar a extensão com que os resultados se propagam à população, mas sim compreender a experiência, tal como ela foi vivida por cada participante.	
Implicações/conclusões	Existem determinados sentimentos que os enfermeiros vivenciam quando realizam o parto de um feto morto, nomeadamente sentimentos negativos. Por este motivo é realçada a importância em aprender a lidar com os mesmos, pois estes tomam-se tão intensos que é impossível prever as marcas que deixam na mulher e no enfermeiro.	

A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.

Tabela 4

Identificação do Estudo	Título	Nurse Education Today
	CINAHL	
	Autor(s)	Qian, J.; Sun, S.; Wu, M.; Liu, L.; Yaping, S.; Yu, X.
	Ano de publicação	2021
	Pais de Origem	China
Objetivos	Fornecer uma visão transversal abrangente de estudos publicados sobre programas de educação em cuidados de luto perinatal desenvolvidos e testados com enfermeiros e parteiras	
Participantes	Estudantes de enfermagem em obstetrícia ou enfermeiras e parteiras clínicas	
Tipo de estudo	Qualitativo.	
Metodologia	Revisão sistemática de literatura	
Resultados	Foram incluídos dezoito estudos de 817 artigos. Conhecimentos e competências em cuidados de luto perinatal, melhoria das competências clínicas em cuidados de aborto e apoio psicológico a enfermeiras e parteiras são três elementos centrais do conteúdo educativo. Workshops e debriefing são os formatos mais frequentemente utilizados. A duração varia, na sua maioria, entre meio-dia e 3 dias. Conhecimento, confiança, satisfação e variáveis psicológicas relevantes, tais como sintomas de stress pós-traumático, são frequentemente utilizados para avaliar a eficácia do programa educativo. A maioria dos estudos optou pela utilização de questionários como instrumentos de medição. Enfermeiras e parteiras relataram tanto experiências positivas como sugestões de melhoria para programas educativos de cuidados de luto perinatais.	
Implicações/conclusões	Esta revisão do âmbito salienta os benefícios da implementação de programas de educação para a preparação de enfermeiros e parteiras para os cuidados de luto perinatal no contexto das universidades e hospitais. Ensaios aleatórios controlados longitudinais ou quase- experimentares poderiam investigar melhor a eficácia de um programa educativo de cuidados de luto perinatais mais aperfeiçoado com um tempo de intervenção mais longo, utilizando ferramentas de avaliação válidas e fiáveis	

A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.

Tabela 5

Identificação do Estudo	Título	Preparing nurses and midwives to provide perinatal bereavement care: A systematic scoping review
	CINAHL	
	Autor(s)	Qian, J.; Sun, S.; Wu, M.; Liu, L.; Yaping, S.; Yu, X
	Ano de publicação	2021
	Pais de Origem	China
Objetivos	Este artigo tem como objetivo fornecer uma visão transversal e abrangente de estudos publicados sobre programas de educação em cuidados ao luto perinatal desenvolvidos e testados com enfermeiras e parteiras.	
Participantes	Parteiras e enfermeiras generalistas, alunos com especialização em enfermagem ou obstetrícia.	
Tipo de estudo	Qualitativo, quantitativo e misto	
Metodologia	Revisão de scoping	
Resultados	Dezoito estudos de 817 artigos foram incluídos. O conhecimento e as habilidades do cuidado perinatal no luto, a melhoria nas habilidades clínicas no luto e o apoio psicológico para enfermeiras e parteiras são os três elementos principais do conteúdo educacional. A maioria dos estudos optou por usar questionários auto elaborados como ferramentas de medição. Enfermeiras e parteiras relataram experiências positivas e sugestões de melhorias para programas de educação em cuidados ao luto perinatal.	
Implicações/conclusões	Esta RS destaca os benefícios da implementação de programas de educação para preparar enfermeiras e parteiras para cuidados perinatais ao luto no contexto de universidades e hospitais.	

A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.

Tabela 6

Identificação do Estudo	Título	Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives
	Autor(s)	Steen, S.
	Ano de publicação	2015
	Pais de Origem	EUA
Objetivos	Identificar as necessidades e preocupações das enfermeiras e parteiras americanas e espanholas que trabalharam com morte perinatal; identificar as intervenções de luto que usam para ajudar as famílias que vivenciam uma morte fetal.	
Participantes	Constituído por 42 enfermeiras e 2 parteiras e a amostra espanhola constituiu 5 enfermeiras e 10 parteiras.	
Tipo de estudo	Transversal	
Metodologia	Os dados foram coletados em 2011 nos EUA (n =44) e espanhol (n =15) enfermeiras e parteiras por meio de questionário	
Resultados	<p>Foram incluídos dezoito estudos de 817 artigos. Conhecimentos e aptidões em cuidados de luto perinatais, melhoria das competências clínicas na assistência ao aborto e apoio psicológico a enfermeiras e parteiras são três núcleos elementos do conteúdo da educação. Workshops e debriefing são os formatos mais frequentemente utilizados. A duração a maior parte varia de meio dia a 3 dias. Conhecimento, confiança, satisfação e variáveis psicológicas relevantes tais como sintomas de stress pós-traumático são frequentemente utilizados para avaliar a eficácia do programa educativo.</p> <p>A maioria dos estudos optou por utilizar questionários auto-desenhados como instrumentos de medição. Enfermeiras e parteiras relataram ambas experiências positivas e sugestões de melhoria para programas de educação em cuidados de luto perinatal.</p> <p>Traduzido com a versão gratuita do tradutor - www.DeepL.com/Translator</p>	

A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.

Implicações/conclusões	Este estudo demonstrou uma necessidade contínua de aumentar o padrão e a consistência dos cuidados ao luto perinatal em todo o mundo. A educação para o luto nos currículos e ambientes de prática de enfermagem em ambas as culturas, é essencial para aumentar o padrão de atendimento.
------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.

APÊNDICE V- Instrumento de Colheita de Dados (Não Utilizado)

Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam morte fetal

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 e pretende identificar junto do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO), que tipo de emoções e sentimentos vivenciam perante situações de morte fetal e como esses sentimentos e emoções influenciam a sua atitude perante essas famílias.

Cuidar de famílias que vivenciam uma morte fetal é emocionalmente desafiante, o forte desejo de prestar os melhores cuidados a estas famílias pode ser influenciado e dificultado pela resposta emocional, incerteza e ansiedade dos profissionais, sentindo-se inexperientes neste nível complexo de cuidados em obstetrícia, independentemente da sua experiência profissional anterior (Fenwick, 2007).

Juntamente com a família, o EEESMO é atirado para esta crise partilhando o seu sentimento de perda. É visto como uma figura de apoio para a maioria dos pais, que sentem a necessidade de ser acolhidos por estes profissionais que vai para além do formalismo, passando pela demonstração de disponibilidade e por partilha de experiências (Dias et al, 2010). Existe assim, a necessidade de explorar, compreender e apreciar a experiência vivida do EEESMO que cuidaram de pais, cujo bebé nasceu morto.

***Obrigatório**

CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAR NO ESTUDO

Venho por este meio, solicitar a sua participação no meu estudo sobre a "Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO)", perante as famílias que vivenciam morte fetal.

O preenchimento do questionário é totalmente anónimo e confidencial, sendo impossível identificar os respondentes.

O presente questionário é constituído por questões de escolha única ou múltipla e de resposta curta.

Para qualquer esclarecimento adicional envie email para joana_santos3@campus.esel.pt

A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.

20/02/23, 16:57

A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam morte ...

1. 1. Autorização de participação e de utilização dos dados fornecidos para fins científicos/ investigação. *

Declaro ter lido e compreendido os objetivos do estudo, bem como as informações que me foram fornecidas pelo investigador principal. Foi-me garantida a possibilidade de em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. A minha adesão é voluntária, isenta de qualquer risco. 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 pela investigadora.

Marcar apenas uma oval.

Pretendo colaborar com o presente estudo

Parâmetros Sociodemográficos

2. Género *

Marcar apenas uma oval.

F

M

3. Idade *

4. Grau académico? *

Marcar apenas uma oval.

Bacharelato

Licenciatura

Pós- Graduação

Pós-licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Outro

A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.

20/02/23, 16:57

Aitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam morte ...

5. Número de anos de Experiência Profissional? *

6. Número de anos de Experiência na área de Saúde Materna e Obstetrícia? *

7. Exerce funções em que serviço? *

Marcar apenas uma oval.

- Bloco de partos de hospital público
- Bloco de partos de hospital privado
- Bloco operatório de Obstetrícia
- Unidade de Cuidados Saúde Primários
- Serviço de Internamento Materno-Fetal
- Serviço de Internamento de Ginecologia
- Serviço de Internamento de Puerpério
- Consultas de Obstetrícia
- Bloco de Exames de Obstetrícia
- Outra: _____

Questionário sobre Atitude do EEESMO perante as famílias que vivenciam morte fetal

A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.

20/02/23, 16:57

Aitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam morte ...

8. Quais as emoções vivenciadas por si, perante uma situação de morte fetal? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Raiva
- Pânico
- Desespero
- Angústia
- Stress
- Frustração
- Preocupação
- Calma
- Surpresa
- Outra: _____

9. Quais os sentimentos vivenciados por si, perante uma situação de morte fetal? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Ódio
- Compaixão
- Decepção
- Aversão
- Empatia
- Tristeza
- Depressão
- Culpa
- Medo
- Outra: _____

10. Sente-se confortável a prestar cuidados às famílias que vivenciam uma morte fetal? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Indiferente

A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.

20/02/23, 16:57 Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam morte ...

11. Justifique a sua resposta à questão anterior. *

12. Que tipo de atitudes demonstra perante as famílias que vivenciam uma morte fetal? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Evitamento
- Presença constante
- Presença Silenciosa
- Escuta ativa
- Distanciamento
- Apoio emocional
- Delega a outro profissional
- Outra: _____

13. Utiliza alguma estratégia para ultrapassar eventuais dificuldades pessoais no contacto com estas famílias? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

14. Se respondeu sim à questão anterior, mencione quais as estratégias.

A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.

20/02/23, 16:57 Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam morte ...

15. A idade Gestacional da morte fetal, tem influência na sua Atitude? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Indiferente

16. Justifique a sua resposta à questão anterior. *

17. A sua Atitude perante uma morte fetal difere de uma morte fetal espontânea a uma Interrupção médica da gravidez (IMG)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Indiferente

18. Justifique a sua resposta à alínea anterior. *

A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.

20/02/23, 16:57 Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam morte ...

19. Sente reunir as ferramentas necessárias para agir perante estas situações? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

20. Justifique a resposta à questão anterior. *

Avançar para a secção 4 (Muito obrigada pela sua colaboração.)

Muito obrigada pela sua colaboração.

Se necessitar de alguma informação ou esclarecimento adicional,
envie email para joana.santos3@campus.esel.pt

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.

APÊNDICE VI- Sessão de Formação sobre a Temática em estudo

A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.

Maternidade Dr.º Alfredo da Costa

A ATITUDE DO ENFERMEIRO OBSTETRA PERANTE AS FAMILIAS QUE VIVENCIAM UMA MORTE FETAL

Projeto de Estágio para obtenção do Título de Mestre e
Especialista na área de Enfermagem em Saúde Materna e
Obstetrícia

Formador: Enfermeira Joana Santos (Aluna do Mestrado na área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na
ESEL)

Sob Orientação clínica: EEESMO Patrícia Coelho

Lisboa, 9 de Novembro, 2021



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL



Maternidade Dr.º Alfredo da Costa

SUMÁRIO

1. Pertinência da Temática

1.1 Scoping Review

1.2 Objetivos do Estudo

2. Enquadramento Teórico

✓ Morte fetal

✓ Dados epidemiológicos

✓ Competências de Enfermagem

✓ Atitude do EESMO perante a morte fetal

✓ Atitude do EESMO perante as famílias

✓ Limitações existentes;

✓ O que há a mudar.

3. Conclusão

4. Bibliografia

1. Pertinência da Temática

Quando a morte inverte o ciclo vital, afigura-se um desastre na vida das pessoas.

Estas situações ocorrem essencialmente, no hospital, o que implica um envolvimento dos profissionais de saúde, do quais fazem parte, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia .


A maioria destes profissionais refere, que não se sentem preparados para lidar com famílias que vivenciam esta perda, a morte fetal é encarada como a perda de um sonho, um projeto a dois inacabado. Sentimentos de frustração, incómodo, levam estes profissionais, a questionarem que atitudes devem ter.

(Monteiro, R. [et al](#), 2012)

1. Pertinência da Temática

A pertinência da temática surge após dialogar com alguns EEESMO, em que referem que pouco se tenta compreender sobre as suas atitudes perante a morte fetal e a razão de as ter. Os estudos existentes incidem essencialmente sobre os cuidados do enfermeiro às famílias que vivenciam a morte fetal.

A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.



1.1 Revisão de Scoping


Questão de partida (PCC): Quais os fatores que influenciam a Atitude do EEESMO perante as famílias que vivenciam morte fetal?

P (População)- Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia;
C (Contexto)- Todo aquele que existam enfermeiros que experienciaram uma morte fetal;
C (Conceito)- Morte fetal

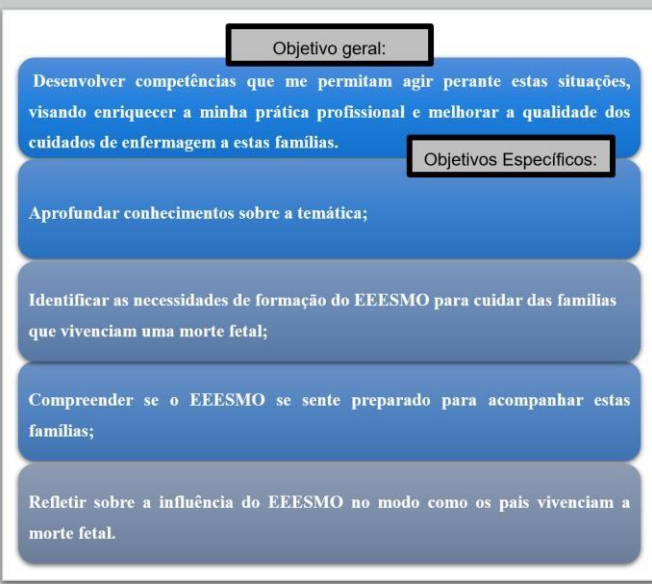
- Metodologia:** Plataformas de bases de dados Medline e Cinahl;
✓ Plataforma informática Google académico, e literatura cinzenta;
✓ Diálogo Informal com enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia;

Tipo de Estudo: Qualitativo

Palavras Chave: Atitude Enfermeiro obstetra (Midwife attitudes); Nado morto (Stillbirth)



1.2 Objetivos do Estudo



Objetivo geral:

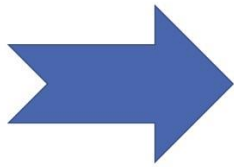
Desenvolver competências que me permitam agir perante estas situações, visando enriquecer a minha prática profissional e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem a estas famílias.

Objetivos Específicos:

- Aprofundar conhecimentos sobre a temática;
- Identificar as necessidades de formação do EEESMO para cuidar das famílias que vivenciam uma morte fetal;
- Compreender se o EEESMO se sente preparado para acompanhar estas famílias;
- Refletir sobre a influência do EEESMO no modo como os pais vivenciam a morte fetal.

A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.

2. Enquadramento Teórico



O conceito de **morte fetal**, inclui morte ocorrida a qualquer momento durante a gravidez. É uma experiência indescritível para os pais, difíceis de assimilar pois os bebés representam o início de vida e não o fim. (Montero et al, 2011)

2. Enquadramento Teórico

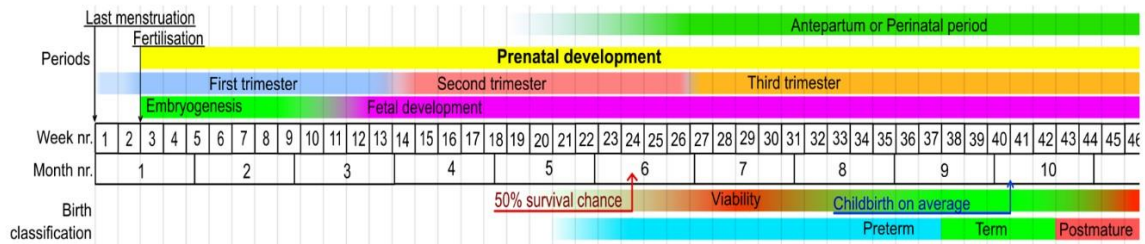
Segundo a Secção de neonatologia, 2016, viabilidade fetal é considerado o “potencial para sobreviver”, dados disponíveis internacionalmente indicam que:

<p>A sobrevivência sem sequelas em recém-nascidos com IG < 23 semanas e < 500g de peso de nascimento, tem pouca probabilidade de sobreviver;</p>	<p>Prematuros com IG > 26 semanas e peso de nascimento > 600g, tem uma percentagem superior a 60% de sobrevivência e que pelo menos 50% dos sobreviventes não apresentam deficiência severa a longo termo;</p>	<p>O grupo de prematuros nascidos entre as 23 e as 24 semanas de gestação e com peso de nascimento entre 500 e 599 g, constituem a zona cinzenta da viabilidade fetal. Quanto menor a idade gestacional, menor a hipótese de sobrevivência sem sequelas.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.



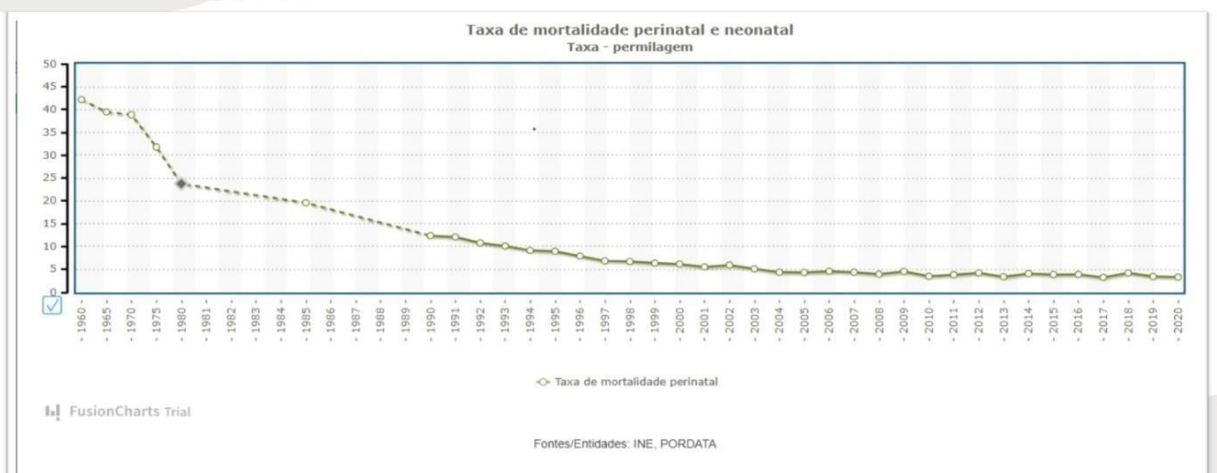
2. Enquadramento Teórico



2. Enquadramento Teórico

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Segundo INE, em Portugal a taxa de mortalidade perinatal tem vindo a diminuir, em 2020 por 1000 nascimentos- 3,3%o nascem sem vida.



A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.

CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

2. Enquadramento Teórico

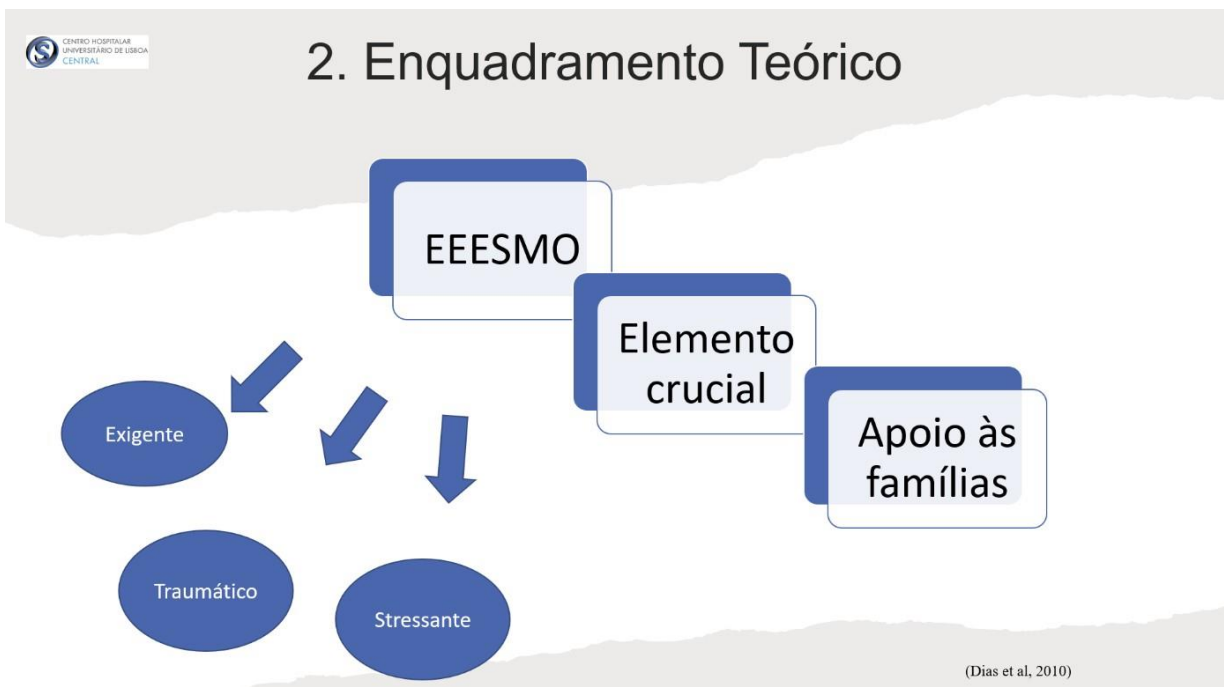
Competências EEESMO

- a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade. (3)

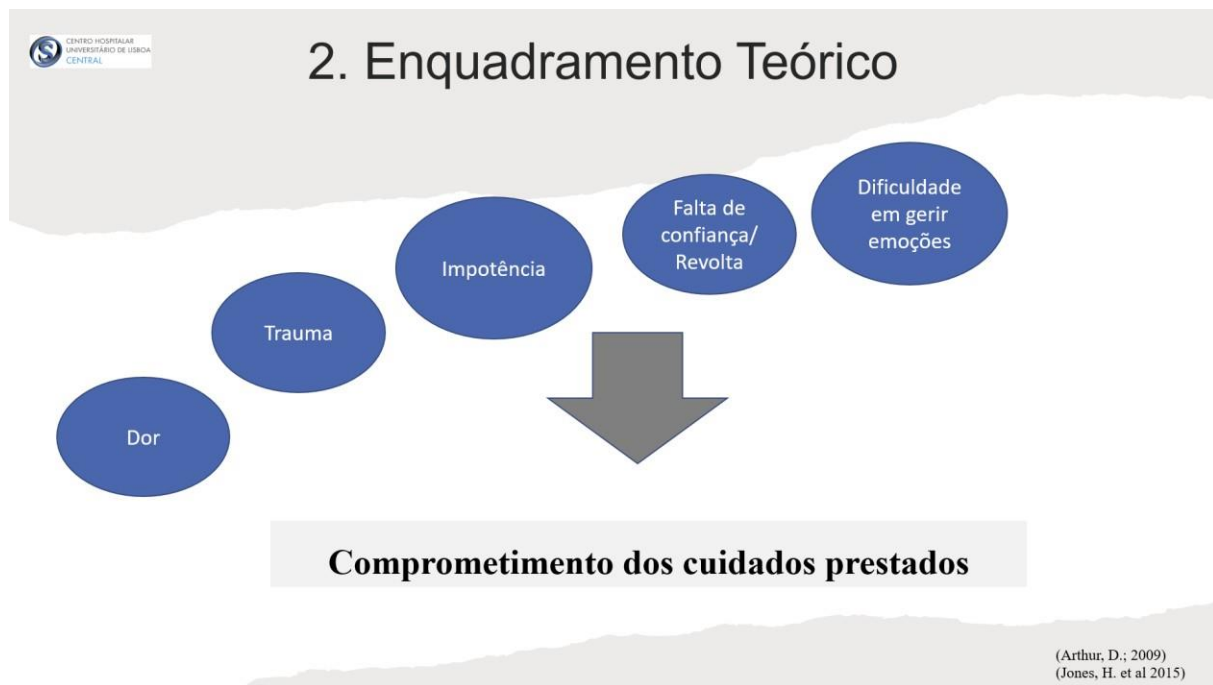
4.3) Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal. (3)

4.3.7) Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neonatal. (3)

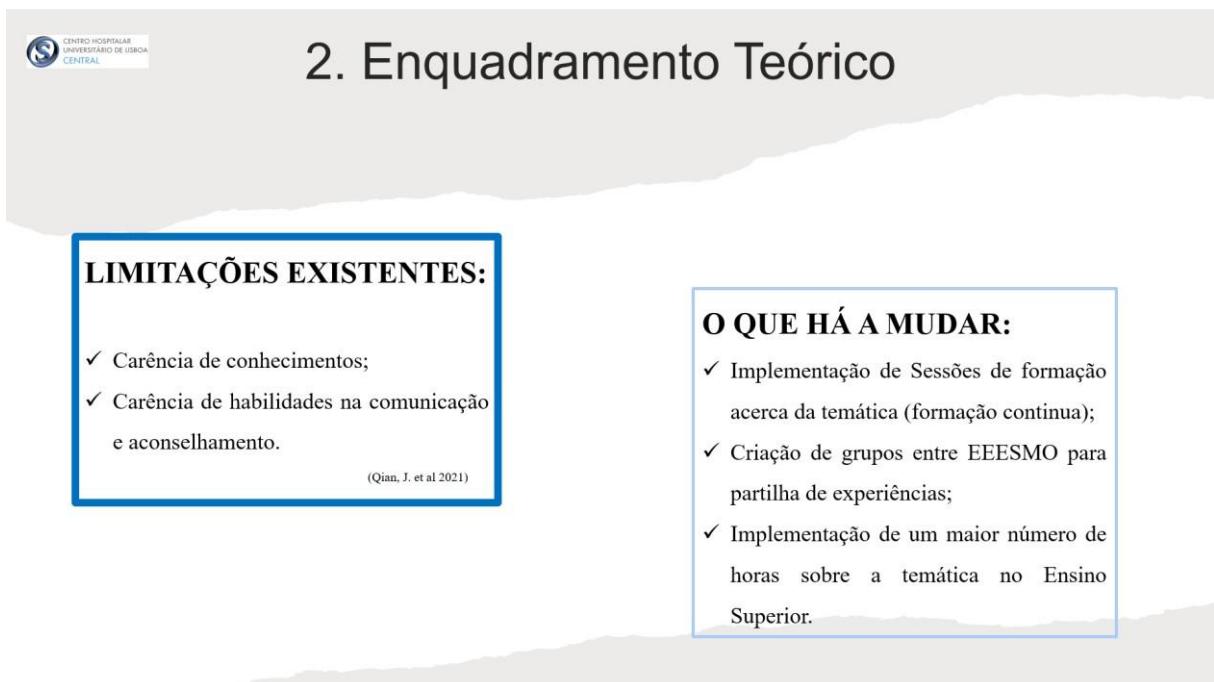
(3) Regulamento n.º 140/2019, Diário da República




A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.



A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.



A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.



3. Conclusão / Contribuição para a Temática

Inúmeros EESMO expressam:

- ✓ Desconforto;
- ✓ Preocupação .

A questão cultural do enfermeiro sobre a morte, impacta o cuidado dispensado à família do bebé falecido.


- ✓ Falta de conhecimentos;
- ✓ Falta de habilidades

Atitudes menos adequadas

promoção de formação nesta área, de forma a adquirir conhecimentos, competências e habilidades na gestão do luto, é essencial, para ajudar estes profissionais a agir perante uma perda perinatal.

Profissionais que associem a morte como um tabu, necessitam reconhecer que nada é mais importante do que cuidar daqueles pais que sofrem a perda de um filho.

(Dias, 2010)



3. Conclusão / Contribuição para a Temática

Ser enfermeiro é muito mais que vestir uma farda branca que presta cuidados, enfermeiro é gente que cuida de gente. A experiência diária, como profissionais mais também como pessoas ajudam muitas vezes a ultrapassar estes sentimentos e a lidar com a morte com mais segurança

A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.



4. Bibliografia

- APP (s/d). Aborto. Associação para o planeamento da família. Acedido em 01-07-2021. Disponível em : <http://www.app.pt/aborto-e-interrupcao-da-gravidez>
- Artigo 142.º (1995). Interrupção da gravidez não punível. Decreto de lei n.º 48/95. Diário da República n.º 63/1995, série I (A, 1995), 1-129. Acedido em 07-07-2021. Disponível em: <https://dre.pt/legislacao-consolidada/-/lc/107981223/201708230100/73474042/diploma/indice>
- Artigo 209.º A (1995). Dispensa de certificado médico de morte fetal. Decreto de lei n.º 131/95. Diário da República 131/95, série I (A, 1995), 1-92. Acedido em 07-07-2021. Disponível em: https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/116042186/201902041955/73601563/exportPdf?normal/1/cachedLevelPage?LegislacaoConsolidada_WAR_dreFrontofficeportlet_rp=diploma
- Arthur, D.; Chan, M. (2009). Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. Journal of advanced nursing, 65(12), 2532–2541. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05141.x
- "Dias, A.; Amiral, K. (2010). O Nascimento de Uma Vida Acabada. Experiências dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica. Revista Portuguesa de Enfermagem. (24), 24-29. ISSN: 0873-1586. Acedido em 05-08-2021. Disponível em: <https://repositorio.bff.min-saude.pt/handle/10400.10/389>
- Klein, C.; Madi, J.; Araujo, B.; Zatti, H.; Bosco, D.; Henke, C.; Rombaldi, R.; Madi, S. (2012). Fatores de Risco relacionados à mortalidade fetal. Revista AMRIGS, Porto Alegre n.º 56 (1), 11-16. Acedido em 08-07-2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Helen-Zatti/publication/260322117_Fatores_de_risco_relacionados_a_mortalidade_fetal/link/544e42970c2bca5ce89c1b/Fatores-de-risco-relacionados-a-mortalidade-fetal.pdf
- Haggstrom, M. (2014). Viabilidade Fetal. Wikipédia. Acedido em 08-07-2021. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Viabilidade_fetal
- Jones, Q.; Smythe, L. (2015). The impact on midwives of their first stillbirth. New Zealand College of Midwives Journal. 51, 17-22. Acedido em 15-07-2021. Disponível em: <https://www.midwife.org.nz/wp-content/uploads/2018/09/InI-S1-article-3.pdf>



***“O que se ama com a alma, VIVE
PARA SEMPRE”***

Simas, F. (2021)

A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.

ANEXO I- SÍNTESE DE REGISTO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS

A Atitude do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante as famílias que vivenciam Morte Fetal.

Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

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

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family counselling and health promotion</i>	<u>45</u>
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant woman</i>	
• Exames Pré-Natais/ <i>Prenatal Examinations</i> (100)	<u>> 160</u>
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor.</i>	
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries</i> (40)	<u>43</u>
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	<u>0</u>
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiple births</i>	<u>0</u>
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	<u>11</u>
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	<u>3</u>
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	<u>28</u>
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at risk</i>	
• Gravidez/ <i>Pregnancy</i> (40)	<u>43</u>
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	<u>53</u>
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	<u>23</u>
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period</i> (100)	<u>101</u>
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/ <i>Supervision and care to the healthy new-born</i> (100)	<u>100</u>
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	<u>9</u>
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/ <i>Supervision and care to the women with gynaecological pathology</i>	<u>22</u>

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia/*Maternal Health and Obstetrics Master Course*