

**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTETRÍCIA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Interrupção Médica da Gravidez e Morte Fetal:
Estratégias para um Cuidado de Enfermagem Especializado no Luto**

Mónica Susana de Gouveia Rodrigues

2011



**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTETRÍCIA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Interrupção Médica da Gravidez e Morte Fetal:
Estratégias para um Cuidado de Enfermagem Especializado no Luto**

Mónica Susana de Gouveia Rodrigues

sob a orientação da

Professora Luísa Sotto-Mayor

Orientação do ensino clínico:

Professora Teresa Félix

EESMO Isabel Viola

2011



Ao Pedro e Ricardo por tudo...

Aos meus pais e irmã pelo apoio...

Às colegas de curso pela partilha, sugestões e incentivo...

*À Professora Luísa Sotto-Mayor pela inspiração, orientação,
apoio, incentivo e disponibilidade...*

À Professora Teresa Félix pela orientação...

*À Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia Isabel Viola
pela partilha de conhecimentos...*

*À Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia Cristina Madruga e Silva
pela partilha de conhecimentos e incentivo...*

Ao Enfermeiro César Fonseca pelo apoio na pesquisa...

Aos pais e filhos que aceitaram ser cuidados...

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”*

Madre Teresa de Calcutá

SIGLAS

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EEESMOG – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

EESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICM – *International Confederation of Midwives*

IMG – Interrupção Médica da Gravidez

LFD – Linha Flexível de Defesa

LND – Linha Normal de Defesa

LR – Linha de Resistência

RCEEEESMOG – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

OE – Ordem dos Enfermeiros

RESUMO

Este Relatório de Estágio apresenta o percurso do Estágio com Relatório, integrado no 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEL, focalizando o aprofundamento teórico e o desenvolvimento de competências nas estratégias de cuidados de enfermagem especializados facilitadoras do processo de luto por perda perinatal relacionada com IMG ou Morte Fetal.

A metodologia utilizada foi baseada na Revisão Sistemática da Literatura, procurando resposta para a questão, em formato PI[C]O:

Que estratégias (I) utilizam os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (P) perante a mulher em processo de Interrupção Médica da Gravidez ou Morte Fetal, para facilitar o processo de luto (O)?

A pesquisa em bases de dados foi realizada através do motor de busca EBSCO, tendo sido seleccionados dez artigos, aos quais foram adicionados dois artigos publicados em revistas da especialidade e um trabalho académico – uma Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.

Como resultado da revisão da literatura as estratégias mais referidas foram: o estabelecimento de uma relação de ajuda para apoiar os pais (utilizando a escuta activa, o silêncio e o toque); o demonstrar empatia e estar presente; o conhecimento das fases do luto para proporcionar cuidados adequados em cada fase; o proporcionar lembranças físicas do filho (gorro, manta, cabelos, placa de gesso com impressão plantar e fotografias); o incentivar a ver e pegar no bebé (por ajudar no processo de elaboração da perda) e o evitar a permanência hospitalar na proximidade de outras mães com filhos vivos.

Também foram referidos alguns factores que influenciam os enfermeiros no cuidar no luto: a falta de formação académica e profissional; a dificuldade na gestão de sentimentos e stress; a necessidade de apoio e partilha de sentimentos entre pares e a importância de haver espaços para a discussão e reflexão sobre a morte em obstetrícia.

Palavras-chave: Interrupção Médica da Gravidez; Morte Fetal; Luto; Estratégias de Cuidados; Cuidar em Enfermagem

ABSTRACT

This Internship Report presents the course of the Internship with Report, as part of the 1st Master Course in Maternal Health and Obstetrics Nursing of the ESEL, focusing on the theoretical and skills development of nursing specialized care strategies for facilitation of the mourning process in case of perinatal death related to medical interruption of pregnancy or stillbirth.

The methodology used was based on systematic literature review, seeking an answer to the question in PI[C]O format:

What strategies (I) do nurse-midwives (P) use in the presence of a woman undergoing a procedure of medical termination of pregnancy or stillbirth, to facilitate the grieving process (O)?

The database search was performed using the EBSCO search engine. To the ten articles selected through this database search, were further added two articles published in specialty magazines and an academic document - a Master Thesis in Communication in Health.

As a result of the literature review the main strategies mentioned were: the establishment of a relationship to support the parents (using active listening, silence and touch); to show empathy and to be present; knowledge of the stages of grief to provide adequate care at each stage; to provide physical reminders of their child (cap, blanket, hair, plaster plate with cast of the foot and photographs); to encourage them to see and touch the baby (as it helps with dealing with the loss) and to prevent hospital stay in the vicinity of other mothers with living children.

Other factors that influence nurse-midwives in caring for the ones in mourning were also mentioned: the lack of academic and professional training; the hardship in managing feelings and stress; the need for support and sharing of feelings among peers and the importance of having room for discussion and thinking about death in obstetrics.

Keywords: Medical Interruption of Pregnancy; Stillbirth; Mourning; Care Strategies; Nursing Care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1- CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO	13
1.1 - FINALIDADE E OBJECTIVOS	13
1.2 - ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	14
2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
2.1 - OBJECTO DE ESTUDO	20
2.2 - INTERRUPTÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ	23
2.3 - MORTE FETAL	25
2.4 - LUTO	26
2.5 - ESTRATÉGIAS DE CUIDADOS	28
2.6 - CUIDAR EM ENFERMAGEM	30
2.7 - MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN	31
3 - METODOLOGIA	35
3.1 - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	35
4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	40
4.1 - PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA.....	40
4.2 - LIMITAÇÕES AO ESTUDO	51
4.3 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	52
4.4 - SUGESTÕES PARA A PRÁTICA.....	54
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
BIBLIOGRAFIA	60
APÊNDICES	72
APÊNDICE I – PROJECTO DE ESTÁGIO	
APÊNDICE II – DIÁRIO DE APRENDIZAGEM I	
APÊNDICE III – DIÁRIO DE APRENDIZAGEM III	
APÊNDICE IV – DIÁRIO DE APRENDIZAGEM II	
APÊNDICE V – ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO DA LITERATURA	
APÊNDICE VI –NOTA DE CAMPO	
ANEXOS	73
ANEXO I – LEI 9/2009 DE 4 DE MARÇO	
ANEXO II – DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.ª SÉRIE, N.º 35 DE 18 DE FEVEREIRO DE 2011	
ANEXO III – ICM - ESSENTIAL COMPETENCIES FOR BASIC MIDWIFERY PRACTICE	
ANEXO IV – AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO	

INTRODUÇÃO

A realização do Estágio com Relatório vem responder aos requisitos da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no conteúdo programático do segundo ano do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia – 1º CMESMO (5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Esta experiência clínica decorreu no Bloco de Partos do Hospital de São Francisco Xavier, com início a 17 de Janeiro e término a 1 de Julho de 2011, com um total de cerca de 550 horas presenciais, sob a orientação da docente da ESEL, Professora Teresa Félix, e da orientadora do local, a Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia Isabel Viola. A orientação na elaboração do Relatório de Estágio é da responsabilidade da docente da ESEL, Professora Luísa Sotto-Mayor.

Além da resposta aos conteúdos programáticos do CMESMO, este ensino clínico vem responder às directivas europeias relativas ao reconhecimento das qualificações profissionais dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, publicada na Directiva 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 nº 9/2009 de 4 de Março, página 1515, quando se refere ao ensino prático e ensino clínico do programa de estudos para as parteiras (Anexo I):

- “- 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 activa em partos de apresentação pélvica (...);
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura (...);
- 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;
- Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia”.

Também é referido no mesmo artigo que

“o ensino clínico deve ser efectuado sob forma de estágios orientados nos serviços de um centro hospitalar ou em outros serviços de saúde aprovados pelas autoridades ou organismos competentes — Durante essa formação, os formandos participarão nas actividades dos serviços em causa, na medida em que contribuam para a sua formação, e serão iniciados nas responsabilidades que as actividades de parteira implicam”.

Tendo em conta a legislação da formação de parteiras e as competências específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, publicado no Diário da República, 2.ª série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, intitulado Regulamento n.º 127/2011 (Anexo II), bem como as competências descritas pela *International Confederation of Midwives* (Anexo III), foram definidos os seguintes objectivos para o ensino clínico:

- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, durante o período pré-natal, promotores do bem-estar materno-fetal;
- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente e acompanhante, durante o trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada;
- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN na adaptação/optimização à vida extra-uterina;
- Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no cuidar especializado à mulher e acompanhante em processo de Interrupção Médica da Gravidez ou Morte Fetal.

A elaboração deste relatório representa a análise crítica e reflexiva sobre as actividades e resultados obtidos durante o ensino clínico, tendo em vista o meu desenvolvimento de competências como futura enfermeira especialista em saúde

materna e obstétrica (EESMO), promovendo intervenções que contribuíram para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados à parturiente e família durante o trabalho de parto e parto.

Também será abordada a temática da Interrupção Médica da Gravidez (IMG) e Morte Fetal, problemática que propus aprofundar, de modo a desenvolver competências especializadas nesta área mais sombria da Obstetrícia, utilizando a metodologia da Revisão Sistemática da Literatura, reflectindo sobre a evidência científica e transpondo-a para a minha prática como futura EESMO.

Este relatório terá sempre em conta as linhas orientadoras do plano de estudos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e as competências do EESMO, referenciadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pela *International Confederation of Midwives* (ICM).

O enfermeiro especialista é aquele que tem

“um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.” (OE, 2010b, p.2)

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010b) foram definidos os quatro domínios comuns de competências dos enfermeiros especialistas (Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, Gestão da Qualidade, Gestão de Cuidados e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais). Também foi delineado um perfil de competências específicas para cada especialidade, tendo sido definidas como competências para o EESMO - cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal, climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, nunca esquecendo a actuação nos cuidados do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (OE, 2010a, p.2).

De forma a reflectir sobre a aquisição e desenvolvimento das competências torna-se necessária a elaboração de um relatório que facilite este processo, pois “os modelos de formação para a competência visam ajudar, de forma integrada, cada sujeito em formação a desenvolver as suas capacidades criativas, de tomada de decisão, aprender a aprender e a reflectir sobre as práticas” (Dias, 2006, p.17).

Assim sendo, os objectivos deste Relatório de Estágio são:

- Analisar e reflectir sobre os objectivos e actividades desenvolvidas ao longo do ensino clínico, para a aquisição de competências no cuidado de enfermagem especializado no âmbito da saúde materna e obstetrícia;
- Reflectir sobre as experiências de aprendizagem, à luz da evidência científica;
- Desenvolver um estudo direccionado para as estratégias de cuidados de enfermagem especializados no luto em situação de IMG ou Morte Fetal, dotado de rigor científico e baseado na metodologia de Revisão Sistemática da Literatura;
- Apresentar as competências adquiridas, com vista à obtenção do Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Sentindo necessidade de referência num modelo conceptual da prática de enfermagem, seleccionei o Modelo de Sistemas de Betty Neuman. A aplicação de um modelo teórico, num estudo, serve de guia para aprofundar os conhecimentos e orientar a prática da enfermagem, pois “os modelos conceptuais podem servir de quadro de referência num estudo” (FORTIN, 1999, p.91).

Este relatório está estruturado em cinco partes: na primeira irei reflectir sobre os objectivos e actividades do ensino clínico, transversais a todos os formandos desta especialidade, na segunda parte caracterizarei o objecto de estudo e farei um breve enquadramento teórico, definindo também a teoria de enfermagem de referência. Na terceira parte abordarei a metodologia de trabalho utilizada e seguidamente, na quarta parte, reflectirei sobre as actividades e competências desenvolvidas à luz dos resultados da pesquisa e à evidência científica associada. Por fim, na conclusão, realizarei uma análise crítica dos aspectos mais relevantes deste percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

1- CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO

Este capítulo é destinado à reflexão sobre a prática clínica e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstetrícia, pois as competências surgem quando os sujeitos aplicam eficazmente e em situações concretas o que aprenderam em contexto formativo (LE BOTERF, 1994).

Esta reflexão e análise das actividades planeadas e desenvolvidas é realizada identificando os aspectos positivos e negativos durante este processo de aprendizagem.

1.1 - Finalidade e objectivos

O ensino clínico tem como finalidade desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que permitam prestar cuidados especializados em Saúde Materna e Reprodutiva, a todos os níveis de prevenção, e a demonstrar comportamentos e capacidades adequadas a um desenvolvimento pessoal e profissional como futura EESMO.

Durante a Unidade Curricular Estágio com Relatório tive sempre presentes os objectivos deste ensino clínico, procurando desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais que me permitissem prestar cuidados de excelência à mulher/RN/família, como preconizado no Plano de Estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Como refere Longarito (2002, p. 28) os períodos de ensino clínico constituem um “espaço e um tempo de excelência para o desenvolvimento de competências cognitivas, instrumentais, de relação interpessoal e crítico-reflexivas”, tendo sempre como base um projecto com objectivos e actividades delineadas.

Tendo em conta que os objectivos a definir, para este ensino clínico, se baseiam nas competências definidas no “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica”, da Ordem dos Enfermeiros, e nas competências descritas pela *International Confederation of Midwives*, foram definidos os seguintes objectivos:

- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, durante o período pré-natal, promotores do bem-estar materno-fetal;
- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente e acompanhante, durante o trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada;
- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN na adaptação/optimização à vida extra-uterina.

Os objectivos referidos, bem como as actividades delineadas, foram descritas no Projecto Individual apresentado no início desta unidade curricular, com interligação à Unidade Curricular Seminário de Investigação II (Apêndice I).

1.2 - Análise Crítica das Competências Desenvolvidas

O ensino clínico foi realizado no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica do Hospital de São Francisco Xavier, inserido no Centro Hospitalar de Lisboa Oriental (Anexo IV – Avaliação do Estágio com Relatório).

Os Cuidados de Saúde na área da Saúde Materna e Obstetrícia não fizeram, até à data, parte integrante do meu percurso profissional, levando a que existisse uma grande curiosidade e motivação para aprofundar conhecimentos e desenvolver competências nesta área menos conhecida para mim. Por outro lado, dado ter um longo percurso em urgência e emergência, estava ansiosa por desenvolver competências nesta área específica da saúde materna e obstetrícia, o culminar deste percurso académico.

A integração e adaptação à unidade decorreram sem intercorrências e de forma muito agradável, dada a disponibilidade e simpatia da equipa multidisciplinar onde fiquei inserida, com especial relevância para a minha orientadora que estabeleceu comigo uma relação empática, de apoio e de transmissão de saberes, estando sempre presente nos momentos necessários.

Desde o início do ensino clínico verifiquei que o EESMO tem de ser polivalente e dar resposta a várias solicitações, por vezes em simultâneo. Pode ser necessária a sua

prestação de cuidados na urgência, no bloco operatório, no recobro ou nas salas de parto, e por vezes, em situações complexas, é necessário mais do que um EESMO para responder às situações.

O desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais para o cuidado especializado à mulher, **durante o período pré-natal**, visando a promoção do bem-estar materno-fetal foi um dos grandes objectivos deste ensino clínico, tendo tido oportunidade de prestar cuidados especializados a grávidas com patologia, internadas para vigilância na sala de partos.

As patologias mais frequentes foram a Ameaça de Parto Pré-Termo, Pré-Eclâmpsia, Diabetes Gestacional, Hipertensão Arterial (crónica e induzida pela gravidez) e Síndrome de HELLP.

A necessidade contínua de revisão de literatura e de aprofundamento de conhecimentos foi a tónica durante todo o ensino clínico, associada aos saberes da prática e esclarecimentos por parte da enfermeira orientadora, seguindo a premissa da Competência 1 da ICM no que diz respeito aos comportamentos profissionais em que refere que “actualiza os seus conhecimentos de forma a manter a sua prática actualizada” (ICM, 2002, p.7).

Nestas situações, além dos cuidados técnico-científicos, é primordial a educação para a saúde, também referida como competência essencial do EESMO pela ICM (2002, p.8) quando refere “usar técnicas de aconselhamento e educação para a saúde de forma apropriada”.

A Educação para a Saúde “deve capacitar as pessoas, fazer nascer consciência crítica, tornar as pessoas conscientes de factores (...) que possam prejudicar a saúde” (CARVALHO, 2006, p.25) e tem um papel ainda mais importante, já que as alterações no papel social e familiar vão implicar necessidades e responsabilidades acrescidas, sendo vital reforçar as competências da família, sempre com a finalidade de um desenvolvimento fetal saudável.

Procurei aproveitar todas as oportunidades para informar, instruir e capacitar a grávida e acompanhante, de forma a promover o desenvolvimento de competências na transição para a parentalidade, pois a autonomia e responsabilização parental serão os pilares de uma parentalidade responsável e gratificante.

Procurei informar sobre sinais e sintomas de risco, medidas a adoptar para minimizar as queixas e a sintomatologia e sobre estratégias para minorar o impacto da patologia sobre a gestação, sempre adequadas à idade gestacional e necessidades identificadas

em cada situação, como é descrito nos critérios de avaliação da Competência 2 da OE (2010a, p. 4) “informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco” e “informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos”.

Desenvolvi e aperfeiçoei capacidades e competências técnico-científicas no cuidado especializado à mulher e acompanhante, nomeadamente na avaliação do “bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados” (OE, 2010a, p. 4), através da interpretação do traçado cardiotocográfico, da detecção precoce de sinais de alerta e referência à equipa multidisciplinar das situações para além da minha área de actuação, cooperando “com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez” (OE, 2010a, p. 4). Em todos os cuidados especializados que prestei procurei obter o consentimento informado, de forma a fomentar a decisão esclarecida, promover a privacidade da grávida e acompanhante, bem como prestar apoio psicológico sempre que necessário.

Para desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente e acompanhante, **durante o trabalho de parto**, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada, foram realizadas inúmeras actividades, algumas descritas seguidamente, tendo sempre presente a promoção de um ambiente seguro no sentido de otimizar a saúde da parturiente e feto/recém-nascido (OE, 2010a).

A dificuldade na avaliação e interpretação da cervicometria, da bacia materna e da estática fetal, para dar resposta ao critério de avaliação da Competência 3 da OE (2010a, p.5) que refere que o EESMO “avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto”, foram desafios que foram sendo ultrapassados com o desenvolvimento da experiência prática, associada à sabedoria da enfermeira orientadora e dos conhecimentos teóricos.

Também para a consecução deste objectivo foi primordial a Educação para a Saúde, esclarecendo dúvidas e fornecendo informação pertinente e adequada às necessidades de cada parturiente e acompanhante.

A auscultação de expectativas e desejos, a promoção do envolvimento do acompanhante e também o suporte emocional foram essenciais em todas as fases do trabalho de parto (OE, 2010a), permitindo uma parceria harmoniosa no processo de cuidados.

O acompanhamento da parturiente durante todo o trabalho de parto foi um desafio muito gratificante, permitindo o desenvolvimento de competências relacionais com a mulher e acompanhante, aperfeiçoando a utilização das técnicas de comunicação para o estabelecimento de uma relação terapêutica.

O desenvolvimento e aquisição de novas competências técnico-científicas no cuidado especializado durante os quatro estádios do trabalho de parto foram trabalhados durante todo o ensino clínico, permitindo uma autonomia crescente em todas as actividades desenvolvidas, embora sempre com a supervisão e apoio da enfermeira orientadora, suporte basilar no aperfeiçoar das competências.

A aplicação de “técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica” (OE, 2010a, p.5) foi a actividade mais esperada e desejada durante o ensino clínico pois é a fase mais emotiva do trabalho de parto. Senti-me radiante por ter partilhado este momento com tantas mulheres e acompanhantes, promovendo, sempre que possível, a vinculação precoce, o corte do cordão umbilical pelo acompanhante e o contacto pele-a-pele logo após o parto. Realizei 43 partos eutócicos de forma autónoma, sob a supervisão da EESMO orientadora e assisti e apoiei mais de 30 partos que por diversas razões foram distócicos (incompatibilidade feto-pélvica, sinais de sofrimento fetal, variedade fetal pouco favorável, entre outros), tendo nestes casos sido maioritariamente utilizada a ventosa.

A relação estabelecida com algumas parturientes foi extraordinária e houve momentos em que senti que os meus cuidados fizeram a diferença naquele momento tão significativo na vida daquelas mulheres e acompanhantes (Apêndice II - Diário de Enfermagem I).

A aplicação de técnicas de reparação do canal de parto, quer por ter sido necessária a realização de episiotomia quer por ter ocorrido alguma laceração, foi um desafio que ultrapassei, não tendo sentido dificuldade em realizar suturas sem grande complexidade. Houve algumas situações em que não me foi possível completar a reparação do canal de parto, devido à complexidade dos danos ou pela fragilidade dos tecidos, tendo referenciado a situação, seguindo o que está preconizado pela OE (2010a, p.5) quando refere que o EESMO “avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação”.

Houve uma situação muito triste e difícil, vivenciada por toda a equipa de saúde, com um final incompreensível e difícil de aceitar – a morte de uma grávida (Apêndice III –

Diário de Enfermagem III). Foi um episódio que deixou um vazio no coração e uma sensação de impotência que não esquecerei. Este episódio marcante para toda a equipa multidisciplinar potenciou um crescimento pessoal e profissional, pois promoveu a pesquisa e reflexão sobre a prática clínica e também potenciou o fortalecimento emocional para lidar com situações futuras, pois como refere Kolb, citado por Abreu (2007, p. 100) “a aprendizagem é o processo no decurso do qual o conhecimento é criado através da transformação da experiência”.

No quarto estágio do trabalho de parto a promoção da vinculação e do aleitamento materno foram a principal tônica para a promoção e potenciação de competências parentais. Também procurei sempre transmitir informações sobre sinais e sintomas de risco no puerpério e a avaliação e verificação da formação do globo de segurança de Pinard de forma a promover a auto-vigilância, bem como instruir sobre exercícios de Kegel numa perspectiva de educação para a saúde, como descrito pela OE (2010a, p.6) quando refere que o EESMO “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto”.

Visitei algumas puérperas no serviço de internamento, no dia a seguir ao parto, de forma a avaliar os cuidados por mim prestados e reforçar a Educação para a Saúde realizada na Sala de Partos, procedendo também à observação do períneo, numa perspectiva de avaliação da qualidade das técnicas de reparação, verificando, com satisfação, a boa evolução cicatricial e qualidade das episiorrafias e sutura de lacerações por mim realizadas. Estas visitas foram muito gratificantes pois validei alguns cuidados ao recém-nascido e à puérpera, informando, orientando e apoiando a mãe no auto-cuidado e a cuidar do seu filho (OE, 2010a) e também obtive alguns reforços positivos por parte das puérperas acerca dos cuidados por mim prestados.

O desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao **RN na optimização da adaptação à vida extra-uterina** foi um objectivo distinto mas sempre interligado aos dois anteriores, visto não se dever, nem poder, dissociar a díade/tríade.

Para a realização deste objectivo foram delineadas e realizadas diversas actividades. Sempre que havia oportunidade e não realizava o parto procurei ser a enfermeira responsável pelos primeiros cuidados ao recém-nascido.

Verifiquei a funcionalidade de todos os equipamentos antes do nascimento, preparando a unidade, registei a hora do nascimento e avaliei o Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minutos de vida, assegurando “a avaliação imediata do recém-nascido implementando

medidas de suporte à vida extra-uterina” (OE, 2010a, p. 5). Também estimulei a vinculação precoce e o contacto pele-a-pele (se possível e de acordo com validação prévia com a mãe), e prestei os primeiros cuidados ao RN, informando sempre a mãe e acompanhante sobre todos os procedimentos.

Promovi o aleitamento materno e instruí sobre sinais de boa pega, bem como sobre a importância da vinculação precoce e do contacto pele-a-pele no primeiro mês de vida, numa perspectiva de educação para a saúde.

No âmbito deste objectivo também realizei uma semana de ensino clínico na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, sendo uma semana de observação participante, com o intuito de interiorizar os cuidados específicos realizados neste serviço bem como a interacção pais-equipa de saúde e vinculação pais-filho. Foi uma semana muito gratificante mas com alguma desilusão na observação de uma díade/tríade – senti alguma frustração por identificar alguma resistência dos pais no estabelecimento da vinculação – mas esta mesma frustração proporcionou um estímulo para aprofundar conhecimentos sobre esta área específica dos cuidados neonatais (Apêndice IV – Diário de Aprendizagem II).

Todas as actividades desenvolvidas durante o Ensino Clínico foram baseadas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica e no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nunca esquecendo os princípios éticos e deontológicos da Enfermagem.

2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo é destinado à reflexão sobre a motivação para a escolha da temática e a uma breve abordagem teórica sobre as palavras-chave, baseada nos autores consultados ao longo deste percurso.

Também é realizada uma breve revisão do Modelo de Sistemas de Betty Neuman, seleccionado como referencial teórico dos cuidados de enfermagem especializados.

2.1 - Objecto de estudo

O culminar deste percurso académico deixa alguma vontade de ir mais longe... de saber mais e aprofundar os conhecimentos.

Durante o meu percurso profissional, num serviço de urgência geral, deparei-me, mais vezes do que desejava, com a morte e com a antecipação de uma morte anunciada, nomeadamente nas situações de morte cerebral. Em algumas dessas situações fui confrontada e tive de apoiar a família em luto... inicialmente tive dificuldade em lidar com esta necessidade e evitava as situações de confronto sempre que tinha oportunidade. Com a passagem do tempo fui crescendo pessoal e profissionalmente e senti que poderia ter um papel muito importante no apoio e conforto destas famílias em sofrimento, de acordo com Benner (2001, p. 35) quando refere que “as enfermeiras adquirem com o contacto com os familiares e os doentes todo um leque de respostas, de significados e de comportamentos destinados a fazer frente às situações mais extremas”.

Durante aquele período profissional procurei aprofundar conhecimentos e estratégias para confortar no luto e para facilitar a aceitação da morte do ente querido... Pouco a pouco aprendi a encarar a morte de outra forma e a ajudar os familiares no seu processo de luto.

Como referem Lowdermilk e Perry (2008, p.981) “tornar-se pai ou mãe é um marco muito importante do desenvolvimento que é antecipado pela maioria dos homens e mulheres da nossa sociedade; mas associada à gravidez e ao nascimento pode estar a perda”.

Durante este percurso académico, muito vocacionado para a vida e para a felicidade, também fui confrontada com a necessidade de prestar cuidados à mulher, ou casal, confrontados com uma morte fetal ou em processo de interrupção da gravidez, após serem confrontados com um diagnóstico pré-natal de malformação fetal que inviabiliza a vida ou a qualidade de vida do seu filho por nascer.

O EESMO está mais vocacionado para cuidar a mulher, ou casal, com gravidez bem sucedida e não para lidar com situações de perda e morte. Como refere Lazure (1994, p.7) “todas as situações de cuidados implicam ajudar a viver”. Quando nos deparamos com situações de perda, morte, luto e sofrimento vivenciamos-las com penosidade, pois é-nos inculido o cuidar para a saúde e vida e não para a morte. Também Collière (1999, p.27) afirma que “desde que existe vida que existem cuidados porque é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer”.

Ao reflectir sobre a prática dos enfermeiros envolvidos nestes processos de perda, sinto que, no processo de cuidar, temos de lidar com o sofrimento e luto da mulher, ou casal, tendo em conta as nossas vivências, cultura e valores. Sendo o enfermeiro “gente que cuida de gente”, temos também de lidar com as nossas próprias emoções e sentimentos. Como refere Graça (2005, p. 634) “lidar com este assunto levanta ainda dificuldades em certos centros, fruto de convicções e sentimentos intensos e contraditórios de alguns agentes de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros”.

Como EESMO, cuidando de forma individual, personalizada e holística, temos de estar despertos para os pormenores que podem ajudar a ultrapassar de forma menos penosa estas vivências... “a atenção a essas «pequenas coisas» revela a preocupação do profissional com o outro, na sua existência (...) a valorização (...) de todas essas «pequenas coisas» constituem os cuidados de enfermagem” (HESBEEN, 1997, p.47).

Após reflexão e alguma pesquisa bibliográfica senti necessidade de estudar mais profundamente esta área da maternidade e coloquei inicialmente a seguinte questão:

Que estratégias utilizam os enfermeiros para gerir os seus sentimentos ao prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher em processo de Interrupção Médica de Gravidez?

Uma dificuldade identificada para este estudo foi a escassez de bibliografia sobre a questão da Interrupção Médica da Gravidez e cuidados de enfermagem. Existem

muitos estudos e bibliografia relacionada com a Interrupção Voluntária da Gravidez, mas há uma lacuna quando o motivo é clínico.

Esta dificuldade fez-me repensar os meus objectivos para este estudo. O que eu pretendo aprofundar são as estratégias para o cuidar especializado às mulheres em luto. E que tipo de luto? O luto na maternidade já idealizada mas não concretizada... o luto pela morte do feto... seja uma morte por interrupção da gestação, devido a malformações fetais, quer a morte *in utero*, sem intervenção clínica prévia. Embora existam diferenças no processo que levou à morte do feto, existe um processo de luto semelhante.

Assim sendo, após reflexão, pesquisa bibliográfica e consulta a peritos na área, resolvi alterar a questão para:

Que estratégias utilizam os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia perante a mulher em processo de Interrupção Médica da Gravidez ou Morte Fetal, para facilitar o processo de luto?

Para a pesquisa e realização deste estudo defini alguns descritores: Interrupção Médica da Gravidez; Morte Fetal; Luto; Estratégias de cuidados e Cuidar em Enfermagem.

Com a elaboração deste estudo pretendo conhecer melhor as estratégias para o cuidar especializado das mulheres em luto por perda fetal, de forma a facilitar o seu processo de luto, visando a melhoria da qualidade dos cuidados à mulher, ou casal, com o objectivo de minorar o sofrimento destes e contribuir para dar maior visibilidade à Enfermagem especializada em Saúde Materna e Obstetrícia.

Enquanto EESMO temos uma responsabilidade acrescida de melhorar os procedimentos, de forma a proporcionar cuidados especializados e de excelência, utilizando a revisão da literatura com o intuito de dar um maior contributo à prática, baseando-nos na reflexão e evidência científica.

É competência do EESMO promover a saúde da mulher, diagnosticar precocemente, prevenir complicações e providenciar cuidados à mulher, facilitando a sua adaptação durante o período pré-natal e em situação de abortamento, bem como todos os cuidados inerentes ao trabalho de parto e puerpério, em particular nas situações de Morte Fetal (OE, 2010a).

Para tal, no cuidado à mulher em IMG, devemos: promover a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade; conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez; identificar e monitorizar trabalho de abortamento; conceber, planear, implementar e avaliar intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto; identificar complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação; conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à mulher com complicações pós-aborto; conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento; cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto (OE, 2010a).

Na mesma linha de pensamento deveremos conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal (OE, 2010a), não descurando todos os cuidados relacionados com o trabalho de parto e puerpério.

Ao trabalhar esta temática pretendo adquirir conhecimentos, competências e estratégias para poder ajudar estas mulheres ou casais a lidar melhor com esta experiência menos positiva da maternidade.

2.2 - Interrupção Médica da Gravidez

O lidar com as malformações, a morte, a perda e o luto, em contexto de gravidez, raramente é equacionado, pois a vigilância tecnológica disponível actualmente dá maior informação e segurança aos pais sobre a saúde do seu filho.

No entanto, a mesma vigilância tecnológica pode levar ao diagnóstico das malformações *in utero*, possibilitando a opção por uma interrupção da gravidez.

“As interrupções da gravidez, justificadas pelo estado de saúde da mãe devem ser consideradas terapêuticas, uma vez que se destinam a melhorar (mais exactamente, a evitar que se agrave) a saúde da mãe, posta em perigo pela gravidez (...). A interrupção da gravidez, decidida em virtude de existir uma malformação ou uma doença grave do feto, por sua vez passa a ser designada por interrupção médica da

gravidez ou IMG” (MILLIEZ, 2002, p.20). No entanto, dado o desenvolvimentos dos cuidados de saúde, são cada vez mais raras as situações de indicação materna para interrupção da gestação.

Por outro lado, em situações de patologia fetal grave, o desfecho da gravidez pode não ser o desejado. Nestes casos deparamo-nos com momentos de grande sofrimento e com a necessidade de tomar decisões difíceis – interromper ou não a gestação.

A Interrupção Médica da Gravidez está associada ao desenvolvimento do diagnóstico pré-natal e ao aperfeiçoamento de técnicas que permitem uma avaliação mais precoce do bem-estar materno-fetal. Um diagnóstico de malformação fetal incompatível com a vida, ou com a dignidade da mesma, pode levar à necessidade de tomada de decisão de interromper ou prosseguir com uma gravidez com um provável ou mesmo inevitável desfecho negativo.

A IMG, não punível em termos legais, está legislada no artigo 142º do código Penal, com a redacção que lhe foi introduzida pelo Decreto-Lei nº 48/95, de 15 de Março, e pela lei nº 90/97, de 30 de Julho que refere que:

“Não é punível a interrupção da gravidez efectuada por médico, ou sob a sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando:

(...) c) houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo”.

Quando a mulher, ou o casal, optam por interromper a gravidez submetem-se a procedimentos associados a grande sofrimento psicológico (como o requerimento para IMG e a decisão de feticídio) sempre associado ao sofrimento físico...

A decisão de realizar uma IMG é uma das mais tristes e pungentes relacionadas com a perda de um filho (DENT e STEWART, 1994) e um dilema que os pais têm dificuldade em ultrapassar. A gravidez é geralmente desejada e o diagnóstico de malformação normalmente ocorre no segundo trimestre de gravidez, altura em que a vinculação já está mais forte, com a percepção dos movimentos fetais, escolha de nome e realização de planos.

Dependendo do tempo de gestação, a interrupção da gravidez, poderá ser realizada através de método cirúrgico ou médico. O método médico de IMG “consiste em provocar a expulsão do feto para fora do útero, dando assim origem a um aborto (...),

ou um parto prematuro (...) através da adopção de medidas farmacológicas que estimulam as contracções do útero e induzem o apagamento do colo uterino” (PINTO, 2005, p.57), podendo não haver morte fetal até à expulsão. Poderá ser realizado feticídio selectivo, provocando a morte *in utero*, mas esta intervenção apenas é realizada em poucas maternidades do nosso país.

Em situações de gestações mais precoces, ou em caso de expulsão incompleta, poderá haver necessidade de utilizar o método cirúrgico, em que a técnica mais frequente é a “evacuação do conteúdo uterino, por aspiração ou por curetagem (...), após prévia dilatação do colo” (GRAÇA, 2005, p.634).

2.3 - Morte Fetal

A morte é uma etapa da nossa vida, como são todas as outras: nascimento, crescimento e envelhecimento. É o último acto da nossa vida e é tão importante e valioso como a vida que vivemos, apesar de hoje em dia a encararmos como um acontecimento medonho, um fracasso de que evitamos falar e tentamos esquecer. Mas é um fracasso ainda maior quando a morte engana a vida e surge antes do nascimento...

Na Idade Média a mortalidade infantil era elevada e era esperada a morte perinatal pelos pais. Actualmente estamos menos aptos ao luto perinatal, dada a menor frequência desta situação (DENT e STEWART, 1994).

A palavra que define nado-morto em inglês é *stillbirth*, palavra que traduzida textualmente quer dizer nascimento silencioso. Esta tradução textual deixa transparecer o silêncio, tristeza, quietude e vazio que envolvem o nascimento de um bebé morto. O nascimento de um bebé silencioso, quieto e morto é uma cruel contradição ao que é esperado num nascimento – a vida, vigor e alegria.

A morte fetal pode ocorrer intra-parto ou ser diagnosticada previamente como intra-uterina, mas em ambos casos a dor da perda é devastadora (DENT e STEWART, 1994).

Nesta situação são combinados os dois acontecimentos mais importantes do ciclo vital: o nascimento e a morte. Os pais vivenciam os dois em simultâneo, não havendo separação entre os dois acontecimentos.

Uma grávida com o diagnóstico de morte fetal intra-uterina é habitualmente submetida a uma indução do parto e passa por todas as etapas de trabalho de parto e puerpério, embora com o nascimento de um nado-morto, habitualmente no mesmo espaço físico onde nascem outros bebés (vivos) simultaneamente.

Já existe, em algumas maternidades do nosso país, o cuidado de transferir estas mulheres, após a expulsão do feto, para um serviço de ginecologia ou medicina materno-fetal, evitando assim o contacto imediato com outras mães com recém-nascidos vivos e saudáveis.

2.4 - Luto

A gravidez é, por muitas sociedades, considerado “um estado de graça”, em que a mãe cria e vai fortalecendo uma ligação afectiva com o filho por nascer.

Nos casos de morte fetal ou interrupção médica de gravidez, o sofrimento vai modificar o estado de alegria a que uma gravidez normalmente conduz, transformando a felicidade em sentimentos negativos e emoções como choque e tristeza associados ao luto.

Para Ferreira *et al*, citadas por Fatia (2008, p.52) o luto é definido como “um processo que envolve sofrimento somático, preocupação com a imagem do objecto perdido, sentimentos de culpa e preocupação com pequenas omissões e negligências, hostilidade ao meio circundante e alterações profundas nos padrões normais de procedimento”. Segundo as mesmas autoras, este período de dor e de sofrimento é normal quando uma pessoa perde o objecto amado, e a sua ausência deverá ser identificada como um sinal de alarme.

“Luto não significa esquecimento, ou insensibilidade à dor; significa reconciliação, inserção desse sofrimento na cadeia natural dos sentimentos de dor e de alegria vividos por cada ser humano” (MILLIEZ, 2002, p. 79).

Segundo Rolim e Canavarro (2001), para além da tristeza, também devemos ter em conta a revolta e o impacto na perda - ao não existir perda física subsiste a perda psicológica do bebé imaginado. Os pais enlutados têm de lidar com a perda do filho amado, da auto-estima (por sentirem que falharam no seu papel parental), do estatuto de pais e do futuro antecipado e imaginado no filho por nascer (CABRAL *in* LEAL, 2005).

Rolim e Canavarro (2001) abordam as seguintes fases do luto, que foram estudadas e defendidas por Weiner (1984):

- *Fase de choque e negação* – surge logo a seguir à perda e dura em média catorze dias – neste período o indivíduo não acredita no que lhe está a acontecer, sente-se perdido, só e apático. A nível fisiológico há diminuição do apetite, náuseas, mal-estar geral e insónias. Podem surgir comportamentos hostis por vezes dirigidos aos profissionais de saúde, ou ao próprio por sensação de falha em evitar a perda;
- *Fase de desespero e expressão de dor* – ocorre a partir da segunda semana e pode durar de seis a oito meses. O indivíduo começa a consciencializar-se da sua perda. A depressão evidencia-se com alterações significativas dos padrões normais de comportamento e há desinteresse pelas actividades de vida diária. Podem ocorrer sonhos e fantasias com a perda, duvidando da perda e coincidindo com sentimentos de culpa e raiva;
- *Fase de resolução e reorganização* – esta fase pode durar semanas ou meses. A motivação pela vida, emprego e nas relações interpessoais renova-se gradualmente. Há um reordenamento nos padrões de sono/repouso e alimentação. Começa-se a delinear o futuro e a perda passa a ser aceite. A tristeza e o vazio desvanecem-se lentamente assim como as recordações dolorosas do que foi perdido.

Face à perda da gravidez a mulher ou casal passam por um processo íntimo de sofrimento, expresso de uma forma própria, eventualmente díspar e relacionado com algumas condicionantes do processo de luto.

Como refere Cabral (LEAL, 2005, p. 66) citando Almeida (1998):

“se por um lado se deve ter em atenção o equilíbrio entre as exigências situacionais (perdas de suporte ao nível instrumental, de validação e emocional) e os recursos de *coping* intrapessoais (características da personalidade, qualificações, capacidades) e interpessoais (recursos externos pessoais e suporte social), por outro não se pode, de modo algum, ignorar os antecedentes à perda, reconhecidos como determinantes do luto: os stressores vivenciais anteriores ao luto; a qualidade do relacionamento com o morto e o tipo de morte”.

Morse (2001) salienta que existe pouca investigação sobre o sofrimento numa perspectiva comportamental e experimental, em que se observe o sofredor e as respostas emocionais com os seus comportamentos, ao longo do processo. Enquanto

não houver essa investigação será difícil compreender plenamente as pistas emocionais e a consequente adequação assistencial a quem sofre.

O processo de luto normal dura um a dois anos, havendo autores que consideram que os sintomas deverão estar atenuados após cerca de 9 meses, estando concluído quando a pessoa volta a investir no futuro e a ter prazer na vida (CABRAL *in* LEAL, 2005).

O luto relacionado com a perda durante a gravidez continua a ser muitas vezes não reconhecido socialmente, não existindo estruturas ou rituais sociais para apoiar estas perdas. São muitas vezes encaradas como não-mortes ou não-acontecimentos, dificultando à família enlutada a vivência da sua perda perante a sociedade.

As situações como a IMG, em que são necessárias determinadas tomadas de decisão exigem uma atenção especial ao luto, pois os sentimentos de culpa e as incertezas acerca da decisão podem funcionar como bloqueio ao desenrolar normal deste processo (CABRAL *in* LEAL, 2005).

2.5 - Estratégias de Cuidados

Como refere Ribeiro (2000, p.14) “a prática dos cuidados não pode ser confiada ao acaso, mas na reflexão, a fim de se poder desenvolver um domínio de conhecimentos próprios”.

É primordial que os profissionais de saúde estejam aptos a cuidar do cliente em luto, sendo pertinente a formação na perda e luto, de forma a conhecer estratégias e desenvolver mecanismos de *coping* para cuidar nestas situações penosas e difíceis da sua vida.

Os enfermeiros que cuidam destas mulheres e famílias também vivenciam a situação, podendo sentir algumas dificuldades em lidar com este processo de perda, pois é uma área triste de uma especialidade normalmente associada à alegria.

Segundo Oliveira (1995, p.81), “o profissional de saúde tenta «fugir» desta situação porque: a quer ignorar; pensa que o doente prefere ficar só; não tem tempo; sente que nada mais pode fazer (...); não se sente capaz de dialogar ou acha que isso não lhe compete; ou por qualquer outra razão”.

Mais do que da morte propriamente dita, a maior parte das pessoas tem medo das suas próprias emoções, deixando os enfermeiros numa posição ainda mais difícil.

Poderemos sentir-nos inquietos com a ideia de não saber encarar as emoções do cliente, de ficar “desarmados” face ao sofrimento e terror. Temos medo de não saber gerir as nossas próprias emoções.

O profissional que cuida nestas situações tem de aprender a lidar com as suas próprias emoções, além de dever estar mais desperto para reconhecer as situações em que há risco aumentado de luto complicado ou patológico (PINTO, 2005).

O EESMO que cuida o cliente em processo de IMG ou Morte Fetal deve conhecer as fases do luto de forma a poder identificar um luto patológico e também a proporcionar informação à cliente ou ao sistema conjugal sobre as etapas do luto e estratégias para o vivenciarem de forma saudável.

O “enfermeiro deve mostrar ao doente que existem soluções possíveis e que (...) acredita no potencial que ele tem para atravessar a crise” (BERGER e MAILLOUX-POIRIER, 1995, p.532). Através da sua atitude o enfermeiro ajuda a resolver a crise, isto é, a aceitar a morte e continuar a evoluir. As mesmas autoras (1995, p.533) referem que “o enfermeiro deve ajudar (...) a atravessar as diferentes etapas do luto, seleccionando intervenções adequadas a cada etapa”, cuidando assim esta família em processo de perda.

A escuta activa e a empatia são primordiais nestas situações, proporcionando momentos de partilha e desabafo à mulher e acompanhante.

Ao estar com a pessoa deve-se *estar presente* e ser-se capaz de distinguir a escuta do ouvir. Escutar é mais do que uma simples constatação: é também o facto de se deixar impregnar pelo conjunto das suas percepções internas e externas (LAZURE, 1994). Escutar tem de ser um processo activo e voluntário, que exige disponibilidade. A escuta é uma capacidade e um instrumento que deve ser desenvolvido, pois trata-se de uma via de acesso à compreensão do cliente.

Por outro lado, a empatia “é o processo pelo qual uma pessoa é capaz, de um modo imaginário, de se colocar no papel e na situação de uma outra pessoa a fim de perceber os sentimentos, pontos de vista, atitudes e tendências próprias do outro, numa dada situação” (CHALIFOUR, 1993, p.148).

Para Cibanal (1991) a empatia é a capacidade de se pôr no lugar do outro e de ver o mundo como ele vê. A empatia permite ao enfermeiro compreender o que vive o cliente, mostrar-lhe que ele é importante e que se interessa por ele.

Também se poderá utilizar o toque - uma forma de linguagem corporal, um estímulo táctil, realizado com o propósito de contacto pessoal com outra pessoa no sentido de

estabelecer e/ou fortalecer uma relação. O toque tem um grande poder terapêutico e raramente alguém lhe fica indiferente. Segundo Bolander (1998, p.534)

“a enfermagem é uma profissão em que as mãos são muito usadas e na nossa prática diária tocamos frequentemente e intimamente nas pessoas. O toque possui diferentes significados para diferentes pessoas. E através do contacto físico, nas suas múltiplas formas, transmitem-se sentimentos e desencadeiam-se reacções positivas ou negativas”.

Por vezes o simples segurar da mão ou um pequeno toque de conforto transmitem mais empatia e cuidado que todas as palavras do mundo.

2.6 - Cuidar em Enfermagem

A verdadeira essência da Enfermagem é o Cuidar... Para Collière (1999, p.236)

“cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente, tem necessidades de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”.

Para cuidar, o enfermeiro necessita de ter características específicas, “um saber técnico” que se complementa na sua essência com “competências fundamentais tais como: relacionais, suporte e apoio, substituição, ajuda” (RIBEIRO, 2000, p.14).

Roach citado por Festas (1999, p.63) salienta que:

“a capacidade de cuidar não é igual em todos os indivíduos, não sendo por isso uma característica uniforme (...) a experiência de ter sido e conseqüentemente de poder expressar cuidado, influencia a habilidade de cuidar (...) a capacidade de cuidar pode ser desenvolvida, despertada ou inibida, através da experiência educacional e principalmente pela presença de modelos de cuidado”

o que é reforçado por Benner e Wrubel, citados pela mesma autora (1999, p.63), quando referem que “a habilidade da pessoa para cuidar é aumentada através das aprendizagens”.

Na perspectiva do Cuidar como um afecto, a empatia e envolvimento emocional, revelam por parte do enfermeiro interesse e preocupação, bem como vigilância, aceitação e atenção às suas necessidades e sofrimento. Sendo a empatia um processo de crescimento pessoal mútuo, a partilha de sentimentos conduz o enfermeiro, numa atitude altruísta, a colocar o outro em evidência no seu pensamento e acção.

Por outro lado, a forma como o enfermeiro se relaciona com os outros, a maior ou menor eficácia no relacionamento, dependem do poder e da habilidade na comunicação.

Como afirma Phaneuf (2005, p.17) a comunicação

“constitui a principal ferramenta terapêutica de que dispõe a enfermeira uma vez que ela lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a concepção do mundo que entrava ou ao contrário, motiva os seus esforços para se preservar da doença ou para se tomar a cargo e conformar-se com o tratamento”.

Ao escutar o cliente o enfermeiro não atende apenas às palavras que ele diz, mas também aos seus gestos e expressões, porque mesmo não utilizando a linguagem verbal comunica-se através de expressões faciais e de comportamentos. O que se diz, a forma como se diz, os gestos e as posturas subsequentes à comunicação verbal são fundamentais para inferir significado à mensagem. Até os que não desejam falar comunicam e o enfermeiro deve respeitar os silêncios, e intuir para além do que se ouve, pois “o silêncio é a ausência de palavras e não a ausência de actividade”. (SHEEHY, 2001, p.62). Assim, deve ser dada muita importância à comunicação não verbal para haver uma continuidade na comunicação, isto porque a ênfase que é dada à linguagem verbal faz muitas vezes esquecer a importância dos elementos não verbais durante uma troca de palavras.

2.7 - Modelo Teórico de Betty Neuman

Para desenvolver as competências específicas do EESMO e de forma a dar resposta à questão formulada é necessário planear actividades, tendo um quadro de referência baseado num modelo de enfermagem. O modelo teórico que irá ser referência neste estudo será o de Betty Neuman, pois este Modelo de Sistemas é

“uma abordagem de sistemas dinâmica e aberta ao cuidar do cliente originalmente desenvolvida para fornecer um ponto de interesse unificador para a definição de problemas de enfermagem e para melhor compreensão do cliente em interacção com o ambiente. Enquanto sistema, o cliente pode ser definido como pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto” (ALLYGOOD e TOMEY, 2002, p.337).

O modelo de Betty Neuman trabalha a pessoa-cliente, a saúde, o ambiente e os cuidados de enfermagem como conceitos chave.

Este Modelo de Sistemas encara a pessoa, denominada de cliente, de uma forma global e multidimensional, diferindo de alguns modelos teóricos que abordam o indivíduo como ser compartimentado. Este sistema encara todos os elementos em constante interacção, adoptando uma visão holística do cliente e estabelecendo uma relação dinâmica integrada na família, grupo ou comunidade.

Betty Neuman denomina a pessoa como *sistema-cliente* e define-o como um composto dinâmico, formado por uma estrutura básica a que chama *core* (Neuman e Fawcett, 2011). O *core* é encarado como a energia básica, contendo os factores de protecção e sobrevivência do ser humano e é composto pelas variáveis físicas, psíquicas, sociais, espirituais e de desenvolvimento que estão em permanente intercâmbio de informação, energia e matéria com o ambiente. Também o ambiente é definido em três dimensões: intra, extra e intersistema. Perante este intercâmbio permanente entre cliente e ambiente existe um mecanismo de adaptação aos estímulos – para isso o *core* encontra-se protegido por um conjunto de linhas de defesa contra os *stressores*, (fenómenos provenientes dos estímulos do ambiente).

A linha de defesa mais externa é denominada de Linha Flexível de Defesa (LFD) e tem como função impedir a invasão do sistema pelos *stressores*, através da mobilização dos recursos do próprio sistema. A Linha Normal de Defesa (LND) é uma linha estável de resposta padrão aos *stressores*, definindo a manutenção do padrão de saúde normal do cliente.

O nível mais elevado de protecção do *core* é chamado de Linha de Resistência e é definido pelos factores de protecção interna, estimulados pela reacção do sistema à invasão da LND pelos *stressores* – têm como finalidade o restabelecimento do equilíbrio do sistema, levando a uma adaptação traduzida num melhor nível de saúde.

A saúde é tida como um equilíbrio dinâmico entre o bem-estar e o mal-estar, sendo o grau de bem-estar relacionado com a quantidade de energia dispendida para recuperar e manter o equilíbrio (NEUMAN e FAWCETT, 2011).

As trocas entre o sistema-cliente e o ambiente sujeitam o primeiro a diversos *stressores*. Os *stressores* podem ser positivos ou negativos, sendo esta reacção determinada pela resposta do cliente à sua invasão das LFD e LND.

Neuman também define como meta principal dos cuidados de enfermagem o equilíbrio e estabilidade do sistema-cliente, sendo essencial a avaliação dos efeitos do *stressor*.

Neuman vê a enfermagem como uma profissão única que tem em conta as variáveis que influenciam a resposta da pessoa ao enfrentar um *stressor*. Os cuidados de

enfermagem “são perspectivados como intervenções que visam a integridade da pessoa e que se interessam por todas as variáveis que têm efeito sobre a resposta da pessoa aos agentes de *stress*, com o objectivo de lhes reduzir o efeito.” (LOPES, 2000, p. 55).

O modelo engloba três níveis de prevenção (ALLYGOOD e TOMEY, 2002, p.337):

“A prevenção primária, a qual é utilizada para proteger o organismo antes que este se depare com um *stressor* prejudicial; a prevenção secundária visa reduzir o efeito ou possível efeito dos *stressores* através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz dos sintomas da doença e a prevenção terciária visa reduzir os efeitos residuais do *stressor* depois do tratamento”.

A prevenção primária vai reforçar as LFD, através da identificação e redução dos factores de risco associados a *stressores* ambientais – a promoção da saúde e prevenção da doença. A Educação para a Saúde e a mobilização de recursos para a redução dos *stressores* e o aumento da capacidade de resistência do *core*, são acções de enfermagem prioritárias a este nível de prevenção.

Na prevenção secundária o objectivo é reforçar as LND, tentando prevenir os efeitos nocivos dos *stressores* e a protecção do *core* – é aqui que cabem os cuidados de enfermagem relacionados com a detecção precoce dos sinais e sintomas, o tratamento precoce das queixas, de forma a retomar o equilíbrio e bem-estar.

A prevenção terciária relaciona-se com os cuidados após o desequilíbrio do sistema – são os cuidados de reajustamento e de manutenção e representam a regresso e manutenção da estabilidade do sistema após o tratamento da reacção ao *stressor*, podendo levar a um bem-estar num nível superior ou inferior ao anterior.

Estas diferenças no nível de bem-estar estão relacionadas com o reforço ou dano das capacidades das linhas de defesa, através da aquisição ou perda de capacidades para lidar com as agressões ambientais.

O luto por perda de um filho é um fenómeno que leva à estimulação do sistema por múltiplos *stressores*, maioritariamente negativos. Estes estímulos vão provocar respostas adaptativas no sistema através das reacções das LFD e LND, de forma a prevenir o desequilíbrio. Segundo Pearson e Vaughan (1992) estas respostas adaptativas ocorrem a nível intra (intrínsecos ao cliente-sistema) inter (quando ocorre pela interacção com mais sistemas), ou extra-sistémicos (quando são externos ao sistema).

É essencial que o enfermeiro estabeleça uma relação de confiança com o cliente de forma a actuar aos três níveis de prevenção, com o objectivo de readquirir o equilíbrio do sistema.

A mobilização dos conceitos essenciais do Modelo de Betty Neuman será realizada na análise dos resultados, com a relação entre a prática clínica e os resultados dos estudos seleccionados na Revisão da Literatura.

3 - METODOLOGIA

Qualquer estudo implica um percurso árduo de trabalho, provocado pelas indecisões iniciais acerca do tema, levando a uma reflexão que dê resposta aos objectivos. O estudo será mais proveitoso se o tema for do interesse do autor, mas apenas terá interesse se servir para abrir portas à realização de outros estudos posteriores ou tiver uma aplicação prática.

É necessário que seja dotado de pertinência, rigor, coerência e sobretudo que assente em bases científicas, pois só através da investigação científica se consegue estabelecer “uma ponte entre a disciplina, como campo de conhecimentos e a prática profissional como campo de intervenção” (FORTIN, 1999, p.20).

3.1 - Revisão Sistemática da Literatura

A investigação científica é o mais rigoroso de todos os métodos de aquisição de conhecimentos, sendo “um processo sistemático destinado a estudar fenómenos com vista a obter resposta para questões precisas que merecem uma investigação” (FORTIN, 1999, p. 17).

Para dar resposta à questão inicial e realizar este relatório foi utilizada a metodologia da Revisão Sistemática da Literatura que, segundo Fortin (1999, p.74) é “um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação”. Também Bachion e Pereira (2006, p.492) a definem como a “revisão de estudos por meio de uma abordagem sistemática, utilizando metodologia claramente definida, buscando minimizar os erros nas conclusões”.

A revisão sistemática da literatura “responde a uma pergunta claramente formulada utilizando métodos sistemáticos e explícitos para identificar, seleccionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e recolher e analisar dados de estudos incluídos na revisão” (CLARKE, 2001)¹, transformando-se no elo de ligação entre as pesquisas e a prática clínica, ideia reforçada por Galvão, Sawada e Trevizan (2004, p. 550) quando referem que “é um recurso importante da prática baseada em evidências”.

¹ UNIDADE CURRICULAR SEMINÁRIO INVESTIGAÇÃO II (Apontamentos). Prof. ^a Irene Soares, ESEL, 2011

A Revisão Sistemática da Literatura difere de uma revisão tradicional, pois é um método rigoroso de procura e selecção de pesquisas, avaliando a sua validade e interpretando os dados resultantes. A promoção e actualização dos profissionais de saúde e a síntese de um amplo corpo de conhecimentos (GALVÃO, SAWADA e TREVIZAN, 2004, p.550) são algumas das vantagens deste método.

É um método que envolve o trabalho de pelo menos dois investigadores que avaliam a qualidade metodológica de cada artigo (SAMPAIO e MANCINI, 2007, p.79), fornecendo “uma soma das evidências relacionadas a uma estratégia específica de intervenção, mediante a aplicação sistematizada de (...) valorização, apreciação crítica e síntese das informações seleccionadas”.

A revisão da literatura que me propus realizar não é sistemática mas sistematizada, visto não ter a pretensão de esgotar a pesquisa em todas as bases de dados e ainda por ser um trabalho individual.

A revisão da literatura segue um protocolo com diversas etapas.

Na primeira etapa é definida a questão de pesquisa - “uma pergunta claramente formulada, utilizando métodos sistemáticos e explícitos para identificar, seleccionar e avaliar as pesquisas relevantes, colectar e analisar dados de estudos incluídos na revisão” (CLARK e HONTON, 2001, citados por CORDEIRO, 2007, p. 429).

A questão deve ser clara e formulada de forma a estar bem definida a população (P), as intervenções (I) e os resultados (O)², atendendo aos critérios do formato PICO, sendo opcional a introdução de um elemento comparativo (C)³, tendo sido elaborada a seguinte questão:

Que estratégias (I) utilizam os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (P) perante a mulher em processo de Interrupção Médica da Gravidez ou Morte Fetal, para facilitar o processo de luto (O)?

É também nesta etapa que se definem os descritores, os critérios de inclusão e exclusão para a selecção dos estudos, as estratégias para a realização da pesquisa, a avaliação crítica dos estudos e os recursos a mobilizar (GALVÃO, SAWADA e TREVIZAN, 2004).

Na segunda etapa é realizada a pesquisa da literatura, procurando artigos relevantes para a conclusão da revisão sistemática (GALVÃO, SAWADA e TREVIZAN, 2004, SAMPAIO e MANCINI, 2007). Como referem Galvão, Sawada e Trevizan (2004) esta

² O do inglês *Outcomes* (Resultados)

³ UNIDADE CURRICULAR SEMINÁRIO INVESTIGAÇÃO II (Apontamentos). Prof. ^a Irene Soares, ESEL, 2011

procura deve ser realizada em bases electrónicas, manuais periódicos, referências encontradas nos estudos identificados, contacto com peritos na área e incluir material publicado e por publicar.

A pesquisa para este estudo decorreu entre Março e Junho de 2011 e foram utilizadas as bases de dados electrónicas *EBSCO HOST*, *B-on* (biblioteca do conhecimento online), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Medline*, *CINAHL*, *LILACS*, bem como a consulta presencial em biblioteca.

Os descritores utilizados foram Gravidez (pregnancy), Interrupção Médica (*medical interruption*), Enfermagem (*nursing*), Cuidados de Enfermagem (*nursing care*), Estratégias, Luto (*Grief e Bereavement*) e Morte Fetal (*Stillbirth*).

Os critérios de inclusão para a selecção de artigos encontrados na pesquisa foram: disponibilidade em *full text* (texto integral); serem estudos quantitativos e qualitativos publicados, ou para publicação, bem como artigos de opinião relevantes para o estudo; realizados há menos de dez anos; publicados em português, inglês ou espanhol e que abordem a temática dos cuidados de enfermagem, da Interrupção Médica da Gravidez e da Morte Fetal. Os critérios de exclusão foram: estudos que não referissem os cuidados de enfermagem ou estivessem repetidos nas bases de dados.

A terceira etapa é a etapa de revisão e selecção dos estudos, baseada nos critérios definidos na primeira etapa. Deve ser mencionada a questão de investigação ou problema em estudo, local e ano de realização, metodologia utilizada e resultados em cada estudo seleccionado.

Na primeira pesquisa só foi abordada a temática relacionada com a Interrupção Médica da Gravidez, tendo sido efectuada uma pesquisa nas bases de dados electrónicas *B-on* e *EBSCO*, em particular na *CINAHL Plus with Full Text*, *MEDLINE with Full Text*, *British Nursing Index* e *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Academic Search Complete*, tendo obtido sessenta (60) resultados no total. Na segunda pesquisa foi abordada a temática da Morte Fetal tendo obtido quarenta e três resultados (43).

Dos cento e três (103) artigos encontrados foram excluídos os estudos repetidos e foram igualmente declinados alguns artigos após a avaliação do título, do resumo ou do texto integral, tendo sido seleccionados dez (10) artigos.

Acrescentaram-se dois artigos pesquisados nas bases de dados das bibliotecas da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e ainda uma Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, da Universidade Aberta, gentilmente cedida pela autora,

ficando com treze (13) artigos para a realização da revisão da literatura (Apêndice V – Estudos incluídos na Revisão da Literatura).

Na quarta etapa é realizada a análise dos estudos, comparando resultados e evidenciando semelhanças e diferenças. Nesta fase, se for realizada uma análise quantitativa dos resultados estamos perante uma Metanálise, definida por Green *et al* (2008) como “o uso de métodos estatísticos para sistematizar os resultados de estudos independentes (...) através da combinação de informação de estudos relevantes, pode estimar os efeitos dos cuidados de saúde (...) facilita a pesquisa da consistência da evidência desses estudos”⁴.

O contributo da revisão sistematizada para a prática da enfermagem está relacionada com o facto de esta metodologia permitir “identificar os efeitos benéficos e nocivos de diferentes intervenções da prática (...) e identificar áreas que necessitam de futuras pesquisas”, pelo que é “um recurso valioso de informação para a tomada de decisões” (GALVÃO, SAWADA e TREVIZAN, 2004, p.551). No entanto também é referido pelas mesmas autoras que apresenta desvantagens pois “consome muito tempo (...) envolve um trabalho intelectual grande” (2004, p. 555), inconveniente sentido na elaboração deste estudo.

Entrevistas a peritos

Para a realização deste estudo e para um conhecimento mais próximo da realidade prática desta questão, senti necessidade de recorrer a técnicas de colheita de dados com medidas subjectivas como a observação e a entrevista (Fortin, 1999).

Foram consultados **peritos** na área dos cuidados de enfermagem à mulher em processo de Interrupção Médica da Gravidez e Morte Fetal, tendo sido realizadas entrevistas à Enfermeira responsável pela Consulta de Diagnóstico Pré-Natal e a uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia que se encontra a elaborar uma tese de doutoramento em Bioética relacionada com a Morte Fetal.

⁴ UNIDADE CURRICULAR SEMINÁRIO INVESTIGAÇÃO II (Apontamentos). Prof. ^a Irene Soares, ESEL, 2011

Observação participante

Também senti necessidade de registar as observações e vivências de situações da experiência prática. A recolha de dados foi feita através da observação participante, com a realização de **notas de campo** (Apêndice VI – Nota de Campo) definidas por Bogdan e Biklen (2006, p.150) como “o relato escrito sobre o que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha e reflectindo sobre os dados de um estudo qualitativo.”

A **nota de campo** é composta pela dimensão descritiva e pela reflexiva, em que a descrição demonstra “a preocupação de captar uma imagem por palavras do local, pessoas, acções e conversas observadas (...) [que] representam o melhor esforço do investigador para registar objectivamente os detalhes do que ocorreu no campo” (BOGDAN e BIKLEN, 2006, p.152). A reflexão é “a parte que apreende mais o ponto de vista do observador, as suas ideias e preocupações” (BOGDAN e BIKLEN, 2006, p.152), potenciando novas ideias e conceitos.

Segundo Carmo e Ferreira (1998, p. 97) a observação participante permite “seleccionar informação pertinente, através dos órgãos sensoriais e com recurso à teoria e à metodologia científica, a fim de poder descrever, interpretar e agir sobre a realidade em questão”.

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos são apresentados e discutidos de forma a evidenciar as estratégias e cuidados de enfermagem especializados e facilitadores do processo de luto por IMG ou Morte Fetal.

Estes resultados resultam da inter-relação entre a prática clínica, as competências do EESMO e os artigos da revisão da literatura, seguindo o referido por Craig e Smyth (2004, p. 47) quando afirmam que “uma boa pesquisa da literatura pode sustentar todo o processo de resolução do problema”.

São ainda abordadas algumas limitações ao estudo, as considerações éticas e realizadas algumas sugestões para a prática, tendo sempre como finalidade dar mais visibilidade à enfermagem e maior relevo às competências do EESMO.

4.1 - Prática baseada na evidência

Este subcapítulo é dedicado à discussão dos resultados obtidos através da análise da revisão da literatura associada às actividades desenvolvidas, de modo a dar resposta ao objectivo delineado no Projecto de Aprendizagem (Apêndice I):

- Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no cuidar especializado à mulher e acompanhante em processo de Interrupção Médica da Gravidez ou Morte Fetal.

Também é um espaço privilegiado de reflexão sobre o meu percurso de aprendizagem, focando as principais estratégias utilizadas e as competências adquiridas e desenvolvidas, baseadas no Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Esta discussão e reflexão sobre a prática de enfermagem, relacionada com os resultados da revisão da literatura, vai ao encontro da premissa da prática baseada na evidência, cuja principal finalidade, segundo Sackett et al (1997) citados por Craig e Smyth (2004, p.243), é a identificação e aplicação das “intervenções mais eficazes para maximizar a qualidade e quantidade de vida de cada doente”.

Como referem Ampese, Perosa e Haas (2007, p. 71), “a gravidez é vista como sinónimo de vida que nada tem a ver com a perda concreta e finita, e quando a mesma

ocorre todas as expectativas criadas são rompidas, deixando marcas muito profundas e traumáticas nos pais e pessoas que vivenciam este momento”.

A dor da perda perinatal relacionada com a IMG ou a Morte Fetal é algo inimaginável para a maioria das pessoas e requer um suporte emocional conjugado por parte dos profissionais de saúde. Sendo o EESMO o profissional de saúde com uma relação e proximidade privilegiada dos clientes, é o elemento de eleição para a prestação destes cuidados, mais dirigidos para a vertente emocional e relacional.

Estes cuidados de enfermagem especializados prestados ao cliente e ao sistema conjugal ou familiar, aos três níveis de prevenção, proporcionam apoio e estratégias facilitadoras para uma vivência saudável do luto pela perda perinatal do seu filho, fortalecendo o *core* do sistema, promovendo o reforço da Linha Flexível de Defesa (por criação de novos recursos internos) e também da Linha de Resistência (pelo reforço dos factores de protecção interna após o estímulo dos *stressores*).

A morte perinatal é um acontecimento gerador de grande angústia e tristeza aos pais e familiares, mas também aos profissionais que acompanham estas situações (PINTO, 2005) e que terão um “papel enquanto elementos de suporte e facilitadores do processo de luto dos pais” (CABRAL *in* LEAL, 2005, p.81).

A enfermagem em saúde materna e obstetrícia está mais orientada para a vida – é a prestação de cuidados para o nascimento e não para a doença (SCHNEIDER e VAN DER SAND, 2004; AMPESE, PEROSA e HAAS, 2007).

Os EESMO na sala de partos facilitam o nascimento e não sentem como suas funções o facilitar a vinda da morte ao mundo (CABRAL *in* LEAL, 2005). Esta ideia é reforçada por Amirali e Dias (2010, p.24) quando referem que “os enfermeiros que escolheram a vertente de obstetrícia não estão acostumados a lidar com a morte e «sentem-se pouco à vontade ao prestar cuidados» (Ziegel & Cranley, 1985, p. 451)”. A afirmação anterior foi o espelho de alguns EESMO que conheci na sala de partos, que verbalizavam não gostar de prestar cuidados em situações de perda, contrariamente ao descrito no RCEEEESMOG quando refere que devemos conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento e morte fetal (OE, 2010a).

O EESMO partilha um dos momentos mais emotivos da vida de uma mãe... mas esta relação estreita com a vida também é, por vezes, uma relação com a morte, transformando-nos em pilares de referência para clientes e para os nossos pares (AMIRALI e DIAS, 2010; GOMES et al, 2003).

E também temos de vivenciar o nosso próprio processo de sofrimento e luto por esta perda que, embora não seja nossa, nos toca como seres humanos (ROEHRS et al, 2008; SCHNEIDER e VAN DER SANDS, 2004; GOMES et al, 2003).

Como é referido por Quayle, Neder e Zugaib (1995), citados por Schneider e Van der Sand (2004, p.14):

“não é suficiente ter um bom desenvolvimento técnico frente às situações de perdas gestacionais; é essencial o reconhecimento da existência de uma perda e que esta não se resume a uma perda fetal. (...) Existe um luto a ser realizado e respeitado. No profissional existe o luto por sua fantasia de impotência. No casal, o luto por uma perda de tantos significados possíveis”.

Estas situações de perda são um desafio ainda maior para o EESMO pois implicam a mobilização de todas as competências técnico-científicas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros e pela *International Confederation of Midwives*, no que se refere aos cuidados físicos durante o período pré-natal, trabalho de parto e puerpério, com risco aumentado de complicações e requerendo uma vigilância ainda mais cuidada. A este risco de complicações acrescem os cuidados psicológicos e emocionais que estes casais tanto precisam, nestes momentos dolorosos das suas vidas.

É socialmente assumido que os enfermeiros são capazes de lidar com os acontecimentos complexos e traumáticos inevitáveis da prática da profissão (HUNTINGTON, 2002).

“exige-se ao enfermeiro que seja forte, que não chore, que não se envolva emocionalmente com os acontecimentos do seu dia-a-dia. Daí que ser enfermeiro é muito mais que vestir uma bata branca e prestar cuidados mais ou menos individualizados, mais técnicos ou humanos... somos realmente gente que cuida de gente” (AMIRALI e DIAS, 2010, p.25).

Mas como cuidar na morte que enganou a vida e surgiu antes do nascimento?

Embora tenha sido esta a temática que seleccionei para o meu estudo e para aprofundar durante este período de experiência prática, apenas tive oportunidade de prestar cuidados a um casal em processo de Interrupção Médica da Gravidez.

Esta situação ocorreu na fase final do ensino clínico, após ter realizado parte da pesquisa e leitura sobre a temática, o que permitiu a aplicação de algumas estratégias facilitadoras no processo de luto. Esta ideia é reforçada pelos Padrões de Qualidade da OE (2001) onde se refere que o enfermeiro deve incorporar na sua prática os resultados da investigação e complementada por Benner (2001, p.31) quando afirma

que “os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem”.

A prestação de cuidados de enfermagem especializados naquela situação foi um grande desafio às minhas competências e capacidades técnico-científicas mas ainda um maior desafio à vertente relacional, exigindo uma gestão de sentimentos numa situação particularmente triste. Segundo Abreu (2007, p. 99), citando Benoliel, “em contexto clínico os estudantes necessitam de mobilizar não apenas competências técnicas ou as necessárias à resolução de problemas, mas também uma disciplina emocional necessária à gestão dos cuidados e à sua prestação em situações particularmente difíceis”.

Penso que a minha prestação de cuidados especializados como futura EESMO, nesta situação particularmente difícil, foi de acordo com a afirmação anterior, tendo sentido que a minha actuação foi facilitadora no processo de luto deste casal.

Procurei prestar cuidados de enfermagem especializados técnico-científicos e relacionais de qualidade, tendo presentes todas as competências já referenciadas em capítulos anteriores, nunca esquecendo que este casal em luto também é um sistema familiar grávido e em trabalho de parto com riscos acrescidos por se tratar, fisiologicamente, de uma indução de trabalho de parto prematuro.

Mas “a perda de um bebé *in utero* é semelhante à morte de um ente querido. O luto desse bebé é um período crítico na vida da mulher, vivido com grande sofrimento emocional e grandes dificuldades, implicando mudanças e reajustamentos psicológicos individuais e familiares” (Machado, 2010, p.19), pelo que tive sempre presentes os critérios de avaliação das competências emanadas pela OE (2010a, p. 4) quando referem que o EEESMOG “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento” e também “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neonatal” (2010a, p. 6). Estes dois critérios de avaliação das competências resumem todas as estratégias reveladas neste estudo... quatro simples linhas, mas com tanto significado...

O impacto físico e psicológico do parto resultante de uma Morte Fetal ou de uma IMG pode ser devastador para a cliente e para o sistema conjugal ou familiar, provocando reacções diferentes relacionadas com o *core* e com as linhas de defesa individuais de cada sistema.

As diferentes manifestações de luto são formas de exteriorização da dor pela perda e são evidência do apego existente mesmo antes do nascimento (GOMES *et al*, 2003; PINTO, 2005). Como dizem Schneider e Van der Sands (2004, p.12), citando Quayle, Neder e Zugaib (1995) “para a mulher e a sua família não foi um feto que se perdeu. Foi um filho, uma promessa, alguém que jamais será esquecido”.

Esta dor parece ser exacerbada pela permanência, em ambiente hospitalar, em proximidade de outras mães e seus filhos vivos (SCHNEIDER e VAN DER SANDS, 2004; PINTO, 2005). Em muitos locais, a mulher em processo de IMG ou em indução de trabalho de parto de feto morto permanece no Bloco de Partos, lado a lado com outras mulheres a vivenciarem a felicidade do nascimento de um recém-nascido saudável, sabendo que este não será o resultado do seu parto. Também poderá ter de realizar o período de recuperação hospitalar num serviço de puerpério, repleto de mães e recém-nascidos felizes. O testemunho de uma mãe no estudo de Ampese, Perosa e Haas (2007, p. 75) é muito claro a demonstrar esta exacerbação da dor:

“eu deveria ter ficado em outra parte, em outro setor do hospital, porque ali eu sofri muito... dava para ouvir tudo... os nenês chorando, as mães lá no CO tendo os nenês... Daí depois vinham familiares ver os nenês e ficavam olhando pra dentro do meu quarto. Até a mulher da limpeza veio pedi pra mim onde tava o nenê”,

ou pela afirmação da entrevistada no estudo de Pinto (2005, p. 170):

“não concordo com esta atitude, que todas as mães que tinham perdido os seus bebês, por interrupção ou por perda, que fossem compartilhar o mesmo espaço onde estavam outras mães com os seus bebês. Eu não podia ouvir as crianças, (...) eu queria fugir dali!”.

No hospital onde decorreu o ensino clínico, o internamento prévio ao parto e o puerpério, numa situação de perda, são realizados no Serviço de Medicina Materno Fetal mas o período expulsivo e o puerpério imediato são realizados no Bloco de Partos. Há sempre o cuidado de tentar colocar estas mães nos quartos mais distantes para que não oiçam muito os bebês que nascem mas mesmo assim o choro dos recém-nascidos é audível, provocando certamente maior tristeza.

A actuação dos profissionais de saúde e o suporte emocional nestas situações poderá ser determinante no processo de elaboração da perda, podendo proporcionar uma vivência saudável do seu luto. A situação contrária também poderá ocorrer e o distanciamento emocional e físico do enfermeiro pode agravar o trauma vivenciado pela mulher (HUNTINGTON, 2002).

Uma postura empática e a escuta activa são essenciais nestas situações, potenciando a verbalização de sentimentos e desabafos aos clientes – “fiquei em silêncio e escutei... escutei a sua dor, tristeza e frustração” (Apêndice VI – Nota de Campo), seguindo o que li no estudo de Ampese, Perosa e Haas (2007, p. 75), quando afirmam que “às vezes, permanecer em silêncio ao seu lado apenas confortando, pode ser mais significativo para eles; pois o que dizer aos pais que acabam de perder seu filho?”. Também Gomes *et al* (2003) referem que o silêncio pode ajudar a organizar as ideias. É essencial a prestação de suporte emocional e, se necessário, o recurso ao apoio psicológico especializado (SCHNEIDER e VAN DER SANDS, 2004; PINTO, 2005). No entanto, para o EESMO conseguir identificar a necessidade de apoio especializado fora da sua área de actuação, deverá ter conhecimentos científicos sobre o processo e etapas do luto (GOMES *et al*, 2003; PINTO, 2005).

Estes conhecimentos também permitirão ao EESMO desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem no luto, possibilitando ao enfermeiro “ajudar (...) a atravessar as diferentes etapas do luto, seleccionando intervenções adequadas a cada etapa” (BERGER, 1995, p.533).

A promoção da privacidade é fundamental e algumas manifestações de carinho pelo profissional não são descabidas nestes acontecimentos, demonstrando aos pais que existe partilha da dor e que não estamos indiferentes ao seu sofrimento e perda, podendo mesmo ocorrer a queda de uma lágrima – “*as the physical and emotional depths of a patient are affected, the nurses own depths are also touched*” (HALL, 1996, citado por HUNTINGTON, 2002, p. 275). Como escreve Williams (2006, p. 39) “*I have shed a few tears along the way*”. Durante a prestação de cuidados àquela mãe em sofrimento não consegui deixar de me emocionar...

O toque pode ser uma das estratégias a utilizar. Como refere Phaneuf (2005, p. 45), tocar pode mostrar que “estamos à sua escuta e que partilhamos o seu sofrimento”. Tocar pode transmitir mais o sentido do que queremos dizer do que, por vezes, as nossas palavras. Utilizei o toque como forma de transmitir tranquilidade - “coloquei-me ao seu lado e segurei-lhe a mão... procurei confortá-la pela sua perda” (Apêndice VI – Nota de Campo) – pois “o contacto físico, o toque, desempenha um papel muito importante, dado que o doente pressente o interesse do enfermeiro no seu bem-estar, e por outro lado, facilita a interacção enfermeiro/doente” (ROXO, 2008, p. 85).

O estabelecimento de uma relação de ajuda é essencial pois “a comunicação e a relação de ajuda não são somente uma escolha da enfermeira, elas constituem uma

dimensão *sine qua non* da qualidade dos cuidados” (PHANEUF, 2005, p. 13). Também uma comunicação eficaz e efectiva é primordial na interacção EESMO-cliente (PINTO, 2005) pois, como refere Phaneuf (2005, p.35) “o olhar franco e directo da enfermeira é o indício de uma comunicação honesta e autêntica. Traduz a sua consideração pela pessoa cuidada e o seu interesse em estar ali com ela”, sendo esta “uma competência que pode ser aprendida ou melhorada” (HALL e HILL, 1996, citados por PINTO, 2005, p. 62).

No entanto, é preciso não esquecer que este *interesse em estar ali* não é destituído de penosidade, pois embora estejamos no nosso papel de cuidadores, não nos conseguimos despojar no nosso *eu*, das nossas vivências pessoais (AMIRALI e DIAS, 2010), que irão sempre influenciar a nossa atitude e os nossos cuidados...

O enfermeiro que cuida nestas situações tão particulares também se pode ver envolvido num turbilhão de sentimentos (AMIRALI e DIAS, 2010; PINTO, 2005) ... tristeza, impotência e stress, muitas vezes agravado pela necessidade de prestar cuidados ao corpo do nado-morto ... ninguém fica indiferente ao cuidar de um ser tão pequeno, frágil e sem vida. O manuseamento e a prestação de cuidados ao corpo fetal implicam grande sensibilidade, limpando e vestindo o filho para o sistema familiar, apoiando a premissa de que este é um ser humano (HUNTINGTON, 2002; WILLIAMS, 2007).

Procurei seguir esta premissa quando “fui buscar o feto à mesa que estava numa zona mais distante do quarto, embrulhei-o cuidadosamente num campo cirúrgico (de forma semelhante como numa mantinha), segurei-o nos meus braços de forma envolvente e aproximei-me do casal” (Apêndice VI – Nota de Campo).

A vivência profissional da perda deverá ser reconhecida como promotora de stress (CHAN *et al*, 2009), levando à necessidade de desenvolver estratégias de suporte para a equipa de enfermagem – “*caring for nurses should be equally important as caring for patients*” (HUNTINGTON, 2002, p. 276).

A ambiguidade de sentimentos e a penosidade de lidar com a morte em obstetrícia levam muitas vezes ao refúgio nos aspectos técnicos dos cuidados, levando o enfermeiro a procurar fugir à prestação de cuidados relacionais e emocionais, tão importantes nesta etapa sombria (AMPESE, PEROSA E HAAS, 2007; AMIRALI e DIAS, 2010). Como é reforçado no testemunho de uma enfermeira no estudo de Schneider e Van der Sand (2004, p.21) “eu sei que a morte existe, mas não me conformo. Eu não tenho uma estrutura muito boa para lidar com a morte”.

Esta tentativa de fuga foi claramente identificada no testemunho de uma mãe no estudo de Ampese, Perosa e Haas (2007, p. 75) quando afirma: “a enfermeira mesma eu não vi, não tive nenhum contacto, que eu me lembre... só lembro daquelas que vinham trocar o soro”.

Como referem Schneider e Van der Sand (2004, p.12) citando Quayle (1998):

“a dor da perda geralmente rompe o equilíbrio familiar e institucional, não havendo espaço na maternidade para esses «pais sem filhos». Os profissionais, talvez por sentirem que falharam no seu trabalho, tendem a afastar-se desses casais, despreparados para lidar com a dor psíquica que, embora reconhecida, é desvalorizada”.

Esta dificuldade na prestação dos cuidados deverá ser identificada e trabalhada de forma individual e em equipa, pois a entreaajuda dos pares, o apoio e a partilha de sentimentos e vivências, bem como a discussão e reflexão sobre a morte podem potenciar o desenvolvimento de competências no luto (HUNTINGTON, 2002; WILLIAMS, 2006; ROEHRS *et al*, 2008; SCHNEIDER e VAN DER SANDS, 2004; CHAN *et al*, 2009). Como refere Williams (2007, p. 27) “*I will always remember the importance of sharing feelings at work in the right way to avoid carrying them with me when dealing with a patient*”.

Durante a situação de cuidados já referenciada houve um EESMO que verbalizou não ser capaz de prestar cuidados nestas situações, referindo que a incomodavam bastante. Conversei com esta colega, referindo-lhe alguns estudos e também a minha opinião de que é nestas situações que aqueles pais mais precisam da nossa presença e apoio, pois estão tristes e perdidos, além de ser um dos critérios de avaliação das competências do EESMOG (OE, 2010a) – ela concordou que apenas tinha olhado para essas situações na sua perspectiva e que nunca tinha pensado que a sua actuação prejudicava as mães. Senti, naquele momento, que a minha partilha de conhecimentos e ideias poderia ser um contributo importante para a mudança de comportamento daquela colega, relativamente aos cuidados no luto.

Pinto (2005, p. 158) sugere, quando se refere a necessidades para melhor cuidar, a “organização de encontros de todos os profissionais envolvidos nesta área, com o objectivo de trocar ideias, partilhar sentimentos, receber/pedir apoio para que se possa prestar bons cuidados à mulher/família”.

Um dos factores mais vezes referido pelos profissionais de enfermagem como dificultador no cuidado no luto foi a pouca preparação profissional e a falta de formação

académica específica nos cuidados de enfermagem no luto (SCHNEIDER e VAN DER SANDS, 2004; AMPESE, PEROSA e HAAS, 2007; CHAN et al, 2009; PINTO, 2005). Senti muitas vezes alguma surpresa e uma certa aversão quando mencionava aos colegas, e mesmo a alguns docentes, o tema do meu relatório...

É sugerido dar maior ênfase aos cuidados no luto, durante a formação dos EESMO, bem como um suporte estruturado durante os ensinamentos clínicos (ROEHRS et al, 2008), tal como é verbalizado num testemunho do estudo de Schneider e Van der Sand (2004, p. 23) quando afirma que “seria bastante importante que nós, profissionais da área da enfermagem, participássemos em algum treinamento, que nos ajudasse a prestar maior apoio à mãe que perdeu o seu bebé” e noutra, do estudo de Pinto (2005, p.160), que afirma que “os profissionais carecem, sobretudo, de formação psicológica específica nesta área”.

Senti esta mesma lacuna durante a formação académica... embora a temática luto e perda perinatal tenha sido abordada, esta abordagem foi tardia e sem a relevância que considero necessária.

Os resultados dos estudos encontrados através da revisão da literatura, em associação com a experiência prática, poderão oferecer estratégias e promover o desenvolvimento de competências para o cuidar no luto pois, segundo Benner (2005, p. 33), “as enfermeiras adquirem do contacto com os doentes e familiares todo o leque de respostas, de significados e de comportamentos, destinado a fazer frente às situações mais extremas. (...) Compreendê-los sem os tornar incompreensíveis pela análise fora do contexto, pode fornecer a base de um estudo sistemático e de um desenvolvimento mais avançado da prática e da teoria”.

Alguns dos resultados da revisão da literatura foram surpreendentes e inovadores, na minha opinião, no desenvolvimento de estratégias de cuidados (UFEMA, 2004; SLOAN, 2004), relacionadas com as recordações ou *evidências físicas* da existência do bebé (CABRAL *in* LEAL, 2005):

- oferecer moldes de gesso com a impressão palmar ou plantar do bebé;
- guardar fotografias do nado-morto, para salvaguardar uma imagem que possa ser vista posteriormente por pais que não queiram ver o seu filho naquele momento (ponderando sempre a visualização de malformações);
- oferecer o gorro colocado no bebé;
- oferecer uma mecha de cabelo;
- oferecer a manta que envolveu o bebé.

Estes cuidados vão ao encontro da premissa das lembranças e da memória do filho perdido. Muitas mães em luto verbalizam a necessidade de *ter algo* associado ao seu filho para levar para casa (UFEMA, 2004). A memória do filho e as lembranças físicas promovem a tomada de consciência da realidade da perda e um processo de elaboração da perda, facilitando o luto (prevenção secundária).

Infelizmente ainda não tinha lido estes artigos quando prestei cuidados ao sistema-familiar em luto... mas não me parece que algum profissional presente estivesse desperto para a importância destes cuidados pois ninguém abordou esta temática.

Seguindo também esta linha, encontramos o *ver e pegar* no bebé morto – segundo a experiência de Mathews (2007), os pais que foram apoiados e encorajados a ultrapassar os seus receios e seguraram os seus bebés junto ao coração, lembram-nos com amor (SCHNEIDER e VAN DER SAND, 2004; AMPESE, PEROSA e HAAS, 2007).

Senti o referido anteriormente ao apresentar o feto aos pais: “olharam enternecidos para o filho...”, após lhes ter sugerido a visualização do filho mencionando-lhe “a existência de estudos que referem que a visualização do filho morto poderá ser facilitador na elaboração do processo de luto. Expliquei-lhe que seria sempre uma opção sua, mas que a qualquer momento poderia ver o seu filho” (Apêndice IV – Nota de Campo). Estes cuidados de enfermagem estão no nível de prevenção secundária, pois são realizadas intervenções relacionadas com o tratamento para minimizar as reacções/sintomas que o sistema apresenta face aos *stressores*.

Bobak et al (1999) citada por Amirali e Dias (2010, p. 27) defende que

“as enfermeiras necessitam de ser sensíveis à necessidade que as famílias possam ter de passar tempo com o seu bebé. Fornecer tempo para ver e segurar o seu bebé em privado... oferece à família a oportunidade para a aceitação futura da realidade da perda e da despedida”.

Mas a ideia que considere mais extraordinária, embora muito simples, é a de incentivar o pai ou outro familiar a comprar uma dúzia de rosas brancas para a mãe segurar ao sair do hospital – todas as novas mães merecem carregar algo bonito nos braços quando regressam a casa (UFEMA, 2004).

Outras estratégias a ter em conta, nos cuidados a estas famílias, prendem-se com o não excluir o pai ou outros membros significativos da família (avós e irmãos) do processo de luto e o incentivar os familiares e amigos a não desfazerem o quarto do

bebé nem esconderem roupas ou outras recordações do bebé – os pais em luto o farão quando se sentirem preparados (SLOAN, 2004).

Uma das referências encontrada na bibliografia consultada é sobre o *pacto de silêncio*...o não falar sobre a perda, esquecer a sua ocorrência, visto não ter ocorrido um nascimento, nem existirem recordações da vivência com este ser... muitas vezes os familiares e amigos acham que será a melhor forma de lidar com a perda: esquecer que existiu. Como referem Ampese, Perosa e Haas (2007, p. 71) citando Braga (2003) “nada é pior do que sufocar a dor, porque esta provavelmente se manifestará de outra forma, tendendo a tornar-se crónica e a crescer, caso reprimida”.

Incentivei o casal em luto a conversar e a expressar a sua dor, apoiando-se mutuamente no seu luto, referindo também a diferença normal da expressão do luto, entre géneros. Também os informei da existência de recursos na comunidade para apoio em situações de perda e luto (prevenção terciária).

Como é referido por Schneider e Van der Sand (2004, p.11) esta “perda (...) não é percebida pela sociedade como capaz de provocar um processo de luto”.

Mas como refere Cabral (LEAL, 2005, p.89), citando Coimbra de Matos (2001)

“devemos ajudar a vestirem-se de luto por estas perdas, a expressar a sua dor, a deprimirem-se, a desequilibrarem-se para que possam reequilibrar de forma estruturada, com o conflito resolvido e não a pseudo equilibrar-se, organizando a sua vida numa fuga à depressão, que mantém no inconsciente o luto por viver”.

Reflectindo retrospectivamente sobre o meu crescimento pessoal e profissional e o desenvolvimento de competências nesta temática triste, sinto que toda a minha experiência profissional anterior me proporcionou um reforço das linhas de defesa do meu *core*, permitindo prestar cuidados especializados de maior qualidade, pois como refere Alarcão (1996, p. 100), um ensino reflexivo “deve valorizar a experiência pessoal, as convicções, os valores e diferentes saberes dos formandos, enquanto sujeitos com uma individualidade própria, portadores de uma cultura que é importante consciencializar, preservar e alargar”, reforçada por Benner (2001, p. 38) quando afirma que “as enfermeiras experientes podem lembrar-se rapidamente das situações clínicas que modificaram as suas abordagens aos cuidados a proporcionar aos doentes”.

4.2 - Limitações ao estudo

No desenvolvimento deste estudo procurei assegurar o máximo rigor metodológico, tendo, no entanto, identificado algumas limitações que sinto necessidade de referenciar.

A principal limitação foi a escassez de oportunidades de prestar cuidados nestas situações. Apenas prestei cuidados a um casal em processo de IMG, não tendo ocorrido mais nenhuma situação semelhante ou de Morte Fetal, durante o decurso do ensino clínico. Embora com as circunstâncias tristes que a envolveram, esta experiência de cuidados foi extremamente gratificante, pois senti que os meus cuidados de enfermagem especializados foram importantes e facilitadores do processo de luto daquela família.

Esta limitação não foi facilitadora para o meu percurso de aprendizagem mas tentei ultrapassá-la, aproveitando todas as oportunidades possíveis para trocar impressões com os EESMO do serviço, procurando perceber quais as estratégias que utilizam e transmitindo os conhecimentos que fui adquirindo através da evidência científica, numa perspectiva de formação informal entre pares.

Outro desafio a ultrapassar foi a minha inexperiência na elaboração de um estudo com revisão sistematizada da literatura e a dificuldade em encontrar resultados credíveis que respondessem à questão colocada inicialmente, o que levou à necessidade de reformulação do objecto de estudo.

A alteração da questão de partida foi facilitadora na obtenção de resultados mas levou também a uma maior dificuldade na gestão do tempo e no cumprimento da calendarização das actividades planeadas em cronograma (Apêndice I).

Por outro lado, senti necessidade de suspender a pesquisa bibliográfica e a consulta a peritos na área, para melhor gestão do tempo e elaboração do estudo dentro dos prazos definidos. A suspensão da pesquisa bibliográfica foi realizada após a aquisição de bibliografia pertinente, pois embora não tendo ocorrido saturação dos resultados, já não eram encontrados muitos dados inovadores.

Também considero importante referenciar as indecisões e inseguranças, sentidas durante toda a realização deste estudo, relacionadas com as indefinições iniciais dos objectivos e definição insuficiente do tipo de estudo pretendido. Esta limitação relaciona-se com a convolação de um Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em

Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia num Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, com currículos díspares.

4.3 - Considerações Éticas

Reforçando a premissa que deveremos sempre defender a justiça e a protecção da saúde do cliente, está o ponto 1 do artigo 8º, Capítulo IV do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros quando refere que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos...”.

Durante toda a minha prestação de cuidados, no ensino clínico, tive a preocupação de me identificar como enfermeira a frequentar o curso de especialização em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, tendo sempre presente a premissa de Nunes, Amaral e Gonçalves (2005, p.17), quando referem que “os padrões ético-profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos. Não basta a qualidade científica ou a técnica, pois somos gente que cuida de gente, pelo que exige uma qualidade humana e humanizadora”.

Para a realização deste estudo foi utilizada a observação participante, tendo sido consentida pelos participantes após informação sobre os objectivos do mesmo, tendo sido salvaguardados os princípios éticos como a beneficência e não maleficência, justiça e equidade, autonomia, veracidade e fidelidade⁵. Este último princípio está relacionado com a confidencialidade, direito que procurei preservar em todos os momentos, seguindo a alínea d) do 85º Artigo do Código Deontológico dos Enfermeiros (2005, p.115) “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade dos cuidados”.

Também um estudo de investigação deverá ter em conta questões éticas de base. Regan citado por Witt (1996, p. 105) “define ética como o estudo da conduta, portanto, o comportamento humano de facto. A ética refere-se ao agir em termos inter-relacionais, ou seja, ao seu efeito no bem-estar alheio”. A ética também é definida, por outros autores, como a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta – “é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta” (FORTIN, 1999, p. 114).

⁵ UNIDADE CURRICULAR ÉTICA NA REPRODUÇÃO HUMANA (Apontamentos). Prof. ^a Alexandra Tereso, ESEL, 2009

O investigador tem responsabilidade penal, civil e deontológica com a sociedade, comunidade científica e com os participantes no estudo. A investigação realizada com seres humanos pode lesar os direitos e a liberdade das pessoas, pelo que qualquer investigação realizada com seres humanos deve ser avaliada sob o ponto de vista ético e os valores de relacionamento humano deverão ser protegidos (FORTIN, 1999).

Quando aplicada a seres humanos, a investigação exige do investigador o respeito pelos cinco princípios determinados pelos códigos de ética, e que são fundamentais para proteger a liberdade e os direitos dos sujeitos (FORTIN, 1999).

Esses cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos nos protocolos de investigação são: a autodeterminação; a intimidade; o anonimato e confidencialidade; a protecção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal.

O direito à autodeterminação “baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela” (FORTIN, 1999, p.116). Está relacionado com a escolha voluntária do sujeito participar ou não numa investigação para a qual foi convidado. Segundo o artigo 9º do código de Nuremberga, o sujeito deve ser informado do seu direito de se retirar, em qualquer momento, do estudo que consentiu previamente.

O direito à intimidade faz referência à protecção da intimidade dos sujeitos. Relacionada com o anonimato e confidencialidade dos dados, protegendo o sujeito ao longo do estudo, inclusive na divulgação dos resultados.

O direito ao anonimato e à confidencialidade está relacionado com o direito de não ser associado às suas respostas individuais nem mesmo pelo próprio investigador.

O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo “corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem.” (FORTIN, 1999, p.118).

O direito a um tratamento justo e equitativo contempla o direito em ser informado sobre a natureza, finalidade, duração e métodos utilizados na investigação. Refere-se ainda ao tratamento equitativo dos sujeitos e invoca a escolha dos indivíduos, por estarem ligados ao problema de investigação, e não por conveniência ou disponibilidade, bem como deve ser contemplada a ausência de prejuízo para os sujeitos que desistam durante o decurso do estudo.

No decurso deste estudo de investigação, não foi realizado trabalho de campo mas sim uma revisão de estudos anteriormente realizados e que tiveram em conta os aspectos deontológicos e os princípios éticos referidos anteriormente.

4.4 - Sugestões para a prática

A visibilidade da Enfermagem especializada em Saúde Materna e Obstetrícia deve ser alicerçada na reflexão crítica sobre a prática, de forma a dar maior relevo às competências do EESMO. O desenvolvimento de trabalho de campo e investigação nas nossas áreas de actuação autónoma e a divulgação dos resultados promove a ênfase da prática baseada na evidência.

A temática deste estudo desencadeou algumas reacções de surpresa em alguns professores e assistentes da ESEL, colegas de curso e enfermeiros do local do ensino clínico, proporcionando momentos de discussão e partilha de opiniões e conhecimentos, sensibilizando para uma modificação de comportamentos e da necessidade de desenvolvimento de competências no cuidar no luto. Penso que a utilização de futuras interacções com os pares, na sequência de situações de luto, poderá ser uma forma de divulgar e reflectir sobre os cuidados no luto, permitindo abranger um número mais alargado de elementos nas equipas de enfermagem que habitualmente não procuram acções formais sobre esta temática.

Considerando os resultados obtidos neste estudo, parece emergir a importância da formação com maior relevância sobre os cuidados de enfermagem no luto, levando a uma maior e melhor preparação profissional para cuidar durante estes acontecimentos – quem sabe se não poderá haver uma reformulação dos planos curriculares com maior relevo nesta temática.

Por outro lado, a promoção de reuniões de reflexão e discussão sobre a morte e a perda perinatal, proporcionada pelas coordenações das equipas, poderá ser uma forma de *cuidar* os enfermeiros.

Também é necessário existir verdadeiro espírito de equipa e entreaajuda, de forma a promover a partilha de sentimentos, a escuta das manifestações de tristeza e apoio entre pares, sempre com o objectivo de proporcionar cuidados especializados e de excelência aos pais em luto.

A sensibilização dos EESMO para os *pequenos grandes pormenores* no suporte dado a este sistema familiar poderá fazer a diferença na forma de vivenciar estes acontecimentos dolorosos – a importância de ver e estar com o bebé, a necessidade de ficar com lembranças, a necessidade de sentir apoio e poder desabafar, a importância do toque... todas estas *pequenas coisas* facilitam a vivência do luto.

Sinto que este tema, dado a sua sensibilidade, ainda é pouco abordado, pelo que a publicação deste estudo e de artigos relacionados será um dos meus projectos para o futuro, de forma a promover a reflexão sobre as competências do EESMO na morte e a promoção da prática da enfermagem baseada na evidência.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este percurso académico e profissional foi pautado por uma evolução do meu desempenho como futura enfermeira especialista, o que, à luz do modelo de Betty Neuman, poderá traduzir-se por um aumento da capacidade de resposta aos *stressores*, reforço das minhas linhas de defesa e aumento da autonomia por fortalecimento do meu *core*.

Este desenvolvimento de competências teve como base a reflexão, pois “a experiência, para ser formativa, tem de ser conceptualizada, reflectida” (ALARCÃO, 2001, p. 55) e “a aprendizagem é o processo no decurso do qual o conhecimento é criado através da transformação da experiência” (KOLB, citado por ABREU, 2007, p. 100).

Durante este desenvolvimento de competências foi desenvolvido um estudo direccionado para as estratégias de cuidados de enfermagem especializados facilitadores no luto em situação de IMG ou Morte Fetal, baseado na metodologia da Revisão Sistemática da Literatura.

As maternidades são espaços de cuidados de saúde direccionados para a vida e para a felicidade do nascimento... não para o insucesso da vida e para a morte - o diagnóstico de uma malformação grave ou de morte fetal é uma sentença cruel não só para os pais do bebé, mas também para toda a família.

Porque a morte ainda constitui um tema que cria mal-estar e com o qual a maior parte dos profissionais de saúde tem dificuldade em lidar, é importante conhecer as estratégias para prestarmos cuidados especializados e de excelência a estas mulheres. Quando confrontados com esta perda da vida e com o sofrimento da cliente ou do sistema conjugal, os enfermeiros vivenciam sentimentos de angústia, tristeza e impotência. Estamos habituados a partilhar momentos de vida e de esperança e necessitamos de conhecer e criar estratégias que nos permitam estar presentes, de forma a proporcionarmos cuidados promotores de uma vivência saudável do processo de luto. O EESMO tem cada vez mais um papel preponderante e activo em todo o processo de perda perinatal, sendo muito importante reflectir sobre a actuação e a forma de cuidar na dor e sofrimento.

Os aspectos psicológicos relacionados com a vivência de uma perda perinatal são extremamente complexos e com inúmeras particularidades em cada situação, o que a distingue de todas as outras (CABRAL *in* LEAL, 2005).

Não foi objectivo deste estudo esgotar as particularidades de cada tipo de situação de luto, mas sim identificar estratégias de cuidados especializados de enfermagem que fossem facilitadores para o processo de luto destes pais, potenciando assim o desenvolvimento das minhas competências pessoais e profissionais como futura EESMO, contribuindo para a valorização, desenvolvimento e investigação na prática da enfermagem.

Este percurso de desenvolvimento pessoal e profissional revelou que as grandes dificuldades a ultrapassar, no cuidado de enfermagem no luto, são a falta de formação a nível académico e profissional e a falta de apoio e partilha na vivência destas situações, de forma a facilitar a gestão de *stress* e sentimentos. No entanto, em oposição a estas dificuldades, pode ser afirmado que a adopção de algumas estratégias poderá ser facilitadora da vivência saudável do luto, transformando *pequenos cuidados* num *cuidar de excelência*.

Foi surpreendente tomar conhecimento que cuidados simples como o proporcionar lembranças físicas do filho (gorro, manta, molde de gesso da mão ou pé, cabelos), o incentivar a ver e pegar o filho (por ajudar no processo de elaboração da perda), o estabelecer uma relação de ajuda (utilizando a escuta activa, o silêncio e o toque), o demonstrar empatia e o estar presente podem ser estratégias facilitadoras para o processo de luto destes pais em sofrimento.

A simplicidade da maioria das estratégias para prestar cuidados de enfermagem especializados facilitadores do processo de luto enfatiza ainda mais a importância da sua divulgação, tornando primordial a promoção de momentos e espaços privilegiados para a reflexão e discussão sobre a morte em obstetrícia, evitando a existência de *pactos de silêncio* no luto destes pais.

O investimento na reflexão sobre a prática da enfermagem é uma das melhores formas de dar visibilidade à enfermagem e relevo às competências do enfermeiro. O trabalho de investigação em enfermagem (desenvolvido preferencialmente nas áreas de actuação autónoma), e a divulgação dos resultados obtidos, leva ao desenvolvimento da profissão e à ênfase da prática baseada na evidência.

A elaboração deste relatório foi um desafio, devido às inúmeras indecisões e hesitações no decurso da sua elaboração, mas também foi uma experiência

extremamente gratificante na medida em que me permitiu utilizar metodologias desconhecidas para mim e reflectir sobre todo o meu percurso e desempenho para a aquisição de competências como futura Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia.

Os ensinamentos clínicos são fundamentais para o enriquecimento profissional e pessoal e a partilha de saberes e experiência prática por parte dos tutores é uma peça basilar para o desenvolvimento de competências. Embora não tenha sido uma experiência prática rica em oportunidades de cuidados no luto, foi uma experiência muito enriquecedora em oportunidades para despertar nos meus pares a necessidade de *cuidar no luto* em saúde materna e obstetrícia.

Este ensino clínico também proporcionou o desenvolvimento de competências no cuidar em enfermagem especializada em saúde materna e obstetrícia a grávidas com patologia, parturientes e recém-nascidos. Ocorreram experiências de aprendizagem muito gratificantes e algumas menos positivas, mas procurei sempre reflectir sobre as mesmas à luz da evidência científica, de forma a promover o desenvolvimento das minhas competências profissionais.

A unidade curricular Estágio com Relatório, além do desenvolvimento de competências no cuidar especializado em enfermagem, levou também a modificações a nível pessoal, como o desenvolvimento da capacidade de expressão escrita, a articulação e reflexão sobre as experiências da prática na prestação de cuidados, influenciada pelo acréscimo de conhecimentos durante este período académico, transformando-me numa pessoa mais rica e numa profissional mais competente e com mais capacidades para a prestação de cuidados de enfermagem especializados mas também mais complexos e fundamentados na teoria e na prática baseada na evidência.

Considero que os objectivos a que me propus no início deste percurso foram atingidos com sucesso, verificando uma evolução gradual e sustentada no desenvolvimento das competências.

A grande implicação desta experiência formativa para a prática dos cuidados é que a formação, compreensão e reflexão sobre todo o processo de luto que envolve a perda perinatal e estratégias de cuidados é fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem especializados a estas famílias em sofrimento.

Sinto que recai uma grande responsabilidade no meu desempenho futuro, pois tenho a obrigação moral e profissional de divulgar este estudo e continuar a despertar e motivar os meus pares para a temática do luto em saúde materna e obstetrícia.

Embora exista uma grande incerteza sobre o meu futuro percurso profissional, devido à instabilidade e clima de mudança actual no sistema de saúde, gostaria de desenvolver a minha actividade profissional numa unidade que me permitisse prestar cuidados a estas mães e pais em luto, possibilitando a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos neste estudo e o desenvolvimento permanente de competências no cuidar especializado em saúde materna e obstetrícia.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Wilson (2007) – **Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico**. Coimbra: Formasau. ISBN 978-972-8485-87-0.

- ALARCÃO, Isabel (1996) – **Formação Reflexiva de Professores, Estratégias de Supervisão**. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-34721-X.

- ALARCÃO, Isabel (2001) – Formação Reflexiva. **Revista Referência**. [em linha]. Edição nº 6 (Maio de 2001). ISSN: 0874-0283. [acedido em: 02/07/2011]. Disponível em:
http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=forma%C3%A7%C3%A3oreflexiva&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2076.

- ALLIGOOD, Martha Raile; TOMEY, Ann Marriner (2004) – **Teóricas de Enfermagem e a sua obra**. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-74-6.

- AMIRALI, Kathidja; DIAS, Ana Catarina (2010) – O nascimento de uma vida acabada. **Revista Portuguesa de Enfermagem**. Amadora. ISSN 0873-1586. Nº 24 (Outubro/Novembro/Dezembro 2010) p. 24-29.

- AMPESE, Deise; PEROSA, Greice; HAAS, Ruth Elizabeth (2007) – A influência da atuação da enfermagem aos pais que vivenciam a morte do feto viável. **Bioethikos**. [em linha]. Vol. 1, nº 2 (Julho a Dezembro de 2007). ISSN 2175-3393. [acedido em: 15/05/2011]. Disponível em:

http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/57/A_influencia_da_atuacao_da_enfermagem.pdf

- ANDRÉ, Andreia; CARVALHO, Silva; JANEIRO, Vanda (2000) – **(In)satisfação profissional nas enfermeiras**. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa. Monografia do Ano Complementar de Formação em Enfermagem.

- BACHION, Maria Márcia; PEREIRA, Ângela Lima (2006) – Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. ISSN 0102-6933. Vol. 27, nº 4. (Dezembro 2006) p. 491- 498.

- BARBIER, Jean-Marie (1993) – **Elaboração de Projectos de Acção e Planificação**. Porto: Porto Editora. ISBN 972-034-106-8.

- BENNER, Patricia (2001) – **De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Edição comemorativa. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.

- BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle (1995) – **Pessoas idosas: uma abordagem global**. Lisboa: Lusodidactica. ISBN: 972-95399-8-7.

- BOGDAN, Robert C.; BIKLEN, Sari K. (2006) – **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-34112-2.

- BOLANDER, Verolyn R. (1998) – **Sorensen e Luckman: Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-96610-6-5.
- CABRAL, Inês Pina (2005) – Morte e Luto na Gravidez e Puerpério. In: LEAL, Isabel – **Psicologia da Gravidez e da Parentalidade**. Lisboa: Fim de Século. ISBN 972-754-235-2. p. 61-91

- CASTRO, Cidália (2002) – Saber escutar para saber cuidar. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 14 nº 162 (Janeiro 2002). p. 20 – 23.

- CORDEIRO, Alexander M. [et al] (2007) – Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões** [em linha]. Vol.34, nº6 (Nov/Dez 2007). p. 428-431. ISSN 0100-6991. [acedido a 2 de Novembro de 2010]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/11.pdf>

- CARMO, Hermano; FERREIRA, Maria Manuela (1998) – **Metodologia da Investigação - Guia para auto-aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta. ISBN 972-674-231-5.

- CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça (2006) – **Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-22-4.

- CHALIFOUR, Jacques (1993) – **Exercices et réflexion sur la relation d'aide**. Québec: Gaetan Morin. ISBN 2-85030-180-9.

- CHAN, Moon Fai [et al] (2009) – Investigating factors associated with nurses' attitudes towards perinatal bereavement care: a study in Shandong and Hong Kong. **Journal Of Clinical Nursing**. [em linha]. 18(16), 2344-2354. [acedido a 6 de Abril de 2011]. Retrieved from EBSCOhost.
- CIBANAL, Juan Luis (1991) – **Interrelacion del Profesional de enfermería com el paciente**, Barcelona: Ediciones Doyma, S.A. ISBN 84-7592-408-5.

- COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999) – **Promover a vida**. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-109-3.

- CRAIG, Jean V.; SMYTH, Rosalind L. (2004) – **Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-61-4.

- DECRETO-LEI nº 161/96. **Diário da República I Série A**. 205 (96-09-04) 2959-2962.

- DENT, Ann; STEWART, Alison (1994) – **At a Loss - Bereavement Care when a Baby Dies**. Londres: Baillière Tindall. ISBN 0-7020-1682-9.

- DESPACHO DA MINISTRA DA SAÚDE n.º 5411/97. **Diário da República II Série**. 180 (97-08-06).

- DIAS, Maria Fátima P. B. (2006) – **Construção e validação de um inventário de competências**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8930-14-3.

- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA – **Guia Orientador do Estágio com Relatório**. Ano lectivo 2010/2011. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA – **Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Bibliografias e Citações**. 2010. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA – **Seminário II – Guia de Orientação da Unidade Curricular**. Ano lectivo 2010/2011. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

- FACHADA, M^a Odete (2001) – **Psicologia das Relações Interpessoais**. 4^a Ed. 1^o vol. Lisboa: Editora Rumo. ISBN 978-972-618-56-59.

- FATIA, António José Jorge (2008) – **Uma Mão Cheia de Nada - Vivências da Mulher Submetida a Interrupção Médica da Gravidez por Malformações Fetais**. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de Mestrado.

- FESTAS, Constança C. (1999) – Cuidar no 3^o milénio. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871/2370. Vol. 47 n^o 2 (Março/Abril 1999), p. 60 – 66.

- FORTIN, Marie Fabienne (1999) – **O processo de investigação da concepção à realização**. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.

- GAMEIRO, Aires (1989) – A humanização dos cuidados de enfermagem. **Hospitalidade**. ISSN 0871-0090. Vol 53 nº 207 (1989). p. 10 - 22.

- GALVÃO, Cristina M.; SAWADA, Namie O.; TREVIZAN, Maria A. (2004) – Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [em linha]. Vol. 12, nº3 (Maio e Junho de 2004). p. 549-556. ISSN 0104-1169. [acedido a 2 de Março de 2011].
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>

- GOMES, Albina; COSTA, Sílvia; PINTO, Célia; MARTINS, Cristina (2003) – Cuidados à Mulher e Família no luto por morte fetal ou neonatal. **Revista Informar**, nº 31 Set/Dez 2003. p. 48-55.

- GRAÇA, Luís Mendes (2005) – **Medicina Materno-Fetal**. 3ª Edição. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda. ISBN 978-972-757-325-7.

- GUIMARÃES, Samuel; MANY, Eric (2006) – **Metodologia de Trabalho de Projecto**. Lisboa: Areal Editores. ISBN 978-972-6279-12-9.

- HESBEEN, Walter (1997) – **Cuidar no hospital**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-11-8.

- HESBEEN, Walter (2001) – **Qualidade em Enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-20-7.

- HONORÉ, Bernard (2002) – **A Saúde em Projecto**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8383-31-2.

- HUNTINGTON, Annette D. (2002) – Working with women experiencing mid-trimester termination of pregnancy: the integration of nursing and feminist knowledge in the gynaecological setting. **Journal of Clinical Nursing**. [em linha]. 11(2), 273-279. [acedido a 06/04/2011]. Retrieved from EBSCOhost

- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2002): **Essential Competencies for Basic Midwifery Practice**. [em linha] Hague. [acedido a 30/06/2011].
Disponível em:
[http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/Essential%20Competencies for Basic Midwifery Practice. \[em linha\] Hague. \[acedido a 30/06/2011\].](http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%20English%202002-JF%202007%20FINAL.pdf)

- KASTENBAUM, Robert J. (2009) – **Death, Society and Human Experience**. Boston. 10ª Edição. Boston: Pearson Education, Inc. ISBN 978-0-205-61053-2.

- LAZURE, Helène (1994) – **Viver a relação de ajuda**. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-5-2.

- LEI Nº 16/2007. **Diário da República I Série**. 75 (07-04-17) 2417-2418

- LONGARITO, Clementina Sousa (2002) – O Ensino Clínico: A Importância da orientação e a construção do saber profissional. **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra. ISSN 0874-7695. N.º 5 (Fevereiro 2002) p. 26-33.

- LOPES, Manuel J. (2000) – **Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral - alguns dados e implicações**. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de mestrado.
- LOWDERMILK, Deitra; PERRY, Shannon (2008) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1.

- MACHADO, Carla (2010) – **Vivências da Mulher em Situação de Interrupção Voluntária da Gravidez por Malformações Fetais**. [em linha]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Mestrado [acedido a 11/02/2011]. Disponível em:
<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26620/2/TESE%20MESTRADO%20CARLA.pdf>

- MARTINS, Maria Aparecida (2001) – **Manual de Infecção Hospitalar, Epidemiologia, Prevenção, Controle**. Rio de Janeiro: MEDSI. ISBN 85-7199-256-8.

- MATTHEWS, Heather (2007) – Dealing with the loss. **RCM Midwives: The Official Journal of The Royal College Of Midwives**. [em linha]. 10(7), 345. [acedido a 06/04/2011]. Retrieved from EBSCOhost.

- MILLIEZ, Jacques (2002) – **A Eutanásia do Feto**. Porto: Âmbar. ISBN 972-43-0548-1.

- MORSE, Janice (2001) – Toward a praxis theory of suffering. **Advances in Nursing Science**. ISSN 0161-9268, Vol. 24 (Setembro 2001). p. 47-59.

- NAVARRO, Maria Fernanda (1995) – Educação para a Saúde e Profissionais de Saúde Comunitária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa. ISSN 0034-8910. Vol.13 nº4 (Out-Nov 1995).

- NEUMAN, Betty; FAWCETT, Jacqueline (2011) – **The Neuman Systems Model**. 5ª Edição. Boston: Pearson Education, Inc. ISBN 978-0-13-514277-6.

- NORWITZ, Errol; SCHORGE, John (2003) – **Compêndio de Obstetrícia e Ginecologia**. Lisboa: Medicina e Saúde. 2003. ISBN 972-771-675-X.

- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2.

- OLIVEIRA, Abílio (1995) – **Percepção da morte : a realidade interdita**. Lisboa: Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa. Tese de mestrado.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Proposta de Sistema de Individualização de Especialidades em Enfermagem**. 2007-03-17. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010a) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica**. 2010-11-20. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal

- **ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010b) – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.** 2010-05-29. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal

- **ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.** 2001-12-02. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal

- **PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara (1992) – Modelos para o exercício de enfermagem.** Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde. ISBN: 0-433-24902-1.

- **PHANEUF, Margot (2005) – Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-84-3.

- **PINTO, Cristina; VEIGA, Francisco (2005) – A Morte no Início da Vida. Nascer e Crescer – Revista do Hospital de Crianças Maria Pia.** Vol XIV, nº 1 ISSN 0872-0754. P.38-44

- **PINTO, Maria Luísa Sotto-Mayor de Carvalho (2005) – Interrupção Médica da Gravidez após Diagnóstico Pré-Natal de Doença Fetal ou Materna - Um Estudo numa Maternidade Pública de Lisboa.** Lisboa: Universidade Aberta. Tese de Mestrado.

- POLIT, Denise et al (2004) – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – métodos, avaliação e utilização**. São Paulo: Artmed Editora. ISBN 0-7817-2557-7.
- RIBEIRO, Patrícia Cruz Pontífice Valente (2000) – **Um “olhar” sobre o cuidar em enfermagem**. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de Mestrado.

- ROEHRS, Carol [et al] (2008) – Caring for families coping with perinatal loss. **Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing**. [em linha]. 37(6), 631-639. [acedido a 06/06/2011]. Retrieved from EBSCOhost.

- ROLIM, Luísa; CANAVARRO, Maria Cristina (2001) – Perdas e Luto durante a Gravidez e o Puerpério. In CANAVARRO, Maria Cristina – **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora. p. 255-296. ISBN 972-8535-77-5.

- ROXO, José Reis dos Santos (2008) – O toque na prática clínica. **Revista Referência**. [em linha]. II série, nº6 (Junho de 2008). p. 77-89. [acedido a 06/07/2011].
Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/067789.pdf>

- SAMPAIO, Rosana. F.; MANCINI, Márcio C. (2007) – Systematic review studies: a guide for careful synthesis of the scientific evidence. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. [em linha]. Vol.11, nº1 (Jan/Fev 2007). p. 83-89. ISSN 1413-3555. [acedido a 06/03/2011].
Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/en_12.pdf
- SHEEHY, Susan (2001) – **Enfermagem de Urgência - da Teoria à Prática**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-16-9.

- SCHNEIDER, Adriana; VAN der SAND, Isabel (2004) – Sentimentos e vivência da equipe de enfermagem na assistência a mães e família durante o luto por perda fetal. **Caminhos**. [em linha]. Volume 1, Nº 2 (Agosto 2003/Fevereiro 2004) ISSN 1678-8990. [acedido a 30/04/2011].
Disponível em:
<http://www.caminhos.unidavi.edu.br/wp-content/uploads/2011/03/caminhos2ed.pdf#page=10>

- SLOAN, Becky (2004) – Supporting parents after a stillbirth. **Nursing**. [em linha]. 34(5), 8. [acedido a 06/04/2011]. Retrieved from EBSCOhost.

- WILLIAMS, Carolyn (2007) – Starting out: student experiences in the real world of nursing. I learned to set aside my own feelings on abortion. **Nursing Standard**. [em linha]. 21(47), 27. [acedido a 06/04/2011]. Retrieved from EBSCOhost.

- WILLIAMS, Elaine (2006) – Emotion is a resource for nurses in gynaecology units... (Clinical Digest December 7). **Nursing Standard**. [em linha]. 20(17), 39. [acedido a 06/04/2011]. Retrieved from EBSCOhost.

- WITT, Aracy (1996) – **Pesquisa de Enfermagem**. Lisboa: Associação Católica dos Profissionais de Enfermagem. ISBN 92-4-154281-0.

- UFEMA, Joy (2004) – A need for extra gentleness. **Nursing**. [em linha]. 34(3), 66. [acedido a 06/04/2011]. Retrieved from EBSCOhost.

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROJECTO DE ESTÁGIO

**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTETRÍCIA (5º CPLEESMO)**

**PROJECTO INDIVIDUAL
UNIDADE CURRICULAR SEMINÁRIO INVESTIGAÇÃO II**



Quando o sonho acaba...

***Estratégias de Gestão de Sentimentos para a Prestação de Cuidados
de Enfermagem Especializados na Interrupção Médica da Gravidez,
em contexto de Sala de Partos***

**CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA ORIENTAL
HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER**

Discente: Mónica Rodrigues

Orientador do Local: Isabel Viola

Docente Tutora: Luísa Sotto-Mayor

Docente Orientadora: Maria Teresa Félix

**Lisboa
Fevereiro de 2011**

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	3
1. PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO	9
1.1 FINALIDADES E OBJECTIVOS	9
1.2 METODOLOGIA E PLANO DE TRABALHO	9
2. REFLEXÃO FINAL	11
BIBLIOGRAFIA	13
APÊNDICES.....	16

INTRODUÇÃO

A elaboração deste projecto tem como principal objectivo esquematizar e organizar as pretensões para o ensino clínico, tendo em vista o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO), promovendo intervenções que contribuirão para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados à parturiente e família durante o trabalho de parto e parto. Também será abordada a temática da Interrupção Médica da Gravidez (IMG), problemática que pretendo aprofundar, procurando desenvolver competências especializadas nesta área mais sombria da Obstetrícia. Este projecto terá sempre em conta as linhas orientadoras do plano de estudos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e as competências do EESMO, referenciadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pela International Confederation of Midwives (ICM).

O enfermeiro especialista é aquele que tem

“ (...) um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.” (OE, 2007, p.10)

No Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, além dos quatro domínios comuns de competências dos enfermeiros especialistas (Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, Gestão da Qualidade, Gestão de Cuidados e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais), foi também definido um perfil de competências específicas para cada especialidade, sendo que, para o EESMO, foram definidas como competências cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal, climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, nunca esquecendo a actuação nos cuidados do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (OE, 2010, p.2).

De forma a adquirir/desenvolver as competências esperadas de um EESMO torna-se necessária a construção de um projecto que facilite este processo pois “os modelos de formação para a competência visam ajudar, de forma integrada, cada sujeito em formação a desenvolver as suas capacidades criativas, de tomada de decisão, aprender a aprender e a reflectir sobre as práticas” (Dias, 2006, p.17)

Como nos dizem Guimarães e Many (2006, p.11)

“ (...) a realização do projecto aparece como um processo complexo (e não complicado) e muitas vezes educativamente completo. Desde a ideia inicial do projecto até ao resultado final constrói-se um percurso que envolve uma multiplicidade de recursos e interacções (pessoas, instituições, instrumentos, espaços...) e uma série de reformulações, mudanças e alterações, e tudo isto num plano temporal globalmente alterável (etapas, prazos...)”.

Objectivos para o Ensino Clínico IV

Tendo em conta que “o projecto é a prefiguração exacta (...) do que se pretende concretizar. É a passagem do desejo à intenção e desta à acção” (Botelho, 1994), foram delineados os seguintes objectivos gerais para o Ensino Clínico IV:

- Desenvolver competências no cuidar especializado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;
- Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no cuidar especializado à mulher e acompanhante em processo de Interrupção Médica da Gravidez.

Escolha da temática a aprofundar

Como enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, fui confrontada com a necessidade crescente de prestar cuidados à mulher, ou casal, submetidos a Interrupção da Gravidez, mais especificamente à mulher que decide interromper a sua gravidez, após ser confrontada com um diagnóstico pré-natal de malformação fetal que inviabiliza a vida ou a qualidade de vida do seu filho por nascer.

Como EESMO, estamos mais vocacionados para cuidar a mulher, ou casal, com gravidez bem sucedida e não a lidar com situações de perda e morte. Como refere Lazure (1994, p.7) “todas as situações de cuidados implicam ajudar a viver”. Quando nos deparamos com situações de perda, morte, luto e sofrimento vivenciamos-las com penosidade, pois é-nos incutido o cuidar para a saúde e vida e não para a morte. Também Collière (1999, p.27) afirma que “desde que existe vida que existem cuidados porque é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer”.

Ao reflectir sobre a prática dos enfermeiros envolvidos no processo de IMG, sinto que, no processo de cuidar, temos de lidar com o sofrimento e luto da mulher, ou casal, tendo em conta as suas vivências, cultura e valores. Sendo o enfermeiro “ gente que cuida de gente”, tem também de lidar com as suas próprias emoções e sentimentos.

Como EESMO, cuidando de forma individual, personalizada e holística, temos de estar despertados aos pormenores que podem ajudar a ultrapassar de forma menos penosa estas vivências... “a atenção a essas «pequenas coisas» ” revela a preocupação do profissional com o outro, na sua existência (...) a valorização (...) de todas essas “pequenas coisas” constituem os cuidados de enfermagem” (Hesbeen, 1997, p.47).

Questão de partida

Após alguma reflexão e pesquisa bibliográfica, senti-me motivada a aprofundar a temática da IMG, colocando a questão:

Que estratégias utilizam os enfermeiros para gerir os seus sentimentos ao prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher em processo de Interrupção Médica de Gravidez?

Uma dificuldade identificada para este estudo é a escassez de bibliografia sobre a questão da Interrupção Médica da Gravidez e cuidados de enfermagem. Existem muitos estudos e bibliografia relacionada com a Interrupção Voluntária da Gravidez, mas uma lacuna quando o motivo é clínico. Esta dificuldade é também um factor motivador, pois poderei fomentar uma maior exploração nesta área.

Para a pesquisa e realização deste projecto defini alguns descritores:

- Interrupção Médica da Gravidez;
- Sentimentos do enfermeiro ao cuidar;
- Cuidar em Enfermagem.

Com a elaboração deste estudo pretendo conhecer as estratégias de gestão dos sentimentos dos enfermeiros que cuidam as mulheres em processo de IMG, visando a melhoria da qualidade dos cuidados à mulher, ou casal, com os objectivos de minorar o sofrimento destes e contribuir para dar maior visibilidade à Enfermagem.

Como EESMO temos uma responsabilidade acrescida de melhorar os procedimentos de forma a proporcionar cuidados especializados e de excelência, utilizando a revisão da literatura com o intuito de dar um maior contributo à prática, baseando-nos na reflexão e evidência.

É competência do EESMO promover a saúde da mulher, diagnosticar precocemente, prevenir complicações e providenciar cuidados à mulher, facilitando a sua adaptação durante o período pré-natal e em situação de abortamento. Para tal, no cuidado à mulher em IMG, devemos: promover a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade; conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar

programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez; identificar e monitorizar trabalho de abortamento; conceber, planear, implementar e avaliar intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto; identificar complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação; conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à mulher com complicações pós-aborto; conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento; cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto (OE 2010).

Interrupção Médica da Gravidez

A gravidez e maternidade são normalmente associadas a sentimentos de felicidade, sendo vividas como um período de grande alegria e expectativa de momentos de satisfação ao ter o filho nos braços. No entanto, em situações de patologia grave, tanto fetal como materna, o desfecho da gravidez pode não ser o desejado. Nestas situações deparamo-nos com momentos de grande sofrimento e, por vezes, necessidade de tomar decisões difíceis – interromper ou não a gestação.

A Interrupção Médica da Gravidez surge com o desenvolvimento do diagnóstico pré-natal, com técnicas que permitem uma avaliação mais precoce do bem-estar materno-fetal. O diagnóstico de malformação fetal incompatível com a vida ou com a dignidade da mesma, pode levar à necessidade de tomada de decisão de interromper ou prosseguir com uma gravidez com um provável ou mesmo inevitável desfecho negativo.

Quando a mulher, ou casal, optam por interromper a gravidez são submetidos a procedimentos associados a grande sofrimento psicológico, como são exemplos o requerimento para IMG e a decisão de feticídio, associado ao sofrimento físico...

O método médico de IMG “consiste em provocar a expulsão do feto para fora do útero, dando assim origem a um aborto (...), ou um parto prematuro (...) através da adopção de medidas farmacológicas que estimulam as contracções do útero e induzem o apagamento do colo uterino” (Pinto, 2005, p.57), podendo não haver morte fetal até à expulsão. Pode ser realizado feticídio selectivo, provocando a morte *in utero*.

Em situações de gestações mais precoces, ou em caso de expulsão incompleta, poderá ter de ser utilizado o método cirúrgico, em que a técnica mais frequente é a “evacuação do conteúdo uterino, por aspiração ou por curetagem (...), após prévia dilatação do colo” (Graça, 2005, p.634).

Viver é evoluir para a morte... mas e quando a morte chega antes da vida completa? Nos casos de interrupção médica de gravidez, o sofrimento vai alterar o estado de alegria a que uma gravidez normalmente conduz, convertendo a felicidade em sentimentos negativos e emoções como choque e tristeza associados ao luto.

Para Ferreira et al, citado por Fatia (2008, p.52) o luto é definido como “um processo que envolve sofrimento somático, preocupação com a imagem do objecto perdido, sentimentos de culpa e preocupação com pequenas omissões e negligências, hostilidade ao meio circundante e alterações profundas nos padrões normais de procedimento”. Segundo as mesmas autoras, este período de dor e de sofrimento é normal quando uma pessoa perde o objecto amado, e a sua ausência deverá ser identificada como um sinal de alarme.

Sentimentos do enfermeiro ao cuidar

Os enfermeiros que cuidam destas mulheres também vivenciam a situação, podendo sentir algumas dificuldades em lidar com este processo de perda, pois é uma área triste de uma especialidade normalmente associada à alegria. Será sempre importante identificar as nossas dificuldades em cuidar mulheres em IMG e desenvolver estratégias para as ultrapassar, de forma a conseguirmos dar-lhes apoio nesta etapa tão penosa e difícil das suas vidas. Como refere Ribeiro (2000, p.14) “a prática dos cuidados não pode ser confiada ao acaso, mas na reflexão, a fim de se poder desenvolver um domínio de conhecimentos próprios”.

Assim, o profissional, que cuida nestas situações, tem de aprender a lidar com as suas próprias emoções, além de dever estar mais desperto para reconhecer as situações em que há risco aumentado de luto complicado ou patológico (Pinto, 2005).

Cuidar em Enfermagem

A verdadeira essência da Enfermagem é o Cuidar... Para Collière (1999, p.236)

“cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente, tem necessidades de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”.

Para cuidar, o enfermeiro necessita de ter características específicas, “um saber técnico (...)” que se complementa na sua essência com “competências fundamentais tais como: relacionais, suporte e apoio, substituição, ajuda” Ribeiro (2000, p.14)

O “enfermeiro deve mostrar ao doente que existem soluções possíveis e que ele acredita no potencial que ele tem para atravessar a crise” (Berger, 1995, p.532).

Através da sua atitude o enfermeiro ajuda a resolver a crise, isto é, a aceitar a morte e continuar a evoluir. O mesmo autor (1995, p.533) refere que “o enfermeiro deve ajudar (...) a atravessar as diferentes etapas do luto, seleccionando intervenções adequadas a cada etapa”, cuidando assim esta família em processo de perda.

Modelo Teórico de referência

Para desenvolver as competências específicas do EESMO e de forma a dar resposta à questão formulada é necessário planear actividades tendo um quadro de referência baseado num modelo de enfermagem. O modelo teórico que irá ser referência neste estudo será o de Betty Neuman pois este Modelo de Sistemas é

“uma abordagem de sistemas dinâmica e aberta ao cuidar do cliente originalmente desenvolvida para fornecer um ponto de interesse unificador para a definição de problemas de enfermagem e para melhor compreensão do cliente em interacção com o ambiente. Enquanto sistema, o cliente pode ser definido como pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto” (Allygood e Tomey, 2002, p.337).

Neuman vê a enfermagem como uma profissão única que tem em conta as variáveis que influenciam a resposta da pessoa ao enfrentar um stressor. Os cuidados de enfermagem “são perspectivados como intervenções que visam a integridade da pessoa e que se interessam por todas as variáveis que têm efeito sobre a resposta da pessoa aos agentes de stress, com o objectivo de lhes reduzir o efeito.” (Lopes, 2000, p. 55)

O modelo engloba três níveis de prevenção (Allygood e Tomey, 2002, p.337):

“A prevenção primária, a qual é utilizada para proteger o organismo antes que este se depare com um stressor prejudicial; a prevenção secundária visa reduzir o efeito ou possível efeito dos stressores através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz dos sintomas da doença e a prevenção terciária visa reduzir os efeitos residuais do stressor depois do tratamento”.

É importante definir que Neuman considera *stressores* os estímulos produtores de tensão, que podem ser forças intrapessoais (ex. respostas condicionadas), interpessoais (ex. expectativas de função) e extrapessoais (ex. circunstâncias financeiras).

A escolha deste modelo foi baseada no facto de este ser um dos mais adequados para cuidados na área da maternidade, pois dá grande importância à educação para a saúde e prevenção da doença.

1. PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

1.1 Finalidades e Objectivos

Este estudo tem como finalidade o desenvolvimento de competências como futura EESMO e a contribuição para a melhoria dos cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família no período pré-natal, durante os 4 estádios do trabalho de parto e no pós-parto.

Os objectivos foram delineados de acordo com as competências do EESMO definidas pela Ordem dos Enfermeiros e da ICM:

- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, durante o período pré-natal, promotores do bem-estar materno-fetal;
- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente e acompanhante, durante o trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada;
- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN na adaptação/optimização à vida extra-uterina;
- Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no cuidar especializado à mulher e acompanhante em processo de Interrupção Médica da Gravidez.

1.2 Metodologia e Plano de Trabalho

Qualquer trabalho de projecto implica um percurso árduo de trabalho, provocado pelas indecisões iniciais e pouco definidas acerca do tema, levando a uma reflexão, de forma a dar resposta aos objectivos.

Assim, o projecto será mais proveitoso se o tema for do interesse do autor, devendo haver um gosto especial pela investigação do assunto em causa. Porém não podemos ficar só com esta premissa, o estudo apenas terá interesse se servir para abrir portas à realização de outros estudos posteriores ou tiver uma aplicação prática.

É necessário que o estudo a realizar seja dotado de pertinência, rigor, coerência e sobretudo que assente em bases científicas pois só através da investigação científica se consegue estabelecer “uma ponte entre a disciplina, como campo de conhecimentos e a prática profissional como campo de intervenção” (Fortin, 1999, p.20).

A metodologia a utilizar será a revisão sistemática da literatura, definida por Bachion e Pereira (2006, p. 492) como “revisão de estudos por meio de uma abordagem sistemática, utilizando metodologia claramente definida, buscando minimizar os erros nas conclusões”.

Serão utilizadas as bases de dados electrónicas EBSCO HOST, B-on (biblioteca do conhecimento online), Cochrane Database of Systematic Reviews, Medline, CINAHL, LILACS, bem como a consulta presencial em biblioteca.

Os descritores a utilizar serão Gravidez, Interrupção Médica, Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Estratégias, Sentimentos dos Enfermeiros

Os critérios de inclusão para a selecção de artigos encontrados na pesquisa serão: disponibilidade em *full text* (texto integral); serem estudos quantitativos e qualitativos publicados, ou em elaboração; realizados há menos de dez anos; publicados em português, inglês ou espanhol e abordem a temática dos cuidados de enfermagem e da Interrupção Médica da Gravidez

Pretendo ainda consultar peritos na área dos cuidados de enfermagem à mulher em processo de Interrupção Médica da Gravidez.

No desenvolvimento deste projecto tentarei assegurar o máximo rigor metodológico, tendo, no entanto, identificado algumas limitações que sinto necessidade de referenciar.

Assim, considero que o principal factor limitativo é a gestão do tempo - associada à elaboração deste projecto, mantenho actividades curriculares paralelas e também a minha actividade profissional como prestadora de cuidados.

É também de referir a minha inexperiência na elaboração de um projecto com revisão sistemática da literatura e o receio de não encontrar resultados credíveis que respondam à questão colocada.

O planeamento das actividades e o cronograma de gestão do tempo são apresentados em apêndice (Apêndice I e II)

2. REFLEXÃO FINAL

Este projecto de investigação exigiu um grande esforço e dedicação devido à condição de iniciada nesta área.

O diagnóstico de uma malformação grave é uma sentença cruel não só para a mãe, e para o seu companheiro, mas também para toda a família.

O enfermeiro está habituado a partilhar momentos de vida e de esperança e necessita de criar estratégias que lhe permitam estar presente, no processo de luto, sempre que a decisão passa pela interrupção da gravidez.

Confrontados com as nossas crenças, fraquezas e experiências de vida ou morte, por vezes nem reconhecemos os nossos limites. Há, por isso, que investigá-los, criando saber, de forma a crescermos pessoal e profissionalmente, sempre com o intuito de melhorar a nossa aptidão à compreensão e partilha de um momento tão desconcertante como o de interromper uma vida, esteja ela condenada ou não.

Porque a morte ainda constitui um tema que cria mal-estar e com o qual a maior parte de nós tem muita dificuldade em lidar e porque penso ser importante perceber o que nos incomoda como enfermeiros e que estratégias poderemos utilizar para ultrapassar as nossas dificuldades e prestarmos cuidados especializados e de excelência a estas mulheres...

Penso que este tema é muito pertinente e ao ser trabalhado permite desenvolver uma área que ainda não se encontra muito explorada.

O EESMO tem cada vez mais um papel preponderante e activo em todo o processo de IMG, tornando-se muito importante reflectir sobre a nossa actuação e o nosso cuidar na dor e sofrimento.

O Ensino Clínico em Urgência Obstétrica e Bloco de Partos é para mim um desafio especial, pois a minha experiência profissional não abrangeu, até agora, esta área da Enfermagem. Decerto que será uma experiência muito enriquecedora pois permitirá o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências adquiridas anteriormente e a aquisição de novas.

Este projecto é fruto de um trabalho individual que vai de encontro às minhas expectativas e necessidades, quer profissionais quer pessoais, no âmbito do percurso formativo que é o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia/Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde

Materna e Obstetrícia. Espero ter, com este projecto, apresentado um documento orientador do percurso a que me proponho durante o Ensino Clínico IV, de forma a ser a base do Relatório Final do mesmo. Durante o decorrer desta experiência prática é de prever a ocorrência de algumas dificuldades e constrangimentos que irão suscitar modificações e reformulações de partes deste projecto. Projecto este que é um instrumento, um guia orientador e como tal tem sempre um carácter dinâmico e flexível. Um dos maiores constrangimentos à concretização deste projecto é e será a gestão do tempo, pois este é sempre pouco para realizarmos tudo a que nos propomos.

Apesar das dificuldades, penso que conseguirei ultrapassá-las, de forma a atingir os meus objectivos, adquirindo e aprofundando conhecimentos e desenvolvendo competências para ser EESMO e conseguir prestar cuidados de enfermagem especializados e de excelência.

BIBLIOGRAFIA

ALLIGOOD, Martha Raile; TOMEY, Ann Marriner (2004) – **Teóricas de Enfermagem e a sua obra**. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-74-6.

BACHION, Maria Márcia; PEREIRA, Ângela Lima (2006) - Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 27, nº 4. (Dezembro 2006) p. 491- 498.

BARBIER, Jean-Marie (1993) - **Elaboração de Projectos de Acção e Planificação**. Porto: Porto Editora. ISBN 972-034-106-8.

BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle (1995) – **Pessoas idosas: uma abordagem global**. Lisboa: Lusodidactica. ISBN: 972-95399-8-7.

CASTRO, Cidália (2002) – Saber escutar para saber cuidar. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871 – 6196. Ano 14 nº 162 (Janeiro 2002). p. 20 – 23.

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999) – **Promover a vida**. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-109-3.

DIAS, Maria Fátima P. B. (2006) – **Construção e validação de um inventário de competências**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8930-14-3.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA - **Guia Orientador do Ensino Clínico I, II e III**. Ano lectivo 2009/2010. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA - **Guia Orientador do Estágio com Relatório**. Ano lectivo 2010/2011. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA – **Seminário II – Guia de Orientação da Unidade Curricular**. Ano lectivo 2010/2011. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

FATIA, António José Jorge (2008) – **Uma Mão Cheia de Nada - Vivências da Mulher Submetida a Interrupção Médica da Gravidez por Malformações Fetais**. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de Mestrado.

FORTIN, Marie Fabienne (1999) – **O processo de investigação da concepção à realização**. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.

HESBEEN, Walter (1997) – **Cuidar no hospital**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-11-8.

HONORÉ, Bernard (2002) – **A Saúde em Projecto**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8383-31-2.

GRAÇA, Luís Mendes (2005) – **Medicina Materno-Fetal**. 3ª Edição. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda. ISBN 978-972-757-325-7.

GUIMARÃES, Samuel; MANY, Eric (2006) – **Metodologia de Trabalho de Projecto**. Lisboa: Areal Editores. ISBN 978-972-6279-12-9.

LAZURE, Helène (1994) – **Viver a relação de ajuda**. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-5-2.

LOPES, M. (2000) – **Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral - alguns dados e implicações**. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de mestrado.

LOWDERMILK, Deitra L.; PERRY, Shannon E. (2006) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1.

NAVARRO, Maria Fernanda (1995) – Educação para a Saúde e Profissionais de Saúde Comunitária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa. ISSN 0034-8910. Vol.13 nº4 (Out-Nov 1995).

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Proposta de Sistema de Individualização de Especialidades em Enfermagem**. 2007-03-17. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica**. 2010-11-20. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal

PINTO, Maria Luísa Sotto-Mayor de Carvalho (2005) – **Interrupção Médica da Gravidez após Diagnóstico Pré-Natal de Doença Fetal ou Materna – Um Estudo numa Maternidade Pública de Lisboa**. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de Mestrado

RIBEIRO, Patrícia Cruz Pontífice Valente (2000) – **Um “olhar” sobre o cuidar em enfermagem**. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de Mestrado

ROLIM, Luísa; CANAVARRO, Maria Cristina (2001) – Perdas e Luto durante a Gravidez e o Puerpério. **In** CANAVARRO, Maria Cristina – **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-77-5. p. 255-296.

Imagem da capa disponível em: <http://azulnuvem.blogspot.com/>, acedido em 25 de Janeiro de 2011

APÊNDICES

APÊNDICE I – PLANEAMENTO DE ACTIVIDADES

PLANO DE ACTIVIDADES DO ENSINO CLÍNICO IV

Objectivo: Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, durante o período pré-natal, promotores do bem-estar materno-fetal

COMPETÊNCIAS	ACÇÃO PRIMÁRIA	ACÇÃO SECUNDÁRIA	ACÇÃO Terciária	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
<p>Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal (OE, 2010)</p> <p>Fornecem cuidados ante natais de alta qualidade de forma a maximizar a saúde durante a gravidez, incluindo a detecção precoce e tratamento ou referência de complicações (ICM, 2002)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de documentação existente no serviço utilizada na prestação de Cuidados de Enfermagem especializados; - Revisão bibliográfica; - Observação directa da prestação de cuidados de enfermagem e do circuito da utente e acompanhante; - Acolhimento à grávida e acompanhante; - Entrevista com a grávida para colheita de dados de saúde (alterações de comportamentos, mudanças físicas, etc) e identificação de necessidades afectadas/problemas; - Consulta de toda a informação relativa à vigilância de Saúde (Boletim de Saúde da Grávida, Exames Complementares de Diagnóstico, Registos Informáticos); - Realização de registos de enfermagem no processo clínico para promoção da continuidade dos cuidados; - Esclarecimento de dúvidas e de informação à grávida e acompanhante, numa perspectiva de educação para a saúde, adequada à idade gestacional e necessidades identificadas; - Informação sobre sinais e sintomas de risco e de recurso à Urgência Obstétrica; - Apoio psicológico e emocional à grávida e acompanhante, se necessário; - Informação à grávida e acompanhante sobre os cuidados de enfermagem especializados (consentimento informado), permitindo o esclarecimento de dúvidas e incentivando a emissão de opiniões; - Promoção da privacidade da grávida; - Promoção do aleitamento materno; 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação de bem-estar materno-fetal; - Registo, avaliação e interpretação do registo cardiotocográfico, de forma a detectar precocemente situações de desvio da normalidade no que respeita à FCF e à dinâmica uterina; - Realização e interpretação de exame bimanual, se necessário e pertinente, para avaliação de cervicometria, alterações obstétricas e ginecológicas e características do pavimento pélvico; - Vigilância de integridade das membranas e característica de LA; - Detecção precoce de desvios da gravidez fisiológica, referenciando à equipa multidisciplinar; - Promoção de medidas de controlo não farmacológico da dor e desconfortos; - Vigilância da grávida com patologia associada, identificando precocemente sinais de alerta e referenciando à equipa multidisciplinar; - Cooperação com a equipa multidisciplinar no tratamento de complicações pós aborto ou morte fetal; - Colaboração com a equipa multidisciplinar na administração de terapêutica prescrita ou segundo protocolo; 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de apoio psicológico e encaminhamento para outros profissionais se necessário em situações de abortamento ou morte fetal; - Referenciação das situações para além da área de actuação à equipa multidisciplinar; 	<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados à mulher e família, durante o período pré-natal - Identificação precoce de situações de risco e desenvolvimento de estratégias para as minimizar ou solucionar. - Colaborar para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados - Aquisição de novos conhecimentos e consolidação dos adquiridos, através da observação da prestação de cuidados, da pesquisa da literatura e revisão de conhecimentos e da prestação de cuidados - Desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre a prática clínica e situações vividas - Mobilizar revisão da literatura e evidência científica para a prestação de cuidados de enfermagem especializados e fundamentados, de qualidade crescente - Compreender e adequar os cuidados de enfermagem especializados às necessidades da grávida de forma a minimizar os riscos 	<p>Reflexão quinzenal sobre a prática clínica</p> <p>Diários de Aprendizagem</p> <p>Avaliações formativas e sumativa</p> <p>Relatório de Ensino Clínico</p>

Objectivo: Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente e acompanhante, durante o trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada

COMPETÊNCIAS	ACÇÃO PRIMÁRIA	ACÇÃO SECUNDÁRIA	ACÇÃO TERCIÁRIA	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
<p>Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (OE, 2010)</p> <p>Fornecem, sendo sensíveis à cultura da mulher e família, cuidados de alta qualidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto de forma segura e dominam situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém-nascido (ICM, 2002)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de documentação existente no serviço utilizada na prestação de Cuidados de Enfermagem especializados; - Revisão bibliográfica; - Observação directa da prestação de cuidados de enfermagem e do circuito da parturiente e acompanhante; - Acolhimento à parturiente e acompanhante; - Entrevista com a parturiente para colheita de dados de saúde e identificação de necessidades afectadas/problemas; - Entrevista com a parturiente para auscultação de expectativas e desejos para o TP e Parto; - Consulta de toda a informação relativa à vigilância de Saúde (Boletim de Saúde da Grávida, Exames Complementares de Diagnóstico, Registos Informáticos); - Realização de registos no processo clínico; - Esclarecimento de dúvidas e informação à parturiente e acompanhante, numa perspectiva de educação para a saúde; - Promoção do envolvimento do acompanhante no TP e Parto; - Prestação de apoio psicológico e emocional à parturiente e acompanhante durante os 4 estádios do TP, se necessário; - Promoção de ambiente seguro durante os 4 estádios do TP; - Informação à parturiente e acompanhante sobre os cuidados de enfermagem especializados (consentimento informado), permitindo o esclarecimento de dúvidas e incentivando a emissão de opiniões; - Promoção da privacidade da parturiente; - Promoção de contacto pele-a-pele e vinculação precoce; - Promoção do aleitamento materno; 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação de bem-estar materno-fetal; - Registo, avaliação e interpretação do registo cardiotocográfico, para detecção precoce de situações de risco no que respeita à FCF e à dinâmica uterina; - Realização e interpretação de exame bimanual, se necessário e pertinente, para avaliação de cervicometria, alterações obstétricas e ginecológicas e características do pavimento pélvico, bem como apresentação fetal, prolapso de cordão umbilical ou procedência de membros; - Vigilância de integridade das membranas e característica de LA; - Promoção de medidas de controlo não farmacológico e farmacológico da dor; - Vigilância da evolução dos 4 estádios do trabalho de Parto e registos no processo clínico (Partograma); - Colaboração com a equipa multidisciplinar na administração de terapêutica prescrita ou segundo protocolo; - Detecção precoce de alterações da evolução normal do 1º estádio do trabalho de parto; - Realização do parto, de apresentação cefálica, em ambiente calmo e seguro; - Realização de episiotomia, se necessário; - Colheita de sangue do cordão umbilical se grávida com factor Rhesus negativo, grupo 0 ou para criopreservação de células estaminais; - Verificação da integridade de placenta e membranas após dequitação; - Verificação das características e integridade do cordão umbilical; - Avaliação da integridade do canal de parto; - Aplicação de técnicas de reparação do canal de parto, se necessário; - Identificação precoce de complicações pós-parto e actuação de acordo com a situação; - Vigilância da formação do Globo de Segurança de Pinard; - Vigilância de características e quantidade de perdas hemáticas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção de medidas de controlo não farmacológico da dor; - Colaboração com a equipa multidisciplinar na implementação de medidas farmacológicas de alívio da dor; - Referenciação das situações de risco e alterações da evolução normal do trabalho de parto à equipa multidisciplinar; - Informação à parturiente sobre exercícios de Kegel e Globo de Segurança de Pinard, numa perspectiva de educação para a saúde e auto-vigilância; - Informação sobre sinais e sintomas de risco no puerpério e de recurso à Urgência Obstétrica; - Visita à puérpera no serviço de internamento, numa perspectiva de educação para a saúde e observação e avaliação dos cuidados de enfermagem, por mim, prestados na Sala de Partos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados à mulher, RN e família, durante os 4 estádios do trabalho de parto - Identificação precoce de situações de risco e desenvolvimento de estratégias para as minimizar ou solucionar. Colaborar para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados - Aquisição de novos conhecimentos e consolidação dos adquiridos, através da observação da prestação de cuidados, da pesquisa da literatura e revisão de conhecimentos e da prestação directa de cuidados - Desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre a prática clínica e situações vividas - Mobilizar revisão da literatura e evidência científica para a prestação de cuidados de enfermagem especializados e fundamentados, de qualidade crescente - Compreender e adequar os cuidados de enfermagem especializados às necessidades da parturiente e acompanhante de forma a minimizar os riscos 	<p>Reflexão quinzenal sobre a prática clínica</p> <p>Diários de Aprendizagem</p> <p>Avaliações formativas e sumativa</p> <p>Relatório de Ensino Clínico</p>

Objetivo: Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN na adaptação/optimização à vida extra-uterina

COMPETÊNCIAS	ACÇÃO PRIMÁRIA	ACÇÃO SECUNDÁRIA	ACÇÃO Terciária	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
<p>Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, no sentido de otimizar a saúde do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina (OE 2010)</p> <p>Fornecem, sendo sensíveis à cultura da mulher e família, cuidados de alta qualidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto de forma segura e dominam situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém-nascido (ICM, 2002)</p> <p>Fornecem, sendo sensíveis à cultura da mulher e família, cuidados abrangentes e compreensivos, essencialmente ao recém-nascido saudável, do nascimento até aos dois meses de idade (ICM, 2002)</p>	<p>- Consulta de documentação existente no serviço utilizada na prestação de Cuidados de Enfermagem especializados;</p> <p>- Revisão bibliográfica;</p> <p>- Preparação e verificação do material necessário para o RN antes do parto, incluindo material de reanimação;</p> <p>- Registo da hora de nascimento;</p> <p>- Promoção da vinculação precoce mãe-filho</p> <p>- Promoção do aleitamento materno</p> <p>- Realização de registos de enfermagem no processo clínico para promoção da continuidade dos cuidados;</p>	<p>- Avaliação do RN após o parto (Índice de Apgar) ao 1º, 5º e 10º minuto de vida;</p> <p>- Colocação do RN em contacto pele-a-pele com a mãe (de acordo com desejo e validação prévia)</p> <p>- Prestação de cuidados imediatos ao RN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secagem e limpeza de pele; • Estimulação táctil; • Desobstrução da via aérea; • Aquecimento; • Observação física para rastreio de malformações; • Verificação de eliminação vesical e intestinal e rastreio de anús imperfurado; • Avaliação de reflexos neurológicos; • Medição de peso; • Administração de vitamina K (IM), segundo protocolo; • Profilaxia oftálmica, segundo protocolo; • Identificação do RN com pulseira de identificação e pulseira electrónica (na presença da parturiente ou acompanhante); <p>- Vigilância do RN para detecção precoce de desvios de saúde;</p> <p>Prestação de cuidados imediatos ao RN, em situação de risco, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de manobras de reanimação, se necessário; • Administração de terapêutica de emergência; • Entubação oro gástrica para aspiração e lavagem na presença de mecónio (prevenção de aspiração pulmonar); <p>- Transferência para Unidade de Neonatologia, se necessário;</p>	<p>- Informação à mãe e acompanhante sobre os procedimentos e promoção de apoio psicológico e emocional.</p> <p>- Referenciação das situações de risco à equipa multidisciplinar, nomeadamente índice de Apgar desfavorável, malformações ou riscos infecciosos;</p> <p>- Informação à parturiente sobre aleitamento materno e sinais de boa pega, numa perspectiva de educação para a saúde e promoção da manutenção do aleitamento materno;</p> <p>- Informação à parturiente sobre importância e benefícios do contacto pele-a-pele no primeiro mês de vida, numa perspectiva de educação para a saúde e promoção da vinculação precoce;</p>	<p>- Aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados ao RN e família, durante os 4 estádios do trabalho de parto</p> <p>- Identificação precoce de situações de risco e desenvolvimento de estratégias para as minimizar ou solucionar.</p> <p>- Colaborar para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados</p> <p>- Aquisição de novos conhecimentos e consolidação dos adquiridos, através da observação da prestação de cuidados, da pesquisa da literatura e revisão de conhecimentos e da prestação de cuidados</p> <p>- Desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre a prática clínica e situações vividas</p> <p>- Mobilizar revisão da literatura e evidência científica para a prestação de cuidados de enfermagem especializados e fundamentados, de qualidade crescente</p> <p>- Compreender e adequar os cuidados de enfermagem especializados às necessidades do RN de forma a minimizar os riscos</p>	<p>Reflexão quinzenal sobre a prática clínica</p> <p>Diários de Aprendizagem</p> <p>Avaliações formativas e sumativa</p> <p>Relatório de Ensino Clínico</p>

Objectivo: Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no cuidar especializado à mulher e acompanhante em processo de Interrupção Médica da Gravidez

COMPETÊNCIAS	ACÇÃO PRIMÁRIA	ACÇÃO SECUNDÁRIA	ACÇÃO TERCIÁRIA	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
<p>Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (OE, 2010)</p> <p>Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal (OE, 2010)</p> <p>Possuem os necessários conhecimentos e habilidades relacionados com as ciências sociais, saúde pública e ética que formam a base de cuidados de qualidade, culturalmente relevantes e apropriados à mulher, recém-nascido e famílias no seu ciclo reprodutivo (ICM, 2002)</p> <p>Fornecem, sendo sensíveis à cultura da mulher e família, cuidados de alta qualidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto de forma segura e dominam situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher (e seu recém-nascido) (ICM, 2002)</p> <p>Fornecem, sendo sensíveis à cultura da mulher e família, cuidados abrangentes e compreensivos de alta qualidade no período pós natal (ICM, 2002)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de documentação existente no serviço utilizada na prestação de Cuidados de Enfermagem especializados; - Revisão bibliográfica; - Entrevistas a peritos na área da IMG; - Visita ao Centro de Diagnóstico Pré-Natal para conhecer a dinâmica e circuitos, bem como os cuidados de enfermagem prestados à mulher em processo de IMG; - Observação directa da prestação de cuidados de enfermagem e do circuito da grávida e acompanhante; - Acolhimento à grávida e acompanhante; - Entrevista com a grávida para colheita de dados de saúde e identificação de necessidades afectadas/problemas; - Entrevista com a grávida para auscultação de expectativas e desejos para o decurso da IMG; - Informação à parturiente e acompanhante sobre os cuidados de enfermagem (consentimento informado), permitindo o esclarecimento de dúvidas e incentivando a emissão de opiniões; - Proporcionar momentos de partilha da situação à grávida e acompanhante; - Promoção da privacidade da grávida e acompanhante; - Vigilância do bem estar da mulher; - Promoção de ambiente seguro; 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de apoio psicológico à grávida e acompanhante e encaminhamento para outros profissionais, se necessário; - Realização e interpretação de exame bimanual, se necessário e pertinente, para avaliação de cervicometria, alterações obstétricas e ginecológicas e características do pavimento pélvico; - Promoção de medidas de controlo não farmacológico da dor, recorrendo nomeadamente a posicionamentos, exercícios respiratórios e de relaxamento; - Colaboração com a equipa multidisciplinar na implementação de medidas farmacológicas de alívio da dor; - Detecção precoce de alterações da evolução normal do trabalho de parto e sua referência à equipa multidisciplinar; - Vigilância da evolução dos 4 estádios do trabalho de Parto e registos no processo clínico (Partograma); - Colaboração com a equipa multidisciplinar na administração de terapêutica prescrita ou segundo protocolo; - Realização do parto, se necessário, em ambiente calmo e seguro; - Verificação da integridade de placenta e membranas após dequitadura; - Avaliação da integridade do canal de parto; - Aplicação de técnicas de reparação do canal de parto, se necessário; - Identificação precoce de complicações pós parto e actuação de acordo com a situação; - Detecção precoce de complicações pós-aborto, referenciando as situações à equipa multidisciplinar; 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção de medidas de controlo não farmacológico da dor; - Colaboração com a equipa multidisciplinar na implementação de medidas farmacológicas de alívio da dor; - Referência das situações de risco à equipa multidisciplinar; - Informação à parturiente sobre exercícios de Kegel e Globo de Segurança de Pinard, numa perspectiva de educação para a saúde e auto-vigilância; - Informação sobre sinais e sintomas de risco no puerpério e de recurso à Urgência Obstétrica; - Visita à puérpera no serviço de internamento, numa perspectiva de educação para a saúde e observação e avaliação dos cuidados de enfermagem, por mim, prestados na Sala de Partos; - Proporcionar momentos de partilha da situação à puérpera e acompanhante; - Informação sobre recursos da comunidade para apoio em situações de perda e luto; 	<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados à mulher e família, durante os 4 estádios do trabalho de parto - Identificação precoce de situações de risco e desenvolvimento de estratégias para as minimizar ou solucionar. - Colaborar para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados - Aquisição de novos conhecimentos e consolidação dos adquiridos, através da observação da prestação de cuidados, da pesquisa da literatura e revisão de conhecimentos e da prestação directa de cuidados - Desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre a prática clínica e situações vividas - Mobilizar revisão da literatura e evidência científica para a prestação de cuidados de enfermagem especializados e fundamentados, de qualidade crescente - Compreender e adequar os cuidados de enfermagem especializados às necessidades da mulher e acompanhante, de forma a minimizar os danos e riscos 	<p>Reflexão quinzenal sobre a prática clínica</p> <p>Diários de Aprendizagem</p> <p>Avaliações formativas e sumativa</p> <p>Relatório de Ensino Clínico</p>

APÊNDICE II - CRONOGRAMA DO ENSINO CLÍNICO IV

APÊNDICE II – DIÁRIO DE APRENDIZAGEM I

**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTETRÍCIA (5º CPLEESMO)**

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM I

BLOCO DE PARTOS



**CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA ORIENTAL
HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER**

Discente: Mónica Rodrigues

Docente: Maria Teresa Santana Felix

Orientador do Local: Isabel Viola

Lisboa

Fevereiro de 2011

A situação que quero apresentar e utilizar para reflectir como Diário de Aprendizagem ocorreu na terceira semana de ensino clínico.

Esta tarde estava a ser agitada... estavam quatro grávidas internadas no Bloco de Partos em trabalho de parto.

Logo no início desta tarde tinha cuidado e realizado o parto a uma mulher e após colocar o RN à mama e verificar que estava tudo bem, senti que deveria dar privacidade ao casal para usufruir os primeiros momentos com o seu filho.

Dirigi-me ao quarto onde se encontrava a C, 20 anos, Índice Obstétrico 0010, com uma gestação de 40 semanas e 2 dias. Estava acompanhada pelo companheiro e pai da filha. Apresentei-me como enfermeira e aluna da especialidade.

A C estava já em fase activa do trabalho de parto, apresentando uma cervicometria com 5 cm de dilatação, com dinâmica uterina de média/elevada intensidade e amplitude, com cerca de 2 contracções em 10 min e boa variabilidade da FCF.

Embora já tivesse realizado analgesia epidural estava a ficar novamente queixosa e muito ansiosa e agitada. Como nos dizem Cruz e Vieira (1999, p. 25):

“a mulher em trabalho de parto apresenta algumas emoções humanas mais pungentes, incluindo alegria, temor, expectativa, dúvida, incerteza ou pavor e em alguns casos o medo quase alcança o terror. Estas emoções aumentam o desconforto do trabalho de parto, podendo afectar o seu curso e às vezes impedindo a sua evolução”.

Sentei-me ao seu lado e segurei-lhe a mão... Conversei um pouco com ela e percebi que não tinha feito Preparação para o Parto nem estava preparada para o parto, pois verbalizou sentimentos de medo e ansiedade por não estar preparada para o parto e não ter conhecimentos sobre o que iria acontecer.

Tentei acalmá-la, dizendo que estávamos ali para a ajudar e apoiar no parto mas que ela era a protagonista e que teria de ajudar a filha a nascer. Sugeri-lhe algumas estratégias para manter a calma, reforçando a sua capacidade e autonomia, e instruí-a sobre algumas técnicas de respiração que a poderiam ajudar. Seguidamente fiz nova administração de analgesia pelo catéter epidural.

Fui estabelecendo uma relação terapêutica, de forma a aumentar a auto-confiança daquele casal para o grande momento que se aproximava, realizando educação para a saúde quanto a técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto e a partir de que momento poderia começar a efectuar esforços expulsivos e a forma mais adequada de os realizar.

Como refere Coutinho (2004), a parturiente fica extremamente perspicaz ao tom de voz, à comunicação não verbal, como as expressões faciais, ao desinteresse ou falta de entusiasmo daqueles que a rodeiam, mas também ao interesse genuíno. Daí ser bastante importante mostrar disponibilidade, explicando previamente todos os procedimentos e ocorrências normais ao desenrolar do trabalho de parto.

Chegou a dilatação completa e aproximava-se o período expulsivo - a enfermeira especialista orientadora e eu equipámo-nos e preparámo-nos para o parto. Relembrei a C de que agora tinha de se concentrar e ajudar a filha a nascer, olhando para nós e ouvindo as instruções dadas.

A C manteve-se calma e participativa, fazendo esforços expulsivos quando lhe eram solicitados e da forma adequada, pois olhava para nós e ouvia o que lhe dizíamos, sempre com o apoio do companheiro.

O parto decorreu calmamente e sem intercorrências, tendo nascido a D, com Índice de Apgar 9/10 ao primeiro e décimo minuto de vida, com 3750 g e sem malformações aparentes. Não percebi porque não foi feita a avaliação do Índice de Apgar ao quinto minuto mas não questioneei a enfermeira que recebeu a RN na altura, por estar mais focalizada na parturiente.

A dequitação foi natural e sem intercorrências, apresentando placenta e membranas íntegras e sem anomalias.

Embora não tenha havido necessidade de realizar episiotomia ocorreram lacerações de grau I na região perineal, com necessidade de sutura.

Iniciei a sutura das lacerações sobre a orientação e supervisão da enfermeira especialista orientadora. Foi a segunda vez que suturei, mas não senti uma grande dificuldade em fazê-lo – tenho é que praticar muito...

Durante o tempo em que estava a suturar aproveitámos para felicitar a parturiente pelo nascimento da sua filha e pelo seu desempenho exemplar durante o parto. A C agradeceu o reforço positivo mas referiu que a enfermeira que estava a suturar é que a tinha ajudado a comportar-se assim e que a tinha acalmado... percebi que o elogio era para mim e senti os olhos a ficarem molhados...

Senti-me muito feliz e emocionada por perceber que tinha feito diferença naquela fase tão importante da vida daquele casal, transformando uma experiência que estava a ser difícil numa experiência calma e gratificante, pois

“a relação que se estabelece entre o enfermeiro e a parturiente torna-se fundamental, sendo determinante que o enfermeiro veja o corpo da mulher, não como uma máquina que desenvolve o seu trabalho (parir), mas com um todo, uma pessoa que para além de cuidados físicos precisa de outros cuidados. De alguém com quem falar, de alguém que a oiça activamente, ou então simplesmente que lhe segure a mão, e permaneça ali, acompanhando-a no seu percurso, revelando-lhe que não está sozinha”. (Coutinho, 2004, p. 2)

Terminei de suturar e a avaliação da orientadora também foi de aprovação. Limpámos e arranjámos a parturiente e colocámos a RN na mama, apresentando vigorosos reflexos de sucção e deglutição. Nesta altura deixámos a C e a D a sós para se conhecerem uma à outra e ao sairmos a minha orientadora felicitou-me, referindo estar orgulhosa do meu desempenho.

Nesta fase, em que é tudo novidade e que a componente técnica ainda é muito valorizada, deixamos muitas vezes a componente relacional mais descurada... senti que estou no bom caminho para desenvolver competências no cuidar especializado em Saúde Materna, tendo que aperfeiçoar e treinar estratégias e competências.

Nesta fase do percurso profissional, com tantas exigências académicas, associadas a uma sobrecarga horária laboral e em ensino clínico, esta situação foi um grande incentivo e um impulso motivador para a prossecução do meu objectivo – cuidar como Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica! ...

Avaliando a situação, com base no Ciclo Reflexivo de Gibbs, penso que existiram alguns aspectos negativos na experiência descrita: a não avaliação do Índice de Apgar

no quinto minuto e a necessidade sentida em felicitar a mulher pelo seu desempenho no parto.

Continuamos a sentir necessidade de felicitar a mulher pelo seu desempenho no parto... continuamos a não olhar para a mulher como protagonista e parceira activa do seu parto. Deveríamos apenas reforçar as suas capacidades naturais para passar pelo processo de parto... Tenho de me esforçar mais para olhar a parturiente e o seu acompanhante como os protagonistas e o nosso papel de EESMO como mais secundário e de apoio àquela equipa...

Deveria também ter questionado a falha da avaliação do Índice de Apgar mas naquele momento, nesta fase ainda precoce do ensino clínico, preferi manter uma posição mais neutra, não questionando a enfermeira responsável pelos primeiros cuidados ao RN – mas devia tê-lo feito...

Quando voltar a deparar-me com uma situação semelhante, e de certeza que irá acontecer inúmeras vezes, tentarei melhorar as minhas atitudes e actividades de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados de qualidade crescente, olhando sempre para a parturiente e acompanhante como protagonistas e nós, enfermeiros, como equipa de apoio. Por outro lado, se me deparar com situações que me suscitem dúvidas ou surpresa, procurarei sempre questionar as mesmas, tendo sempre como base a pesquisa bibliográfica e a evidência científica.

BIBLIOGRAFIA

COUTINHO, Emília de Carvalho – A experiência de ser cuidada na sala de partos. **Revista Millenium**. [versão electrónica]. Nº 30 (Outubro 2004), p. 29-37. [acedido a 03/02/2011]. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/3.pdf>. ISSN 1647-662X

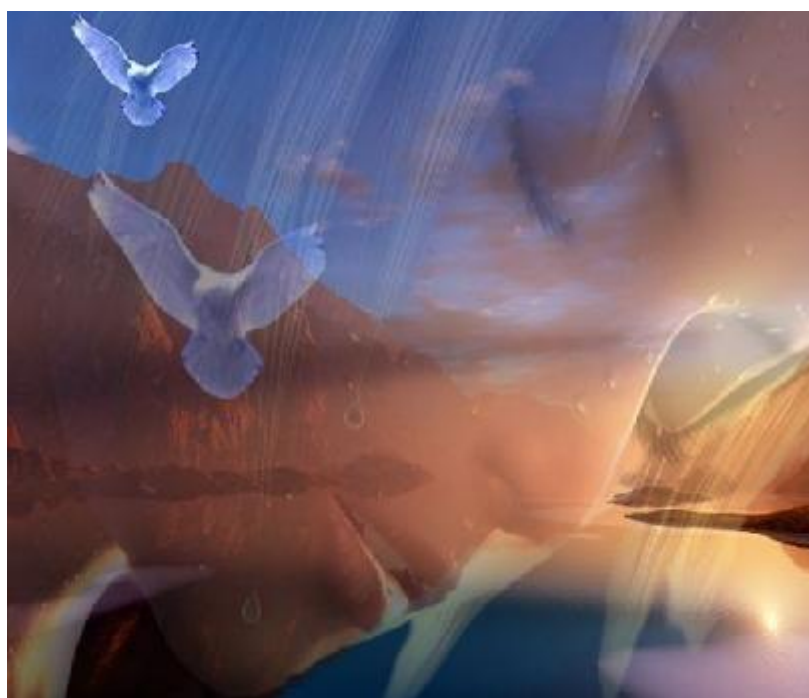
CRUZ, Maria Celeste; VIEIRA, Maria Celeste – Satisfação da Parturiente face à relação de ajuda. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº 25 (Julho 1999). 25-29

APÊNDICE III – DIÁRIO DE APRENDIZAGEM III

**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTETRÍCIA (5º CPLEESMO)**

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM III

BLOCO DE PARTOS



**CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA ORIENTAL
HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER**

Discente: Mónica Rodrigues

Docente: Maria Teresa Santana Felix

Orientador do Local: Isabel Viola

Lisboa

Abril de 2011

Este Diário de Aprendizagem vai ser muito difícil de escrever...

A situação que vou descrever e sobre a qual vou reflectir é muito triste e dolorosa, num mundo bonito e alegre como é a Saúde Materna.

Há três dias, no final do turno da tarde, uma jovem com 20 anos de idade recorreu ao serviço de urgência do HSF, grávida de 20 semanas... referia dores abdominais mais acentuadas no hipocôndrio direito, mal-estar inespecífico e febre. Após a observação física e avaliação analítica foi-lhe diagnosticada uma pielonefrite à direita, tendo indicação de internamento para antibioterapia endovenosa.

Nesta altura, a médica que a observou realizou uma ecografia obstétrica para avaliação do bem-estar fetal e verificou que o feto apresentava malformações... a grávida tinha feito uma ecografia às 13 semanas que não revelava alterações. Cerca de duas horas depois o diagnóstico de malformações fetais foi confirmado por outra médica, mais experiente em diagnósticos ecográficos, verificando um provável teratoma na face, associado a hidrocefalia e hidrópia fetal...

A grávida foi informada do diagnóstico e prognóstico do feto e foi abordada a possibilidade de Interrupção Médica da Gravidez. Esta ficou muito triste mas manteve-se muito reservada... seguidamente foi transferida para o Serviço de Medicina Materno-Fetal, pelo que não tive mais oportunidade de falar com ela.

No dia seguinte fui fazer noite. O Bloco de Partos estava cheio de parturientes e um pouco confuso. A grávida tinha regressado ao Bloco de Partos pois mantinha febre, resistente à terapêutica (antipiréticos e antibioterapia tripla) e de manhã tinha-se verificado paragem de batimentos cardíacos fetais - além da necessidade de estabilização clínica, estava também a realizar indução de trabalho de parto para expulsão do feto morto.

Como estava muito queixosa foi-lhe administrada Petidina, segundo prescrição médica, tendo ficado mais confortável e dormindo por períodos, pelo que tentámos não a incomodar por algum tempo, embora mantivesse monitorização de parâmetros vitais. Cerca da 1h30 verifiquei que estava acordada e ajudei a colega, responsável pelos seus cuidados, a deixá-la mais confortável, posicionando-a e diminuindo a intensidade da iluminação. Sentei-me um pouco ao lado dela e perguntei-lhe se tinha alguma questão ou se podíamos fazer mais alguma coisa por ela...

Com um ar triste e melancólico questionou-me sobre a dor durante o período expulsivo e se iria demorar muito a acontecer. Disse-lhe que iríamos prestar-lhe todos os cuidados possíveis para minimizar a dor durante o trabalho de parto e que desconhecíamos quanto tempo demoraria pois cada situação é diferente da anterior. Reforcei a ideia de que estávamos lá para a ajudar e apoiar neste momento triste e doloroso e que poderia questionar-nos ou pedir o que quisesse que tentaríamos apoiá-la.

Nesta altura apercebi-me que não tinha ninguém a acompanhá-la... perguntei-lhe se não queria ninguém e ela ficou surpresa, revelando desconhecer que poderia ter acompanhamento permanente... após olhar para as horas (1h30min) referiu que já era tarde para chamar o namorado... disse-lhe que poderíamos fazer a chamada a qualquer momento, caso mudasse de ideias. Neste momento senti que estava cansada e queria ficar sozinha... havia longos momentos de silêncio e a utente fechava os olhos por longos períodos... disse-lhe que se precisasse de alguma coisa podia chamar e que voltaria daí a pouco, fiz-lhe uma festa na cabeça e saí do quarto.

Cerca de meia hora depois, sem sinais ou sintomas anteriores, os parâmetros de oximetria periférica baixaram, embora não associados a dificuldade respiratória em repouso. Foi chamada a Medicina Interna que a observou e optou por transferi-la para a unidade de cuidados intensivos, mas só após a resolução da situação obstétrica – teria de ser realizada uma cesariana para remoção do feto morto.

Rapidamente foi encaminhada para o bloco operatório, não sem antes terem sido feitas tentativas de contactar os familiares e namorado mas sem sucesso.

Durante o procedimento cirúrgico, já na fase de encerramento da sutura operatória, a parturiente fez paragem cárdio-respiratória e, apesar dos esforços de reanimação, não foi possível reanimá-la, tendo falecido às 6h30 da manhã.

Embora esta grávida tivesse um quadro infeccioso e uma situação clínica que carecia de vigilância não houve sinais nem sintomas que fizessem prever este trágico e triste desfecho...

Embora não estivesse presente em todos os acontecimentos, a situação foi exaustivamente discutida por todos os elementos da equipa multidisciplinar (enfermeiros, obstetras, anestesistas, cardiologista e medicina interna) não se

encontrando nenhum procedimento ou actuação incorrecta ou fora dos timings preconizados, transformando este acontecimento trágico em algo inexplicável e frustrante, mas também em algo que não foi possível evitar, apesar dos esforços de toda a equipa, no sentido de evitar este desfecho.

Foi uma situação inesperada, frustrante e muito triste para toda a equipa, deixando-nos perplexos com a fragilidade da vida... e os limites da nossa capacidade de actuação...

Esta situação fez emergir muitos sentimentos... tristeza e dor pela perda súbita e tão precoce de duas vidas, impotência e revolta por não termos conseguido um desfecho menos desfavorável e também uma sensação de estar a vivenciar um pesadelo e que nada desta experiência seria real, pensando que iria acordar e que tudo não passaria de um sonho mau...

Senti esta perda dupla como algo inexplicável e revoltante... porquê duas vidas ceifadas de forma tão repentina e tão precoce? Queremos sempre encontrar uma razão mas por vezes não a achamos... analisei e reanalisei a situação para encontrar algo que justificasse esta perda... mas nada encontrei... discutimos o assunto dentro da equipa e nada encontrámos que justificasse esta tragédia.

Lidar com a morte é sempre difícil... Quando nos deparamos com situações de perda, morte, luto e sofrimento vivenciamo-las com penosidade, pois é-nos incutido o cuidar para a saúde e vida e não para a morte. Como afirma Collière (1999, p.27) “desde que existe vida que existem cuidados porque é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer”.

Penso que esta experiência foi extremamente pesada e traumatizante mas que me fez crescer mais um pouco como profissional e pessoa. Vivenciar esta experiência como participante externa fez-me reviver experiências pessoais, tornando esta situação ainda mais dolorosa. No entanto sinto que, ao termos de enfrentar os nossos próprios fantasmas e ao trabalharmos os nossos sentimentos, conseguimos desenvolver as nossas capacidades e competências pessoais e profissionais para enfrentarmos estas situações tão complicadas.

Como refere Pires (2010, p. 149)

“a morte é um tema bastante controverso e polémico, nomeadamente no seio dos profissionais de saúde, onde gera medos, ansiedades e frustrações.

Para que o fenómeno da morte possa ser encarado com serenidade e naturalidade pelos profissionais de saúde, estes devem aceitá-lo como inevitável.

A morte faz parte do ciclo vital e, como tal, é um facto a viver. Se o soubermos assumir e perceber, poderemos enquadrar melhor a sua vivência.”

Infelizmente deparamo-nos com situações deste tipo no nosso percurso profissional, embora, felizmente, sejam raras nesta vertente da enfermagem. Lidamos com a morte com alguma naturalidade no fim do ciclo vital mas não a conseguimos encarar serenamente quando ocorre tão precocemente.

Dada a raridade destes desfechos negativos na obstetrícia, não trabalhamos muito as nossas competências para lidar com a morte e o luto, embora também seja nesta vertente que tenhamos um papel primordial junto das famílias que cuidamos.

Penso que deveremos sempre analisar estas situações, tanto do ponto de vista técnico-científico como relacional, e elaborar um diário de aprendizagem, seguindo os passos do Ciclo Reflexivo de Gibbs, mesmo que só mentalmente, pois ajuda-nos a trabalhar os acontecimentos e sentimentos e a delinear estratégias facilitadoras para utilizarmos em situações similares.

Em retrospectiva, apenas sinto que poderia ter estado mais tempo junto da grávida, para que esta se sentisse mais acompanhada e apoiada num momento tão sombrio da sua vida... e também deveria ter insistido mais para que ela contactasse o namorado...

Como Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, devo estar desperta aos pormenores que podem ajudar a ultrapassar de forma menos penosa estas vivências... “a atenção a essas «pequenas coisas» ” revela a preocupação do profissional com o outro, na sua existência (...) a valorização (...) de todas essas “pequenas coisas” constituem os cuidados de enfermagem” (Hesbeen, 1997, p.47).

Sinto que faz parte das minhas competências profissionais ser um elemento facilitador para que as famílias se sintam apoiadas numa situação de perda e luto, promovendo um processo de luto saudável.

Se me voltar a deparar com uma situação semelhante procurarei demonstrar disponibilidade e empatia de forma a minimizar o sofrimento psicológico destas mães, estando sempre alerta para sinais ou sintomas que indiquem algum tipo de descompensação orgânica, de forma a prevenir desfechos negativos.

Por outro lado, em termos de equipa multidisciplinar, julgo ser de primordial importância a discussão aberta das situações de risco e perda e análise de actuação, de forma a detectar erros de procedimentos e prevenção de ocorrência dos mesmos em situações futuras – mas isto em qualquer nível de enfermagem (generalista ou especialista) e em qualquer área da saúde.

Também penso que estas discussões podem ser uma das melhores estratégias para ajudar a que os elementos da equipa expressem os seus sentimentos perante a situação e se apoiem mutuamente em termos emocionais, promovendo um ambiente de trabalho saudável e com espírito de equipa.

Como Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, como elementos de referência na equipa de enfermagem, teremos um papel ainda mais importante nesta situação. Devemos promover a discussão dos acontecimentos e sentimentos, potenciando o crescimento profissional e pessoal dos elementos da equipa de enfermagem e reforçando o espírito de equipa.

BIBLIOGRAFIA



COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a vida**. Lisboa: Lidel, 1999. ISBN 972-757-109-3

HESBEEN, Walter – **Cuidar no hospital**. Loures: Lusociência, 1997. ISBN 972-8383-11-8

LAZURE, Helène – **Viver a relação de ajuda**. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN 972-95399-5-2

PIRES, Carlos (2010) - **Emoções em Saúde – Contributos**.Fátima: Corrente Dinâmica ISBN 978-989-96617-1-4 Págs 142-150

RIBEIRO, Patrícia Cruz Pontífice Valente – **Um “olhar” sobre o cuidar em enfermagem**. Lisboa: Universidade Aberta, 2000. Tese de Mestrado

Imagem da capa disponível em: http://4.bp.blogspot.com/-yPZvooELvp0/TaYTU3jA_el/AAAAAAAAABwY/2cXoOJcCM4o/s1600/mulher_triste%2B%25282%2529.jpg, acedido a 22 de Abril de 2011

APÊNDICE IV – DIÁRIO DE APRENDIZAGEM II

**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTETRÍCIA (5º CPLEESMO)**

**DIÁRIO DE APRENDIZAGEM II
ENSINO CLÍNICO IV – UNIDADE DE NEONATOLOGIA**



**CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA ORIENTAL
HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER**

Discente: Mónica Rodrigues

Docente: Maria Teresa Santana Félix

Lisboa

Março de 2011

No decurso do Ensino Clínico IV está preconizada uma semana de observação e colaboração na prestação de cuidados de enfermagem ao RN/família hospitalizado em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, que realizei entre 14 e 18 de Março de 2011.

Sentia-me algo apreensiva com esta etapa do percurso académico, visto nunca ter exercido funções em valências pediátricas e julgar os cuidados hospitalares neonatais uma valência difícil (por desconhecimento da realidade) e muitas vezes triste da maternidade. Posso neste momento afirmar que foi uma experiência muito gratificante e que me surpreendeu muito pela positiva.

Foi proposto ao grupo de estudantes deste local de ensino clínico que seleccionássemos uma família com um RN prematuro em início de internamento de forma a conseguirmos criar uma ligação, proporcionar a continuidade de cuidados e observar a evolução desta família com o decurso do internamento.

Assim sendo, foi-nos sugerida pela Sr.^a Enf.^a Chefe Theresa Vasconcellos uma RN do sexo feminino, com 8 dias de vida e 30 semanas de gestação.

A RN nasceu no início de Março, com 1280g, de parto distócico (fórceps), após início espontâneo de trabalho de parto prematuro, aparentemente sem patologias associadas e com Índice de Apgar 9/10.

A gravidez foi vigiada no Centro de Saúde, tendo a grávida apresentado hemorragias no 2º trimestre pelo que ficou em repouso, com melhoria da sintomatologia.

Aparentemente era uma família adequada para atingirmos os nossos objectivos já que a RN tinha bom prognóstico clínico, a mãe tinha tido alta hospitalar há 2 dias e os pais ainda estavam pouco envolvidos na equipa

de cuidados, dado estar ainda na fase inicial de internamento e tendo a mãe estado internada e em recuperação após o parto.

Ambos os progenitores são de nacionalidade brasileira, sendo o pai empresário imobiliário e a mãe escriturária na empresa do companheiro. Este casal vive junto há cerca de 7 meses, estando a mãe em processo de divórcio do anterior companheiro.

Nesta unidade existe um pequeno caderno/diário para cada criança internada, aonde tanto os pais como os profissionais de saúde podem escrever o que sentem, o que fazem ou as conquistas do dia-a-dia.

O diário desta menina está repleto de amor e carinho, reflectindo grande vontade de a levar para casa e tem sido escrito todos os dias pelo pai ou pela mãe. Assim sendo, tinha expectativas de uma família muito presente e muito interessada na prestação dos cuidados à sua filha.

Surpreendentemente (para mim), este casal só vinha ver a filha uma vez por dia, ao fim do dia, e por um curto período de tempo. Durante a visita escreviam no diário, olhavam para ela por momentos, sempre a sorrir, mas não demonstravam vontade de se tornarem membros da equipa de cuidados nem falando ou querendo tocar na RN, apresentando uma postura corporal distante (com as mãos atrás das costas) e chegando a distanciar-se fisicamente da incubadora ao falar-lhes da importância do toque e da vinculação. Aproximei-me deles e falei-lhes um pouco sobre a vinculação e que poderiam falar com ela e tocar-lhe de forma suave para que ela sentisse a sua presença e o seu amor. Verbalizaram interesse nas minhas palavras e afirmaram que viriam mais vezes e durante mais tempo de forma a criarem essa ligação... mas até ao final da semana o padrão de visita manteve-se inalterado...

Fiquei bastante surpreendida com a conduta dos progenitores daquele pequeno ser indefeso e carente de afectos... e sinto que se torna

pertinente, para a minha aprendizagem, reflectir sobre este comportamento parental...

Foi difícil de explorar esta postura dos pais visto ter tido apenas um contacto fugaz com eles, numa única visita que presenciei e de curta duração (cerca de vinte minutos), com várias saídas e entradas durante a mesma...

O nascimento prematuro e o internamento numa Unidade de Neonatologia podem levar a uma barreira e retrocesso no início e estabelecimento de uma relação próxima entre a tríade mãe-pai-filho. A relação e a vinculação precoce que se espera que ocorra de forma calma, harmoniosa e gratificante para todos os participantes, transforma-se num misto de medo e ansiedade com o futuro que desestrutura os alicerces familiares. Já Lowdermilk e Perry (2005, p. 900) referem que “os pais que vivem o nascimento de uma criança pré-termo têm uma experiência distinta da dos pais que têm uma criança de termo. Devido a esta diferença, a vinculação e a adaptação ao papel parental pode também ser distinta”.

A capacidade e forma de resposta a estas situações diferem em todas as famílias, sendo demonstrada por diferentes comportamentos. Assim é muito importante o nosso papel de enfermeiros, na identificação das necessidades dos pais e do recém-nascido, de forma a potenciar e fortalecer a vinculação da tríade e a gradual autonomia dos cuidados.

A vinculação é primordial pois favorece as relações da tríade, influenciando também o desenvolvimento cognitivo e social da criança. O processo de vinculação é condicionado por diversos factores que podem facilitar ou dificultar o estabelecimento do processo de vinculação (Barradas, 2008).

Segundo Klaus e Kennell (1976), citados por Barradas (2008), as etapas de ligação pais/recém-nascido, são iniciadas antes da concepção e seguem a seguinte evolução:

- planeamento da gravidez;
- confirmação da gravidez;
- aceitação da gravidez;
- percepção dos movimentos fetais;
- aceitação do feto como pessoa;
- nascimento;
- percepção do choro e visualização do bebé;
- o contacto com o recém-nascido;
- a maternidade e os seus cuidados diários.

Assim sendo, o período precoce após o nascimento é muito importante para o fortalecimento dos laços afectivos que se foram criando no período pré-natal. O contacto íntimo com a mãe, através do abraço, o contacto pele-a-pele, o cheiro da mãe, a visão da face e a audição da voz dos pais, bem como o aleitamento materno são pilares para o desenvolvimento da vinculação.

Como refere Ramos (2004), citada por Barradas (2008, p.43) “desde o nascimento o bebé tem necessidade de ser cuidado num ambiente caloroso e de ter uma relação próxima, estável e afectiva com a mãe, o pai ou substituto.”

O nascimento de um recém-nascido prematuro, um ser frágil e pequeno, vai dificultar todo este processo, levando a sentimentos de tristeza, incapacidade, culpa e por vezes medo de perda. Estes sentimentos geram

stress, ansiedade, angústia e mesmo depressão o que poderá levar ao afastamento entre os pais e recém-nascido (Barradas, 2008).

É nestas situações de crise que a equipa de enfermagem da Unidade de Neonatologia tem um papel fundamental, apoiando os pais de forma a conseguirem ultrapassar esta fase difícil.

É primordial incentivar, manter e reforçar o vínculo da tríade, assegurando a manutenção de um ambiente de afecto. Para tal, é essencial incluir os pais nos cuidados prestados, observando as mensagens verbais e não-verbais, interpretando-os de forma a identificar dificuldades e obstáculos para ajudar a família a ultrapassá-los. Como referem Tamez e Silva (2002, p.171) é muito importante “ atender não só as necessidades dos recém-nascidos, mas também os aspectos psicossociais dos pais”, algo bastante dificultado pela escassa presença parental durante esta semana.

É necessário tempo e muito apoio para que os pais ultrapassem estas dificuldades e obstáculos pois o internamento numa unidade de Neonatologia é um acontecimento não programado e stressante para qualquer família. Os pais normalmente ficam ansiosos com o estado do seu filho, com o aspecto físico do mesmo e com todo o aparato e tecnologia da unidade, tendo de fazer o luto do bebé imaginado e a adaptação ao bebé real, levando frequentemente a uma ambiguidade de sentimentos.

Numa fase inicial os pais podem demonstrar alguma dificuldade e resistência à formação de laços afectivos com o seu filho prematuro, criando mecanismos de defesa a uma perda real (bebé imaginário) e a uma perda possível (morte do prematuro).

Julgo que a família que observei na Unidade de Neonatologia do Hospital São Francisco Xavier, se encontrava nesta fase, ainda incrédulos com a prematuridade da sua filha e com alguma dificuldade em criar laços

afectivos reais. Embora escrevessem no diário demonstrando grande amor, os seus actos não reflectiam este afecto. Podiam estar a proteger-se do sofrimento de ver a sua filha a ser submetida a técnicas invasivas ou a limitar a vinculação para minimizar o sofrimento em caso de perda...

Seria de esperar que os pais demonstrassem vontade de tocar e beijar a sua filha... mas por vezes os mecanismos de defesa condicionam os comportamentos. Mas não devemos avaliá-los de forma negativa. Devemos sim analisar estes comportamentos de forma a podermos apoiar a família neste momento difícil.

Penso que, aos poucos, através do apoio e orientação dos profissionais de saúde desta unidade e nunca forçando a mudança do papel parental, o grau de participação nos cuidados e o desenvolvimento de laços afectivos destes pais se irá desenvolvendo até à autonomia.

Gostaria muito de ter conseguido abordar e trabalhar todas estas temáticas e problemáticas com estes pais, mas senti-me muito limitada em fazê-lo perante a pouca presença dos mesmos durante o meu período de permanência nesta unidade, esperando que esta ausência seja progressivamente menor e que a participação nos cuidados e a vinculação da tríade se desenvolvam positivamente nas próximas semanas.

Acho que o meu papel perante esta família foi pequeno... mas é de pequenas intervenções e atenções que se desenvolve uma relação de confiança entre pais e equipa de saúde, de forma a promover a autonomia dos cuidados e laços afectivos na tríade.

Embora sem experiência anterior neste campo e com a perplexidade e ambiguidade de sentimentos que senti no início deste curto período de observação e colaboração na prestação de cuidados de enfermagem ao RN/família hospitalizado em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, sinto que a observação da dinâmica especial destes cuidados e a

pesquisa e reflexão dos comportamentos observados, me permitiram um crescimento profissional e pessoal.

Sinto que a reflexão e pesquisa a que esta experiência me levou, contribuíram para conhecer melhor as causas e compreender os comportamentos parentais. Compreender esta realidade, irá potencializar um trabalho mais específico com estas famílias, apoiando-as nas suas decisões e desenvolvendo as suas potencialidades parentais de acordo com as suas capacidades e necessidades.

Também foi de extrema importância as conversas que desenvolvi com a equipa de enfermagem desta unidade, com especial relevo para a enfermeira chefe, que me transmitiram a importância dos cuidados especiais ao prematuro e o amor que lhes é dedicado.

Como futura Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, penso que é primordial conhecer estes fenómenos, de forma a poder proporcionar às mulheres, famílias e seus recém-nascidos cuidados de enfermagem especializados de qualidade crescente e adequados às suas necessidades específicas.

Penso que o cuidar de um recém-nascido prematuro é um dos maiores desafios para os profissionais de saúde... mas é ainda maior para os pais!

Julgo que o nascimento prematuro é um tema que devemos abordar nas consultas de vigilância pré-natal, de forma que os pais estejam preparados para esta ocorrência, não sentindo este acontecimento, caso ocorra, como algo desconhecido e assustador.

Se me voltar a deparar com uma situação semelhante tenciono estimular e potencializar a vinculação ainda antes do nascimento e, se possível, promover o fortalecimento dos laços afectivos no período precoce após o nascimento. Privilegiarei também a informação e instrução dos pais sobre

a prematuridade, sempre adaptada à situação específica e às suas necessidades e capacidades.

Procurarei identificar as dificuldades e obstáculos dos pais, sempre com o objectivo de atender as necessidades do recém-nascido e dos pais, apoiando para o desenvolvimento das suas competências parentais e de cuidadores.

Trabalharei com a tríade, estimulando o envolvimento parental e a sua adaptação a uma situação especial de cuidados, procurando desmistificar as especificidades do cuidado ao prematuro, de forma a ultrapassar progressivamente as barreiras e dificuldades, tendo sempre como finalidade uma maior autonomia e o fortalecimento da vinculação.

BIBLIOGRAFIA

BARRADAS, Alexandra Maria Carapito Ramos (2008) - **Parentalidade na Relação com o Recém-Nascido Prematuro - Vivências, Necessidades e Estratégias de Intervenção**. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de Mestrado.

LOWDERMILK, Deitra L.; PERRY, Shannon E. (2006) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. (2002) - **Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco**, 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 8527715414.

Imagem da capa disponível em: <http://www.ecuadortimes.net/wp-content/uploads/2011/03/neonatologia-1.jpg>, acedido a 25 de Março de 2011

**APÊNDICE V – ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO DA
LITERATURA**

Estudos seleccionados para a realização da Revisão Sistemática da Literatura

ESTUDO	PARTICIPANTES	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
<p>Annette D. Huntington (2002). “Working with women experiencing mid-trimester termination of pregnancy: the integration of nursing and feminist knowledge in the gynaecological setting” Artigo Descritores: feminist praxis, feminist theory, gynaecology, mid-trimester termination</p>	<p>Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica</p>	<p>Artigo sobre os cuidados de enfermagem a mulheres submetidas a interrupções da gravidez, durante o segundo trimestre de gestação</p>	<p>O parto de um feto por interrupção no segundo trimestre de gravidez tem impacto físico e psicológico na mãe mas também poderá ser causador de stress nos profissionais de saúde dada a natureza e a gestão dos cuidados. Após o parto é o enfermeiro que terá de tratar do feto, segundo os protocolos da instituição – o feto tem já uma forma humana completa e tem de ser muitas vezes limpo e vestido para os pais o verem. Estes cuidados podem muitas vezes provocar sentimentos de tristeza e stress nos profissionais. Esta vertente dos cuidados de enfermagem é muito emocional e continua a existir pouco suporte para gerirem os seus sentimentos, tendo de arranjar estratégias pessoais. É necessário deixarmos de achar que os enfermeiros conseguem gerir as situações que a maioria das pessoas acharia difícil de gerir. Cuidar dos enfermeiros deveria ser tão importante como cuidar dos pacientes – reuniões de reflexão e partilha deveriam ser regulares nestas situações.</p>
<p>Williams, C. (2007). “Starting out: student experiences in the real world of nursing. I learned to set aside my own feelings on abortion” Artigo de opinião Descritores: nursing student; feelings; medical terminations</p>	<p>Estudante de enfermagem</p>	<p>Cuidar de mulheres em processo de interrupção de gravidez</p>	<p>O papel dos cuidados de enfermagem é mais importante que a opinião pessoal do enfermeiro. O apoio e a partilha de sentimentos na equipa de enfermagem são importantes para facilitar o cuidar das mulheres em processo de interrupção da gravidez</p>
<p>Williams, E. (2006). “Emotion is a resource for nurses in gynaecology units...” Artigo de opinião Descritores: emotions; nursing; pregnancy termination</p>	<p>Enfermeira</p>	<p>Utilização das emoções como recurso e não como fraqueza para cuidar mulheres em interrupção da gravidez</p>	<p>O envolvimento em situações de perda gestacional é sempre doloroso, levando mesmo o profissional às lágrimas. O apoio e entreeajuda da equipa profissional facilita o lidar com estas situações. A empatia, a escuta, o respeito pela privacidade e por vezes, um carinho são as formas de expressão de cuidado.</p>

ESTUDO	PARTICIPANTES	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
<p>Roehrs, C., Masterson, A., Alles, R. et al (2008). “Caring for families coping with perinatal loss” Estudo qualitativo Descritores: perinatal loss; bereavement; coping strategies; grief; labor care</p>	<p>10 enfermeiros que exercem funções em Sala de partos</p>	<p>Com o objectivo de conhecer a experiência dos enfermeiros em cuidar de famílias a vivenciar uma perda perinatal e identificar os factores que influenciam a capacidade para o fazer, bem como o que poderá ser feito para aumentar essas capacidades, foram realizados questionários com questões que abordavam:</p> <ul style="list-style-type: none"> - descrição das experiências de cuidados; - factores que contribuem para um maior conforto na prestação destes cuidados; - o que ajudaria a lidar com os desafios emocionais e na prestação dos cuidados; - como é que os programas de formação poderiam melhorar o cuidados na perda perinatal 	<p>É referida a penosidade e os sentimentos de tristeza ao lidar com a perda perinatal. É sugerida a formação e o apoio reforçado da equipa profissional como necessária e importante. Uma das estratégias de formação para a melhoria dos cuidados seria a alteração dos conteúdos programáticos na formação de enfermagem, dando maior relevância aos cuidados de enfermagem no luto.</p>
<p>Matthews, H. (2007). “Dealing with the loss” Artigo de opinião Descritores: see and hold the stillborn; grief; depression; anxiety; post-traumatic stress disorder;</p>	<p>Parteira</p>	<p>Reflexão sobre o ver e pegar no filho morto e o aumento, ou não, dos sinais e sintomas de depressão, ansiedade e stress pós-traumático</p>	<p>Na opinião da autora, fundamentada na sua prática clínica e nas conversas num grupo de apoio que criou na internet, esta considera benéfico a mãe e a família serem apoiados e gentilmente encorajados a pegar nos seus bebés, de forma a ficarem gravados na sua memória com amor. Para a autora é normal haver sintomas de depressão, ansiedade e stress pós-traumático durante o processo de luto. Por outro lado também refere que as mães que não vêem os seus filhos, por vezes, fogem da realidade da perda e numa outra situação de crise emocional, ou numa próxima gravidez, pode emergir o luto de uma forma mais intensa.</p>
<p>Ufema, J. (2004). “A need for extra gentleness” Artigo de opinião Descritores: mães em luto; lembranças; recordações;</p>	<p>Enfermeira</p>	<p>Sugestões de recordações e pequenas atenções para a mãe que sofreu uma morte perinatal</p>	<p>É referida a necessidade, verbalizada por algumas mães em luto, de ficarem com lembranças do seu filho falecido. É sugerida a oferta do gorro azul ou rosa e da manta onde o bebé foi recebido, bem como a moldagem dos pés e mãos em gesso com um molde em forma de coração. Alguns pais também apreciam fotografias, mas estas terão de ser ponderadas se existirem malformações visíveis. É incentivado o pai a adquirir um ramo de doze rosas para a mãe levar ao colo quando tem alta hospitalar – <i>todas as mães recentes merecem carregar algo lindo nos braços quando regressam a casa.</i></p>

ESTUDO	PARTICIPANTES	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
<p>Schneider, Adriana; Van der Sand, Isabel (2004)</p> <p>“Sentimentos e vivência da equipe de enfermagem na assistência a mães e família durante o processo de luto por perda fetal”</p> <p>Qualitativa</p> <p>Descritores: assistência de enfermagem, perda fetal, processo de luto</p>	<p>10 Enfermeiros de unidade de puerpério</p>	<p>Com o objectivo de conhecer os sentimentos e condutas da equipa de enfermagem face ao processo de luto vivenciado pelas gestantes e família e também a percepção da possibilidade de assistência a ser dispensada durante este processo foram aplicados questionários compostos por perguntas abertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comente sobre a sua vivência com a situação de perda fetal em seu local de trabalho? - O que faz para atender as necessidades da mãe e família que perdeu o bebe? - Já teve algum tipo de preparação para lidar com a morte, o luto no ambiente de trabalho? 	<p>No que diz respeito à percepção da equipa de enfermagem em relação à mãe é referido ser difícil e triste e que a mulher reage de formas diferentes (histeria, choro, tristeza, agressividade e sensação de fracasso).</p> <p>É mencionada como agravante a permanência da mulher na mesma enfermaria que outras puérperas com os seus filhos vivos.</p> <p>Sobre os sentimentos da equipa de enfermagem frente à perda fetal é descrita tristeza, associada a empatia e impotência perante a morte.</p> <p>O apoio psicológico e a referência à Psicologia são as respostas sobre a prática da enfermagem perante a mulher em luto por morte fetal.</p> <p>É constatada a não existência ou a insuficiência da preparação profissional para lidar com a morte e é manifestado o interesse e necessidade de formação nesta área, bem como a discussão e reflexão sobre esta temática.</p>
<p>Ampese, Deise et al (2007).</p> <p>“A influência da actuação da enfermagem aos pais que vivenciam a morte do feto viável”</p> <p>Estudo qualitativo</p> <p>Descritores: morte fetal; cuidados de enfermagem; relações profissional-família</p>	<p>3 Pais (2 mulheres e um casal) com antecedentes de óbito de feto viável (com idade gestacional entre 35 e 39 semanas) nos últimos seis meses</p>	<p>Com o objectivo de conhecer a influência da actuação de enfermagem nos pais que vivenciaram a morte do feto viável foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com três áreas temáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - decorrer da gestação, do pré-natal à morte do feto viável; - actuação da enfermagem do internamento até à alta; - expectativas dos pais no planeamento de uma próxima gravidez. 	<p>Todos os pais referiram alegria durante a gravidez, apreensão quando surgiram os primeiros sinais de alterações e surpresa e revolta quando da confirmação da morte fetal.</p> <p>Também houve referência a desconfiança em relação aos profissionais no momento do diagnóstico, passando a responsabilidade a outro e não explicando aos pais o que se passava.</p> <p>No que diz respeito à actuação de enfermagem durante o internamento foi verbalizada a ausência de apoio durante o trabalho de parto.</p> <p>Durante o nascimento foi enfatizada a importância da enfermagem, destacando-se a fundamentação da necessidade de mostrar o feto à mãe, pois isso irá ajudá-la no processo de elaboração da perda e a encarar a realidade - a mãe que não viu o seu filho, nem foi estimulada a isso, demonstrou-se arrependida.</p> <p>No pós-parto volta a ser referida um distanciamento dos enfermeiros, demonstrando que os profissionais de saúde que trabalham na maternidade, têm dificuldade em lidar com a morte, refugiando-se nos aspectos técnicos dos cuidados</p>
<p>Sloan, B. (2004).</p> <p>“Supporting parents after a stillbirth”</p> <p>Artigo de opinião</p> <p>Descritores: supporting parents; stillbirth</p>	<p>Enfermeira</p>	<p>Sugestões de recordações e pequenas atenções para a mãe que sofreu uma morte perinatal de uma enfermeira que sofreu uma morte fetal às 42 semanas de gestação</p>	<p>Esta enfermeira refere que ainda guarda o molde de gesso feito por uma colega do pé do seu bebé morto há 12 anos.</p> <p>Sugere que além das rosas sugeridas por Joy Ufema no seu artigo se ofereça também um grande urso de peluche para preencher os braços vazios e que se utilize uma saída diferente da maternidade.</p> <p>Também refere que a família não deve ser encorajada a desfazer o quarto do bebé... os pais em luto o farão quando estiverem preparados.</p>

ESTUDO	PARTICIPANTES	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
<p>Chan, M., et al (2009). "Investigating factors associated with nurses' attitudes towards perinatal bereavement care: a study in Shandong and Hong Kong"</p> <p>Estudo quantitativo</p> <p>Descritores: bereavement care; china; nurses; nursing; women</p>	<p>657 Enfermeiras das unidades de ginecologia e obstetria</p>	<p>Com o objectivo de explorar as atitudes dos enfermeiros em relação aos cuidados no luto perinatal, às políticas hospitalares e à formação para cuidar no luto, foram aplicados questionários</p>	<p>A maioria dos enfermeiros tem uma atitude positiva no cuidado no luto. Apenas 21% dos enfermeiros inquiridos tem formação para cuidar no luto, cerca de 89% considera ter necessidade de obter conhecimentos e desenvolver competências para compreender e apoiar os pais em luto e cerca de 88% compartilham as suas experiências com colegas e procuram apoio quando se sentem stressados.</p> <p>Os factores associados às atitudes dos enfermeiros no cuidado no luto perinatal são:</p> <ul style="list-style-type: none"> - idade; - experiência anterior em lidar com pais em luto; - formação sobre cuidar no luto; - percepção dos enfermeiros sobre politica institucional.
<p>Amirali, Kathidja; Dias, Ana Catarina (2010) "O nascimento de uma vida acabada"</p> <p>Estudo qualitativo</p> <p>Descritores: Cuidar em enfermagem; experiências; feto morto; interação enfermeiro-mulher; morte; nascimento; saúde materna e obstétrica.</p>	<p>Quatro Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica</p>	<p>Com o objectivo de responder à questão: Quais as experiências dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica face à realização de um parto de feto morto com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas?</p> <p>Foram realizadas entrevistas abertas áudio gravadas, abordando os seguintes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - descrição da experiência; - reacção à situação; - reflexão sobre a actuação; - modificação da prestação de cuidados por ser feto morto; - razão da escolha do episódio descrito. 	<p>A abordagem do enfermeiro perante a morte fetal assume formas distintas, relacionada com a personalidade e com a experiência de vida do enfermeiro.</p> <p>A vivência da realização de um parto de um feto morto está associada a sentimentos, muitas vezes negativos, sendo muito importante aprender a lidar com eles, para prevenir marcas profundas.</p> <p>É difícil separar a vida profissional da vida pessoal, pelo que o tempo de experiência e a vivência pessoal do enfermeiro influenciam a sua atitude e a compreensão da situação.</p> <p>Foi verbalizada também uma percepção de que se pode sempre fazer mais para ajudar a mulher.</p> <p>Também se concluiu que a actuação dos enfermeiros se deve pautar pelo respeito pelos valores humanos e pela vontade do utente, em que o enfermeiro reconhece e utiliza a sua sensibilidade e os seus sentimentos, de forma a promover o desenvolvimento e a realização, tanto em si próprio como na pessoa de quem cuida.</p>
<p>GOMES, Albina et al (2003) "Cuidados à Mulher e Família no luto por morte fetal ou neonatal"</p> <p>Artigo de reflexão</p> <p>Descritores: Apego materno; Morte fetal e neonatal; Luto; Cuidar em enfermagem</p>	<p>Enfermeiros</p>	<p>Artigo reflexivo sobre a resposta emocional do luto do casal/família à morte fetal ou neonatal e da importância do conhecimento do enfermeiro, estabelecendo uma relação de ajuda durante o processo de luto em Obstetria</p>	<p>As mulheres/casais/famílias reagem de formas diferentes à perda fetal ou neonatal.</p> <p>As manifestações de luto são uma evidência do apego que a mulher fez durante a gestação.</p> <p>É muito importante que o enfermeiro que cuida a mulher/família que vivencia o processo de luto saiba efectuar uma escuta empática e activa, facilitando a verbalização e ajudando à resolução de sentimentos de luto, não esquecendo o pai e outros familiares.</p> <p>Os enfermeiros que cuidam famílias em luto também podem sentir dor e perda, pelo que devem procurar outros enfermeiros que os apoiem e escutem as suas manifestações de tristeza.</p>

ESTUDO	PARTICIPANTES	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
<p>PINTO, Maria Luísa Sotomayor de Carvalho (2005) “Interrupção Médica da Gravidez após Diagnóstico Pré-Natal de Doença Fetal ou Materna – Um Estudo numa Maternidade Pública de Lisboa” Tese de Mestrado</p> <p>Descritores: Desenvolvimento embrionário e fetal; Diagnóstico pré-natal; Interrupção da Gravidez; Perdas e luto durante Gravidez e Maternidade; Anomalia Fetal</p>	<p>Sessenta profissionais de saúde (médicos e enfermeiros)</p>	<p>Com o objectivo de conhecer a situação actual da Interrupção Médica da Gravidez na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, foi realizado um estudo exploratório através de um questionário com as seguintes temáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - conhecimentos sobre a legislação aplicável; - opinião sobre as condições em que decorrem as IMG; - identificação dos sentimentos vivenciados. <p>Também foi realizada pesquisa documental para caracterização sócio-demográfica dos casais que praticaram IMG entre 2001 e 2003 e uma entrevista a uma mulher com dois episódios de IMG (ambos por indicação fetal).</p>	<p>A maioria dos técnicos conhece, em termos globais, a legislação portuguesa aplicável às situações de exclusão da ilicitude da interrupção voluntária da gravidez e também a consideram justificável.</p> <p>No que diz respeito às condições em que decorrem as IMG, entendem ser necessários melhoramentos no espaço físico (favorecendo privacidade, conforto e acompanhamento), nos procedimentos burocráticos, na diminuição do tempo de espera e de internamento na maternidade bem como evitando a permanência destas mulheres junto de grávidas e puérperas com filhos saudáveis.</p> <p>Também é considerado necessário a existência de equipas multi-disciplinares para monitorizar os resultados obtidos na satisfação e motivação dos casais e técnicos de saúde.</p> <p>É necessário proporcionar formação e informação aos profissionais e organizar espaços de discussão e debate de todas as temáticas potencialmente geradoras de dificuldades/conflitos na equipa de saúde.</p>

APÊNDICE VI – NOTA DE CAMPO

NOTA DE CAMPO		
HSFX – Bloco de Partos	03/06/2011	22h30-8.30h
Descrição da Situação	Comentários do Observador	
<p>Mais uma noite em ensino clínico...</p> <p>São 3 da manhã e estou a partejar, nasceu um lindo menino com 3820g, sem malformações aparentes e 9/10 de Apgar.</p> <p>Estou com uma colega que me vai demonstrar e ensinar a suturar a episiotomia com sutura intradérmica - já lhe tinha pedido há algum tempo mas não tinha havido oportunidade até ao momento.</p> <p>De repente oiço gritos... gritos de dor e desespero...</p> <p>Estranho, não tínhamos mais nenhuma mulher internada na Sala de Partos.</p> <p>A assistente operacional chama-me para o quarto do lado. Sou substituída pela colega na realização da episiorrafia e dirijo-me para o outro quarto.</p> <p>Deparo-me com uma grávida com um fácies de tristeza e desespero, associado a dor. A enfermeira especialista, que já estava na sala, apenas me transmite que é uma situação de Interrupção Médica da Gravidez e que a grávida tinha acabado de ser transferida do Serviço de Medicina Materno-Fetal, em período expulsivo.</p> <p>Mal tive tempo de vestir o equipamento de protecção para prestar cuidados no 2º estágio de trabalho de parto...</p> <p>Perguntei-lhe o nome e ela respondeu-me com o seu primeiro nome. Chamei-a pelo nome e referi-lhe que estávamos ali para a ajudar e apoiar neste momento difícil.</p>	<p>A dor provocada pela perda fetal está presente nas mulheres em processo de IMG, muitas vezes exacerbada pela sensação de culpa pelo papel activo na morte do filho.</p>	

NOTA DE CAMPO		
HSFX – Bloco de Partos	03/06/2011	22h30-8.30h
Descrição da Situação	Comentários do Observador	
<p>Questionei-a sobre a vontade em visualizar o feto e a resposta rápida e brusca foi negativa:</p> <p><i>“- Não, não quero!”</i></p> <p>A expulsão fetal ocorreu e o feto estava morto. Procurei embrulhá-lo e tapá-lo de forma a não forçar a visualização pela mãe.</p> <p>A dequitação demorou... aproveitei estes momentos para conversar com esta mãe em luto.</p> <p>Questionámos sobre a vontade de chamar alguém e contactou-se o marido de forma a este vir acompanhá-la.</p> <p>Enquanto esperávamos o marido e também a dequitação fomos falando... coloquei-me ao seu lado e segurei-lhe a mão... procurei confortá-la pela sua perda.</p> <p>Fiquei em silêncio e escutei... escutei a sua dor, tristeza e frustração. Era o primeiro filho, desejado e programado. Uma concepção sem dificuldades e uma gravidez sem intercorrências até às 22 semanas...</p> <p><i>“- Estava tudo tão bem. Foi uma gravidez desejada e planeada... fiquei grávida um mês depois de deixar de tomar a pílula. Estávamos tão contentes...”</i></p> <p>Depois foi o desmoronar de um sonho... patologia cardíaca muito grave e complexa, com poucas hipóteses de sobrevivência e com qualidade de vida muito reduzida. Foi uma correria de segundas opiniões e de tomada de decisões rápida devido à proximidade das 24 semanas, limite legal para a IMG.</p>	<p>Existem diversos autores que defendem a visualização do feto morto, referindo que assim a mulher não fica com dúvidas sobre a morte do feto e não imagina malformações exageradas nem fica na dúvida se ocorreu a morte.</p> <p>Por vezes o apoio a prestar é apenas a presença e escuta, podendo ser reconfortante um toque, demonstrando empatia.</p> <p>Muitas vezes o diagnóstico de malformações fetais só ocorre próximo do limite legal para IMG, provocando alguma pressão temporal na decisão da mulher ou casal.</p>	

NOTA DE CAMPO		
HSFX – Bloco de Partos	03/06/2011	22h30-8.30h
Descrição da Situação	Comentários do Observador	
<p><i>“- De repente estava tudo mal... o nosso menino estava muito doente. Os médicos disseram que mesmo que sobrevivesse seria sempre doente e teria de fazer muitos tratamentos. Quisemos mais opiniões e o Dr. M foi muito claro. Ajudou-nos a aceitar melhor a nossa decisão. Mas é tão difícil.”</i></p> <p>A mãe desabafou a vivência desta situação numa outra maternidade de Lisboa... as médicas que os tinham atendido, como casal que tinha decidido interromper a gravidez pelo diagnóstico de malformação fetal, fizeram-nos sentir como más pessoas e maus pais.</p> <p><i>“- Quando saímos do consultório do médico fomos à maternidade... nunca me senti tão mal na minha vida... as médicas que nos atenderam fizeram-nos sentir uns monstros e como os piores pais do mundo pela nossa decisão de interromper a gravidez. Mas o bebé estava e ia sofrer muito.”</i></p> <p>Afirmei-lhe que essa opção é dos pais, que era uma decisão difícil e triste e que de certeza não tinha sido tomada de forma precipitada...e que as médicas com quem tinham contactado antes não deveriam tê-los feito sentir assim.</p> <p>Referi-lhe a existência de estudos que referem que a visualização do filho morto poderá ser facilitador na elaboração do processo de luto. Expliquei-lhe que seria sempre uma opção sua, mas que a qualquer momento poderia ver o seu filho e que era uma situação que poderia e deveria conversar com o marido quando este chegasse.</p>	<p>O apoio e postura empática dos profissionais de saúde são essenciais para proporcionar uma vivência menos penosa numa situação de perda fetal.</p> <p>A sensação de culpa está muitas vezes presente. A mulher ou casal culpam-se pelas malformações e também pela opção de não prosseguir com a gravidez. Podem mesmo referir sentirem que estão a ser castigados.</p>	

NOTA DE CAMPO		
HSFX – Bloco de Partos	03/06/2011	22h30-8.30h
Descrição da Situação	Comentários do Observador	
<p>Entretanto chegou o marido. Saí do quarto para lhes proporcionar alguma privacidade, referindo que voltaria dentro de momento. Cerca de dez minutos mais tarde voltei ao quarto. O casal estava muito próximo e de mãos dadas, numa postura de conforto mútuo. Perguntei se precisavam de alguma coisa ou se tinham alguma questão.</p> <p><i>“- Como referiu que ajuda no luto e agora que estamos os dois gostaríamos de ver o nosso filho.”</i> – afirmou o pai.</p> <p>Fui buscar o feto à mesa que estava numa zona mais distante do quarto, embrulhei-o cuidadosamente num campo cirúrgico (de forma semelhante como numa mantinha), segurei-o nos meus braços de forma envolvente e aproximei-me do casal, avisando que o fetiche estava um pouco escurecido/azulado por estar morto.</p> <p>Os pais olharam enternecidos para o filho...</p> <p><i>“- É lindo. Tão pequenino... só o coração é que estava mal.”</i> – disse o pai.</p> <p>Abri o campo carinhosamente, mostrando todo o corpo.</p> <p><i>“- Olha os pés e as mãos – compridas e bonitas. Sai ao pai. São iguais às tuas.”</i> – afirmou a mãe.</p> <p>Olhavam enternecidos para o seu filho, parecendo esquecer, por momentos, que estava morto.</p> <p><i>“- Tão bonito...”</i></p> <p>A seguir fez-se silêncio. Seguraram nas mãos um do outro e despediram-se do filho.</p>	<p>É importante que o profissional de saúde manuseie o corpo fetal demonstrando cuidado e respeito pela perda de uma vida humana e previna os pais sobre algum aspecto visual que os possa chocar</p> <p>É importante a visualização do bebé de forma a criar memórias e a reforçar os laços de amor.</p>	

NOTA DE CAMPO		
HSFX – Bloco de Partos	03/06/2011	22h30-8.30h
Descrição da Situação	Comentários do Observador	
<p>“- Temos tanta pena de nos separar de ti... mas fizemos o que achámos melhor para ti. Gostamos muito de ti.” – disse a mãe. “- Adeus Rodrigo. Serás sempre o nosso primeiro filho...” – disse o pai.</p> <p>Voltei a embrulhar o feto no campo, cuidadosamente, e segurando-o no colo, levei-o do quarto, explicando que iríamos proceder aos trâmites legais que já lhes tinham sido explicados.</p> <p>Sorriam e agradeceram a atenção. Pareceram-me serenos e satisfeitos com a sua opção de verem o filho e despedirem-se dele – tinham um fâcies tranquilo e até feliz.</p> <p>Deixei-os sozinhos por momentos de forma a conversarem e para ir cuidar do corpo fetal... custou-me colocar aquele pequeno ser, sem vida, em cima de uma superfície fria e cobri-lo com um plástico preto para a realização de radiografia para o estudo anatomo-patológico.</p> <p>Voltei ao quarto para a prestação dos cuidados de vigilância de bem-estar materno no puerpério imediato, aproveitando para alertar sobre sinais e sintomas de alerta no puerpério, numa perspectiva de Educação para a Saúde... após verificar o bem-estar físico da puérpera, proporcionei momentos de privacidade ao casal para se despedirem e posteriormente transferei a puérpera novamente para o Serviço de Medicina Materno Fetal.</p>	<p>Pode ser penoso para o profissional de saúde prestar cuidados ao corpo fetal, pois confronta-o com a perda e com a impotência por não ter conseguido cuidar para a vida e saúde</p> <p>Permanecer em proximidade com outras mães com filhos vivos pode agravar a dor</p>	

ANEXOS

ANEXO I – LEI 9/2009 DE 4 DE MARÇO

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;
- Protecção jurídica da mãe e da criança.

Disciplinas específicas das actividades 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 aspectos psicológicos;
- Preparação do parto (incluindo o conhecimento e a utilização do maternal obstétrico);
- Analgesia, anestesia e reanimação;
- Fisiologia e patologia do recém-nascido;
- Cuidados e vigilância do recém-nascido;
- Factores 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 activa 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 rasgos 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;
- Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetria;
- Iniciação aos cuidados em medicina e cirurgia — A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos.

O ensino teórico e técnico deve ser ponderado e coordenado com o ensino clínico (parte B do programa), de tal modo que os conhecimentos e experiências previstos neste anexo possam ser adquiridos de forma adequada.

O ensino clínico deve ser efectuado sob forma de estágios orientados nos serviços de um centro hospitalar ou em outros serviços de saúde aprovados pelas autoridades ou organismos competentes — Durante essa formação, os formandos participarão nas actividades dos serviços em causa, na medida em que contribuam para a sua formação, e serão iniciados nas responsabilidades que as actividades de parteira implicam.

5.2 — Títulos de formação de parteira

País	Título de formação	Organismo que concede o título de formação	Título profissional	Data de referência
Alemanha	Zeugnis über die staatliche Prüfung für Hebammen und Entbindungspfleger	Staatlicher Prüfungsausschuss	- Hebamme - Entbindungspfleger	23 de Janeiro de 1983.
Áustria	Hebammen-Diplom	- Hebammenakademie - Bundeshebammenlehranstalt	Hebamme	1 de Janeiro de 1994.
Bélgica	Diploma van vroedvrouw/Diplôme d'accoucheuse	- De erkende opleidingsinstututen/Les établissements d'enseignement. - De bevoegde Examen-commissie van de Vlaamse Gemeenschap/Le jury compétent d'enseignement de la Communauté française.	Vroedvrouw/ Accoucheuse.	23 de Janeiro de 1983.
Bulgária	Диплома за висше образование на образователно-квалификационна степен «Бакалър» с професионална квалификация «Акушерка».	Университет	Акушерка	1 de Janeiro de 2007.

País	Título de formação	Organismo que concede o título de formação	Título profissional	Data de referência
Chipre	Διπλώματα στο μεταβιοτικό πρόγραμμα Μαιευτικής	Νοσηλευτική Σχολή	Εγγεγραμμένη Μαία	1 de Maio de 2004.
Dinamarca	Bevis for bestået jordemoderk-samen.	Danmarks jordemoder-skole	Jordemoder	23 de Janeiro de 1983.
Eslováquia	1— Vysokškolský diplom o udeľení akademického titulu «baccalár z pôrodnej asistencie» («Bc.»). 2— Absolventský diplom v štuďijnom odbore diplomovaná pôrodná asistentka.	1— Vysoká škola 2— Stredná zdravotnícka škola	Pôrodná asistentka	
Eslovénia	Diploma, s katero se podaja je strokovni naslov «diplomirana babica/diplomirani babičar».	1— Univerza 2— Visoka strokovna šola	Diplomirana babica/diplomirani babičar.	
Espanha	- Título de Matrona - Título de Asistente obstétrico (matrona). - Título de Enfermería obstétrica-ginecológica.	Ministerio de Educación y Cultura	- Matrona - Asistente obstétrico	1 de Janeiro de 1986.
Estónia	Diplom ämmaemandaerialal	1— Tallinna Meditsiinikool 2— Tartu Meditsiinikool	Ämmaemand	1 de Maio de 2004.
Finlândia	1— Kätilön tutkinto/barmnorskeexamen. 2— Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto, kättilö (AMK)/yrkeshögskoleexamen inom hälsovård och det sociala området, barnmorska (YH).	1— Terveydenhuolto oppi-laitokset/hälsövrärdsläroanstalter 2— Ammatikorkeakoulu/Yrkeshögskolor	Kättilö/Barmnorska	
França	Diplôme de sage-femme	L'Etat	Sage-femme	23 de Janeiro de 1983.
Grécia	1— Πτυχίο Τμήματος Μαιευτικής Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (TEI). 2— Πτυχίο του Τμήματος Μαιών της Ανωτέρας Σχολής Σπουδών Υγείας και Κοινωνιών — Πρόνοιας (KATEE). 3— Πτυχίο Μαιίας Ανωτέρας Σχολής Μαιών.	1— Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Βρύμια (TEI). 2— ΚΑΤΕΕ Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. 3— Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας	- Μαία - Μαιευτής	23 de Janeiro de 1983.
Hungria	Szülészeti bizonyítvány	Iskola/főiskola	Szülészeti	1 de Maio de 2004.
Irlanda	Certificate in Midwifery	An Board Ailtnais	Midwife	23 de Janeiro de 1983.
Itália	Diploma d'ostetrica	Scuole riconosciute dallo Stato	Ostetrica	23 de Janeiro de 1983.
Letónia	Diploms par vecmātes kvalifikācijas iegūšanu.	Māsu skolas	Vecmāte	1 de Maio de 2004.
Lituânia	1— Aukštojo mokslo diplomas, nurodantis suteiktą bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją, ir profesinės kvalifikacijos pažymėjimas, nurodantis suteiktą akušerio profesinę kvalifikaciją. — Pažymėjimas, liudijantis profesinę praktinį akušerį. 2— Aukštojo mokslo diplomas (neuniversitetinės studijos), nurodantis suteiktą bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją, ir profesinės kvalifikacijos pažymėjimas, nurodantis suteiktą akušerio profesinę kvalifikaciją. — Pažymėjimas, liudijantis profesinę praktinį akušerį. 3— Aukštojo mokslo diplomas (neuniversitetinės studijos), nurodantis suteiktą akušerio profesinę kvalifikaciją.	1— Universitetas 2— Kolegija 3— Kolegija	Akušieris	1 de Maio de 2004.

País	Título de formação	Organismo que concede o título de formação	Título profissional	Data de referência
Luxemburgo	Diplôme de sage-femme	Ministère de l'éducation nationale, de la formation professionnelle et des sports	Sage-femme	23 de Janeiro de 1983.
Malta	Lawrja jew diploma fl- Istudji tal-Qwiebel.	Universita' ta' Malta	Qsbla	1 de Maio de 2004.
Países Baixos	Diploma van verloskundige	Door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport erkende opleidingeninstellingen.	Verloskundige	23 de Janeiro de 1983.
Polónia	- Dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku położnictwo z tytułem magister położnictwa. - Dyplom ukończenia studiów wyższych zawodowych na kierunku/ specjalności położnictwo z tytułem «licencjat położnictwa».	Institucja prowadząca kształcenie na poziomie wyższym uznana przez właściwe władze (Instituição de ensino superior reconhecida pelas autoridades competentes).	- Położna - Pielegniarka	1 de Maio de 2004.
Portugal	1 — Diploma de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. 2 — Diploma/carta de curso de estudos superiores especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. 3 — Diploma (do curso de pós-licenciatura) de especialização em enfermagem de saúde materna e obstétrica.	1 — Escolas de Enfermagem. 2 — Escolas Superiores de Enfermagem. 3 — Escolas Superiores de Enfermagem. - Escolas Superiores de Saúde	Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.	1 de Janeiro de 1986.
Reino Unido	Statement of registration as a Midwife on part 10 of the register kept by the United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health visiting.	Various	Midwife.	
República Checa	1 — Diplom o ukončení studia ve studijním programu ošetřovatelské studijním oboru porodní asistentka (bakalář, Bc.). - Vysvědčení o státní závěrečné zkoušce. 2 — Diplom o ukončení studia ve studijním oboru diplomovaná porodní asistentka (diplomovaný specialista, DiS.). - Vysvědčení o absolutoriu.	1 — Vysoká škola zřizovaná nebo uznána státem. 2 — Vyšší odborná škola zřizovaná nebo uznána státem.	Porodní asistentka/porodní asistent.	1 de Maio de 2004.
Roménia	Diplomă de licență de moașă	Universități	Moașă.	
Suécia	Barnmorskeexamen	Universitet eller högskola	Barnmorska.	
Islândia	1 — Embættiþróf í ljósmóðurfraði 2 — Þróf í ljósmæðrafraðum	1 — Háskóli Íslands 2 — Ljósmeðraskóli Íslands	Ljósmóðir	1 de Janeiro de 1994.
Listenstaina	Os diplomas, certificados e outros títulos obtidos noutro Estado ao qual se aplica a presente directiva e enumerados no presente anexo.	Autoridades competentes	Hebamme	1 de Maio de 1995.
Noruega	Vitnemål for bestilt jordmorutdanning.	Høgskole	Jordmor	1 de Janeiro de 1994.

6 — Farmacêutico

6.1 — Programa de estudos para os farmacêuticos

- Biologia vegetal e animal.
- Física.
- Química geral e inorgânica.
- Química orgânica.

- Química analítica.
- Química farmacêutica, incluindo análise dos medicamentos.
- Bioquímica geral e aplicada (médica).
- Anatomia e fisiologia; terminologia médica.
- Microbiologia.
- Farmacologia e farmacoterapia.

**ANEXO II – DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.ª SÉRIE, N.º 35 DE
18 DE FEVEREIRO DE 2011**

Regulamento n.º 127/2011

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

Preâmbulo

Em concordância com o conceito alvo de intervenção, definido e assente na premissa que “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”, define-se a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a auto-determinar-se (a Mulher, como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, deve ser entendida numa perspectiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais; e numa perspectiva colectiva como grupo-alvo entendido como o conjunto das Mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de actividade de intervenção: 1. Planeamento familiar e pré-concepcional — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, do planeamento da família e do período pré-concepcional; 2. Gravidez — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal; 3. Parto — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto; 4. Puerpério — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal; 5. Climatério — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período peri-menopáusico; 6. Ginecologia — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; 7. Comunidade — assistência às mulheres em idade fértil, actuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, 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 e 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.

Assim:

Nos termos da alínea c) do n.º 4 do artigo 31.º-A, da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, após aprovação pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sob proposta do Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdicional e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

Artigo 1.º

Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica.

Artigo 2.º

Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º

Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4.º

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica

1 — As competências do enfermeiro especialista e enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica são as seguintes:

- 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.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

ANEXO I

Competência

H1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H1.1 Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.	<p>H1.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de educação sexual e de saúde pré-concepcional.</p> <p>H1.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade.</p> <p>H1.1.3. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e pré-concepcional.</p> <p>H1.1.4. Informa e orienta em matéria de planeamento familiar e pré-concepcional.</p> <p>H1.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde pré-concepcional.</p> <p>H1.1.6. Faculta métodos contraceptivos e supervisiona a utilização.</p>
H1.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.	<p>H1.2.1. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher.</p> <p>H1.2.2. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis.</p> <p>H1.2.3. Identifica problemas relacionados com a vivência da sexualidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p>

Unidades de competência	Critérios de avaliação
	H1.2.4. Identifica e monitoriza o potencial de risco pré-concepcional e obstétrico, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H1.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.
H1.3. Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infecções sexualmente transmissíveis.	H1.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais, incluindo os conviventes significativos. H1.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro. H1.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com disfunções sexuais e ou com problemas de fertilidade, incluindo conviventes significativos. H1.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos. H1.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro.

Competência

H2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
H2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	H2.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde pré-natal. H2.1.2. Diagnostica e monitoriza a gravidez. H2.1.3. Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade. H2.1.4. Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez. H2.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade. H2.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez. H2.1.7. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável. H2.1.8. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção do aleitamento materno. H2.1.9. Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão. H2.1.10. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-aborto.
H2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	H2.2.1. Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco. H2.2.2. Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.3. Prescreve exames auxiliares de diagnóstico necessários à detecção de gravidez de risco. H2.2.4. Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H2.2.5. Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H2.2.6. Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.7. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto. H2.2.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável. H2.2.9. Identifica e monitoriza trabalho de abortamento. H2.2.10. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto. H2.2.11. Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.
H2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré natal e em situação de abortamento.	H2.3.1. Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez. H2.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez. H2.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez. H2.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e ou concomitante. H2.3.5. Aplica medidas de suporte básico de vida à mulher em situação crítica. H2.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da grávida durante o transporte. H2.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-aborto. H2.3.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento. H2.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.

Competência

H3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina.	<p>H3.1.1. Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.</p> <p>H3.1.2. Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.</p> <p>H3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.</p> <p>H3.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.</p> <p>H3.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.</p> <p>H3.1.6. Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.</p>
H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.	<p>H3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto.</p> <p>H3.2.2. Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.2.3. Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.2.4. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.</p> <p>H3.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, optimizando as condições de saúde da mãe e do feto.</p> <p>H3.2.6. Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica.</p> <p>H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina.</p> <p>H3.2.8. Assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência.</p> <p>H3.2.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais.</p> <p>H3.2.10. Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de actuação.</p>
H3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto.	<p>H3.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.</p> <p>H3.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto.</p> <p>H3.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efectuando em caso de urgência, extracção manual e revisão uterina.</p> <p>H3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto.</p> <p>H3.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte.</p>

Competência

H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
H4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	<p>H4.1.1. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida.</p> <p>H4.1.2. Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido.</p> <p>H4.1.3. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-parto.</p> <p>H4.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.</p> <p>H4.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto.</p> <p>H4.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável.</p>

Unidades de competência	Critérios de avaliação
H4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.	H4.2.1. Informa, orienta e apoia a mãe no auto-cuidado e a cuidar do seu filho. H4.2.2. Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.3. Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.4. Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto.
H4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	H4.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos. H4.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto. H4.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas correctivas ao processo de aleitamento materno. H4.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto. H4.3.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à puérpera com patologia associada e ou concomitante. H4.3.6. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e ou funcionais do recém-nascido. H4.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neo-natal. H4.3.8. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto. H4.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da puérpera com patologia associada e ou concomitante. H4.3.10. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neo-natal. H4.3.11. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da puérpera e do recém-nascido durante o transporte.

Competência

H5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
H5.1. Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa.	H5.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio e de promoção da saúde durante o climatério. H5.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da menopausa. H5.1.3. Informa e orienta a mulher com alterações associadas ao climatério. H5.1.4. Informa e orienta a mulher sobre os recursos disponíveis, promovendo a decisão esclarecida.
H5.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério.	H5.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das alterações associadas ao climatério. H5.2.2. Identifica e monitoriza o estado de saúde da mulher no climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.3. Identifica e monitoriza o potencial de risco de doenças causadas pelo decréscimo da função ovárica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.4. Identifica alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com alterações associadas ao climatério.
H5.3. Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa.	H5.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais associadas ao climatério, incluindo os conviventes significativos. H5.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante ao climatério. H5.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério, incluindo conviventes significativos. H5.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério.

Competência

H6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
H6.1. Promove a saúde ginecológica da mulher.	H6.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica. H6.1.2. Informa e orienta a mulher sobre saúde ginecológica. H6.1.3. Informa e orienta a mulher sobre recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida.
H6.2. Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.	H6.2.1. Diagnostica e monitoriza potencial de risco da mulher para afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.2.2. Diagnostica e monitoriza afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H6.2.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.2.4. Cooperar com outros profissionais no diagnóstico das afecções do aparelho genito-urinário e ou mama.
H6.3. Providencia cuidados à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação.	H6.3.1. Informa e orienta a mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.2. Concebe, planeia implementa e avalia intervenções à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-cirúrgicas de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama.

Competência

H7. Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

Descritivo

Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
H7.1. Promove a saúde do grupo alvo.	H7.1.1. Identifica infra-estruturas de saúde da comunidade e as condições de acesso. H7.1.2. Gere os recursos disponíveis na comunidade para dar resposta em situação de urgência/emergência e de transporte. H7.1.3. Diagnostica e monitoriza o estado de saúde das mulheres em idade fértil. H7.1.4. Identifica necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva. H7.1.5. Identifica as causas directas e indirectas da morbi-mortalidade materna e neo-natal utilizando o conhecimento epidemiológico. H7.1.6. Desenvolve estratégias para promover cuidados seguros em diferentes ambientes de nascimento. H7.1.7. Advoga e promove estratégias de “empowerment” para as mulheres em idade fértil. H7.1.8. Advoga o cumprimento da legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade.
H7.2. Diagnostica precocemente e intervém no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.	H7.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva. H7.2.2. Valoriza as práticas de saúde tradicionais e contemporâneas, gerindo os seus riscos e benefícios para a saúde das mulheres em idade fértil. H7.2.3. Gere os benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis. H7.2.4. Avalia e dá parecer sobre condições apropriadas à prática clínica. H7.2.5. Aplica o programa nacional de vacinação e informa sobre as condições de acesso aos serviços de imunização.
H7.3. Intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal.	H7.3.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de minimizar as causas directas e indirectas de morbi-mortalidade materno-fetal. H7.3.2. Cooperar com outros profissionais em programas, projectos e intervenções para melhorar a qualidade global dos serviços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de dia 11 de Setembro de 2010.

Aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010.

20 de Novembro de 2010. — A Bastonária, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.

**ANEXO III – ICM - ESSENTIAL COMPETENCIES FOR
BASIC MIDWIFERY PRACTICE**



INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES

ESSENTIAL COMPETENCIES FOR BASIC MIDWIFERY PRACTICE 2002

INTRODUCTION

The International Confederation of Midwives (ICM) is a federation of midwifery associations representing midwives in 72 nations of the world. The ICM works closely with all UN agencies in support of Safe Motherhood, primary health care strategies for the world's families, and the definition and preparation of the midwife. In keeping with the aims of the ICM, the ICM/WHO/FIGO international *Definition of the Midwife* (1992), the ICM *International Code of Ethics for Midwives* (1993), the ICM *Global Vision for Women and Their Health* (1996) and requests from member associations, the ICM has taken the lead in defining these essential competencies for midwives.

Throughout this document, the term "competencies" is used to refer to both the broad statement heading each section as well as the basic knowledge, skills and behaviours required of the midwife for safe practice in any setting. They answer the question: "What does a midwife do?" *and are evidence-based.* (See Appendix 1)

It is fully understood that these competencies may be considered maximum in some areas of the world, and minimum in other areas. Some knowledge and skills have been separated into a category, "additional". This allows for variation in the preparation and practice of midwives throughout the world, depending on the needs of their local community and/or nation.

Likewise, in recognition that midwives receive their knowledge and skills from several different educational pathways, these competencies are written for generic use by midwives and midwifery associations responsible for the education and practice of midwifery in their country or region. The essential competencies are guidelines for those interested in developing midwifery education, and information for those in government and other policy arenas who need to understand who a midwife is, what a midwife does, and how the midwife learned to be a midwife.

It is expected that the document will undergo continual evaluation as it is used world-wide and as the health care needs of childbearing women and families change.

KEY MIDWIFERY CONCEPTS

The key midwifery concepts that define the unique role of midwives in promoting the health of women and childbearing families include: partnership with women to promote self-care and the health of mothers, infants and families; respect for human dignity and for women as persons with full human rights; advocacy for women so that their voices are heard; cultural sensitivity, including working with women and health care providers to overcome those cultural practices that harm women and babies;

a focus on health promotion and disease prevention which views pregnancy as a normal life event. Midwives recognise that equity of status for women will bring the greatest impact on global maternal-child health by ensuring adequate nutrition, clean water and sanitation; so they are committed to the improvement of basic living conditions as well as providing competent midwifery services.

SCOPE OF MIDWIFERY PRACTICE

The scope of midwifery practice used throughout this document is built upon the ICM/WHO/FIGO international *Definition of the Midwife* (1992). Midwifery practice includes the autonomous care of the girl-child, the adolescent and the adult woman prior to, during and following pregnancy. This means that the midwife gives necessary supervision, care and advice for women during pregnancy, labour and the postpartum period. The midwife conducts deliveries on her own responsibility and cares for the newborn infant. This care includes primary health care supervision within the community (preventive measures); health counselling and education for women, the family and the community including preparation for parenthood; the provision of family planning; the detection of abnormal conditions in the mother and child; the procurement of specialised assistance as necessary (consultation or referral); and the execution of primary and secondary emergency measures in the absence of medical help. Midwifery practice is ideally conducted within a community-based health care system that may include traditional birth attendants, traditional healers, other community-based health workers, doctors, nurses and specialists in referral centres.

THE MIDWIFERY MODEL OF CARE

The Midwifery Model of Care is based on the premise that pregnancy and birth are normal life events. The Midwifery Model of Care includes: monitoring the physical, psychological, spiritual and social well-being of the woman and family throughout the childbearing cycle; providing the woman with individualised education, counselling and antenatal care; continuous attendance during labour, birth and the immediate postpartum period; ongoing support during the postnatal period; minimising technological interventions; and identifying and referring women who require obstetric or other specialist attention. This model of care is woman-centred and therein lies its accountability.

THE FRAMEWORK FOR DECISION-MAKING IN MIDWIFERY CARE

Midwives assume responsibility and accountability for their practice, applying up-to-date knowledge and skills in caring for each woman and family. The safety and overall well-being of the woman is of foremost concern to the midwife. The midwife strives to support a woman's informed choices in the context of a safe experience. The midwife's decision-making process utilises a variety of sources of knowledge and is dynamic, responding to the changing health status of each woman. Midwives involve women and their families in all parts of the decision-making process and in developing a plan of care for a healthy pregnancy and birth experience.

- STEP 1: Collect information from the woman, from the woman's and the infant's records, and from any laboratory tests in a systematic way for a complete assessment.**
- STEP 2: Identify actual or potential problems based on the correct interpretation of the information gathered in Step 1.**
- STEP 3: Develop a comprehensive plan of care with the woman and her family based on the woman's or infant's needs and supported by the data collected.**
- STEP 4: Carry out and continually update the plan of care within an appropriate time frame.**
- STEP 5: Evaluate the effectiveness of care given with the woman and her family, consider alternatives if unsuccessful, returning to STEP 1 to collect more data and/or develop a new plan.**

GUIDING STATEMENT TO MEMBER ASSOCIATIONS

The essential competencies for basic midwifery practice that follow are based on the values, vision, strategies and actions used by those who attend to the health needs of women and childbearing families. Member associations are encouraged to use this ICM statement of competencies, as needed in their countries, in the education, regulation and development of standards of practice for midwives as well as in policies needed to strengthen midwifery.

ESSENTIAL COMPETENCIES FOR BASIC MIDWIFERY PRACTICE

MAY 2002

GENERIC KNOWLEDGE, SKILLS AND BEHAVIOURS FROM THE SOCIAL SCIENCES, PUBLIC HEALTH AND THE HEALTH PROFESSIONS

Competency #1: Midwives have the requisite knowledge and skills from the social sciences, public health and ethics that form the basis of high quality, culturally relevant, appropriate care for women, newborn and childbearing families.

Basic Knowledge and Skills:

1. Respect for local culture (customs).
2. Traditional and modern routine health practices (beneficial and harmful).
3. Resources for alarm and transport (emergency care).
4. Direct and indirect causes of maternal and neonatal mortality and morbidity in the local community.
5. Advocacy and empowerment strategies for women.
6. Understanding human rights and their effect on health.
7. Benefits and risks of available birth settings.
8. Strategies for advocating with women for a variety of safe birth settings.
9. Knowledge of the community - its state of health including water supply, housing, environmental hazards, food, common threats to health.
10. Indications and procedures for adult and newborn/infant cardiopulmonary resuscitation.
11. Ability to assemble, use and maintain equipment and supplies appropriate to setting of practice.

Additional Knowledge and Skills

12. Principles of epidemiology, sanitation, community diagnosis and vital statistics or records
13. National and local health infrastructures; how to access needed resources for midwifery care.
14. Principles of community-based primary care using health promotion and disease prevention strategies.
15. National immunisation programs (provision of same or knowledge of how to assist community members to access to immunisation services)

Professional Behaviours - The midwife:

1. Is responsible and accountable for clinical decisions.
2. Maintains knowledge and skills in order to remain current in practice.
3. Uses universal/standard precautions, infection control strategies and clean technique.
4. Uses appropriate consultation and referral during care.
5. Is non-judgmental and culturally respectful.
6. Works in partnership with women and supports them in making informed choices about their health.
7. Uses appropriate communication skills.
8. Works collaboratively with other health workers to improve the delivery of services to

women and families.

PRE-PREGNANCY CARE AND FAMILY PLANNING METHODS

Competency #2: Midwives provide high quality, culturally sensitive health education and services to all in the community in order to promote healthy family life, planned pregnancies and positive parenting.

Basic Knowledge of:

1. Growth and development related to sexuality, sexual development and sexual activity.
2. Female and male anatomy and physiology related to conception and reproduction.
3. Cultural norms and practices surrounding sexuality, sexual practices and childbearing.
4. Components of a health history, family history and relevant genetic history.
5. Physical examination content and investigative laboratory studies that evaluate potential for a healthy pregnancy.
6. Health education content targeted to reproductive health, sexually transmitted infections (STIs), HIV/AIDS and child survival.
7. Natural methods for child spacing and other locally available and culturally acceptable methods of family planning.
8. Barrier, steroidal, mechanical, chemical and surgical methods of contraception and indications for use.
9. Counselling methods for women needing to make decisions about methods of family planning.
10. Signs and symptoms of urinary tract infection and common sexually transmitted infections in the area.

Additional Knowledge of:

11. Factors involved in decisions relating to unplanned or unwanted pregnancies.
12. Indicators of common acute and chronic disease conditions specific to a geographic area of the world, and referral process for further testing/ treatment.
13. Indicators of and methods of counselling/referral for dysfunctional interpersonal relationships including sexual problems, domestic violence, emotional abuse and physical neglect.

Basic Skills:

1. Take a comprehensive history.
2. Perform a physical examination focused on the presenting condition of the woman.
3. Order and/or perform and interpret common laboratory studies such as haematocrit, urinalysis or microscopy.
4. Use health education and basic counselling skills appropriately.
5. Provide locally available and culturally acceptable methods of family planning.
6. Record findings, including what was done and what needs follow-up.

Additional Skills:

7. Use the microscope.
8. Provide all available methods of barrier, steroidal, mechanical, and chemical methods of contraception.
9. Take or order cervical cytology smear (Pap test)

CARE AND COUNSELLING DURING PREGNANCY

Competency #3: Midwives provide high quality antenatal care to maximise the health during pregnancy and that includes early detection and treatment or referral of selected complications.

Basic Knowledge of:

1. Anatomy and physiology of the human body.
2. Menstrual cycle and process of conception.
3. Signs and symptoms of pregnancy.
4. How to confirm a pregnancy.
5. Diagnosis of an ectopic pregnancy and multiple fetuses.
6. Dating pregnancy by menstrual history, size of uterus and/or fundal growth patterns.
7. Components of a health history.
8. Components of a focused physical examination for antenatal visits.
9. Normal findings [results] of basic screening laboratory studies defined by need of area of the world; eg. iron levels, urine test for sugar, protein, acetone, bacteria.
10. Normal progression of pregnancy: body changes, common discomforts, expected fundal growth patterns.
11. Normal psychological changes in pregnancy and impact of pregnancy on the family.
12. Safe, locally available herbal/non-pharmacological preparations for the relief of common discomforts of pregnancy.
13. How to determine fetal well-being during pregnancy including fetal heart rate and activity patterns.
14. Nutritional requirements of the pregnant woman and fetus.
15. Basic fetal growth and development.
16. Education needs regarding normal body changes during pregnancy, relief of common discomforts, hygiene, sexuality, nutrition, work inside and outside the home.
17. Preparation for labour, birth and parenting.
18. Preparation of the home/family for the newborn.
19. Indicators of the onset of labour.
20. How to explain and support breastfeeding.
21. Techniques for increasing relaxation and pain relief measures available for labour.
22. Effects of prescribed medications, street drugs, traditional medicines and over-the-counter drugs on pregnancy and the fetus.
23. Effects of smoking, alcohol use and illicit drug use on the pregnant woman and fetus.
24. Signs and symptoms of conditions that are life-threatening to the pregnant woman; eg. pre-eclampsia, vaginal bleeding, premature labour, severe anaemia.

Additional Knowledge of:

25. Signs, symptoms and indications for referral of selected complications and conditions of pregnancy: eg. asthma, HIV infection, diabetes, cardiac conditions, post-dates pregnancy.
26. Effects of above named chronic and acute conditions on pregnancy and the fetus.

Basic Skills:

1. Take an initial and ongoing history each antenatal visit.
2. Perform a physical examination and explain findings to woman.
3. Take and assess maternal vital signs including temperature, blood pressure, pulse.
4. Assess maternal nutrition and its relationship to fetal growth.
5. Perform a complete abdominal assessment including measuring fundal height, position, lie and descent of fetus.
6. Assess fetal growth.
7. Listen to the fetal heart rate and palpate uterus for fetal activity pattern.
8. Perform a pelvic examination, including sizing the uterus and determining the adequacy of the bony structures.
9. Calculate the estimated date of delivery.
10. Educate women and families about danger signs and when/how to contact the midwife.
11. Teach and/or demonstrate measures to decrease common discomforts of pregnancy.
12. Provide guidance and basic preparation for labour, birth and parenting.
13. Identify variations from normal during the course of the pregnancy and institute appropriate interventions for:
 - a. low and/or inadequate maternal nutrition
 - b. inadequate fetal growth
 - c. elevated blood pressure, proteinuria, presence of significant oedema, severe headaches, visual changes, epigastric pain associated with elevated blood pressure
 - d. vaginal bleeding
 - e. multiple gestation, abnormal lie at term
 - f. intrauterine fetal death
 - g. rupture of membranes prior to term
14. Perform basic life saving skills competently.
15. Record findings including what was done and what needs follow-up.

Additional Skills:

16. Counsel women about health habits; eg. nutrition, exercise, safety, stopping smoking.
17. Perform clinical pelvimetry [evaluation of bony pelvis].
18. Monitor fetal heart rate with doppler.
19. Identify and refer variations from normal during the course of the pregnancy, such as:
 - a. small for dates [light]/large for dates [heavy] fetus
 - b. suspected polyhydramnios, diabetes, fetal anomaly (eg. oliguria)

- c. abnormal laboratory results
 - d. infections such as sexually transmitted infections (STIs), vaginitis, urinary tract, upper respiratory
 - e. fetal assessment in the post-term pregnancy
20. Treat and/or collaboratively manage above variations from normal based upon local standards and available resources.
 21. Perform external version of breech presentation.

CARE DURING LABOUR AND BIRTH

Competency #4: Midwives provide high quality, culturally sensitive care during labour, conduct a clean and safe delivery, and handle selected emergency situations to maximise the health of women and their newborn.

Basic Knowledge of:

1. Physiology of labour.
2. Anatomy of fetal skull, critical diameters and landmarks.
3. Psychological and cultural aspects of labour and birth.
4. Indicators that labour is beginning.
5. Normal progression of labour and how to use the partograph or similar tool.
6. Measures to assess fetal well-being in labour.
7. Measures to assess maternal well-being in labour.
8. Process of fetal passage [descent] through the pelvis during labour and birth.
9. Comfort measures in labour: eg. family presence/assistance, positioning, hydration, emotional support, non-pharmacological methods of pain relief.
10. Transition of newborn to extra-uterine life.
11. Physical care of the newborn - breathing, warmth, feeding.
12. Promotion of skin-to-skin contact of the newborn with mother when appropriate.
13. Ways to support and promote uninterrupted [exclusive] breastfeeding.
14. Physiological management of the 3rd stage of labour.
15. Indications for emergency measures: eg. retained placenta, shoulder dystocia, atonic uterine bleeding, neonatal asphyxia.
16. Indications for operative delivery: eg. fetal distress, cephalo-pelvic disproportion.
17. Indicators of complications in labour: bleeding, labour arrest, malpresentation, eclampsia, maternal distress, fetal distress, infection, prolapsed cord.
18. Principles of active management of 3rd stage of labour.

Basic Skills:

1. Take a specific history and maternal vital signs in labour.
2. Perform a screening physical examination.
3. Do a complete abdominal assessment for fetal position and descent.
4. Time and assess the effectiveness of uterine contractions.
5. Perform a complete and accurate pelvic examination for dilation, descent, presenting part, position, status of membranes, and adequacy of pelvis for baby.
6. Follow progress of labour using the partograph or similar tool for recording.
7. Provide psychological support for woman and family.
8. Provide adequate hydration, nutrition and comfort measures during labour.

9. Provide for bladder care.
10. Promptly identify abnormal labour patterns with appropriate and timely intervention and/or referral.
11. Perform appropriate hand manoeuvres for a vertex delivery.
12. Manage a cord around the baby's neck at delivery.
13. Cut an episiotomy if needed.
14. Repair an episiotomy if needed.
15. Support physiological management of the 3rd stage of labour.
16. Conduct active management of the 3rd stage of labour including:
 - a. Administration of uterotonic agents
 - b. Controlled cord traction
 - c. Uterine massage after delivery of the placenta, as appropriate
17. Guard the uterus from inversion during 3rd stage of labour.
18. Inspect the placenta and membranes for completeness.
19. Estimate maternal blood loss.
20. Inspect the vagina and cervix for lacerations.
21. Repair vaginal/perineal lacerations and episiotomy.
22. Manage postpartum haemorrhage.
23. Provide a safe environment for mother and infant to promote attachment.
24. Initiate breastfeeding as soon as possible after birth and support exclusive breastfeeding.
25. Perform a screening physical examination of the newborn.
26. Record findings including what was done and what needs follow-up.

Additional Skills:

27. Perform appropriate hand manoeuvres for face and breech deliveries.
28. Inject local anaesthesia.
29. Apply vacuum extraction or forceps.
30. Manage malpresentation, shoulder dystocia, fetal distress initially.
31. Identify and manage a prolapsed cord.
32. Perform manual removal of placenta.
33. Identify and repair cervical lacerations.
34. Perform internal bimanual compression of the uterus to control bleeding.
35. Insert intravenous line, draw bloods, perform haematocrit and haemoglobin testing.
36. Prescribe and/or administer pharmacological methods of pain relief when needed.
37. Administer oxytocics appropriately for labour induction or augmentation and treatment of postpartum bleeding.
38. Transfer woman for additional/emergency care in a timely manner.

POSTNATAL CARE OF WOMEN

Competency #5: Midwives provide comprehensive, high quality, culturally sensitive postnatal care for women.

Basic Knowledge of:

1. Normal process of involution and healing following delivery [including after an abortion].

2. Process of lactation and common variations including engorgement, lack of milk supply, etc.
3. Maternal nutrition, rest, activity and physiological needs (eg. bladder).
4. Infant nutritional needs.
5. Parent-infant bonding and attachment; eg. how to promote positive relationships.
6. Indicators of sub-involution eg. persistent uterine bleeding, infection.
7. Indications of breastfeeding problems.
8. Signs and symptoms of life threatening conditions; eg. persistent vaginal bleeding, urinary retention, incontinence of faeces, postpartum pre-eclampsia.

Additional Knowledge of:

9. Indicators of selected complications in the postnatal period: eg. persistent anaemia, haematoma, embolism, mastitis, depression, thrombophlebitis.
10. Care and counselling needs during and after abortion.
11. Signs and symptoms of abortion complications.

Basic Skills:

1. Take a selective history, including details of pregnancy, labour and birth.
2. Perform a focused physical examination of the mother.
3. Assess for uterine involution and healing of lacerations/repairs.
4. Initiate and support uninterrupted [exclusive] breastfeeding.
5. Educate mother on care of self and infant after delivery including rest and nutrition.
6. Identify haematoma and refer for care as appropriate.
7. Identify maternal infection, treat or refer for treatment as appropriate.
8. Record findings including what was done and what needs follow-up.

Additional Skills:

9. Counsel woman/family on sexuality and family planning post delivery.
10. Counsel and support woman who is post-abortion.
11. Evacuate a haematoma.
12. Provide appropriate antibiotic treatment for infection.
13. Refer for selected complications.

NEWBORN CARE (up to 2 months of age)

Competency #6: Midwives provide high quality, comprehensive care for the essentially healthy infant from birth to two months of age.

Basic Knowledge of:

1. Newborn adaptation to extra-uterine life.
2. Basic needs of newborn: airway, warmth, nutrition, bonding.
3. Elements of assessment of the immediate condition of newborn; eg. APGAR scoring system for breathing, heart rate, reflexes, muscle tone and colour.
4. Basic newborn appearance and behaviours.

5. Normal newborn and infant growth and development.
6. Selected variations in the normal newborn; eg. caput, moulding, mongolian spots, haemangiomas, hypoglycaemia, hypothermia, dehydration, infection.
7. Elements of health promotion and prevention of disease in newborn and infants.
8. Immunisation needs, risks and benefits for the infant up to 2 months of age.

Additional Knowledge of:

9. Selected newborn complications, eg. jaundice, haematoma, adverse moulding of the fetal skull, cerebral irritation, non-accidental injuries, causes of sudden infant death.
10. Normal growth and development of the preterm infant up to 2 months of age.

Basic Skills:

1. Clear airway to maintain respirations.
2. Maintain warmth but avoid overheating.
3. Assess the immediate condition of the newborn; eg. APGAR scoring or other assessment method.
4. Perform a screening physical examination of the newborn for conditions incompatible with life.
5. Position the infant for breastfeeding.
6. Educate parents about danger signs and when to bring the infant for care.
7. Begin emergency measures for respiratory distress (newborn resuscitation), hypothermia, hypoglycaemia, cardiac arrest.
8. Transfer newborn to emergency care facility when available.
9. Record findings, including what was done and what needs follow-up.

Additional Skills:

10. Perform a gestational age assessment
11. Educate parents about normal growth and development, child care.
12. Assist parents to access community resources available to the family.
13. Support parents during grieving process for congenital birth defects, loss of pregnancy, or neonatal death.
14. Support parents during transport/transfer of newborn.
15. Support parents with multiple births.

Appendix 1. Background to the evidence-base of the competencies

Between 1995 and 1999 a modified Delphi Technique was carried out for seven rounds to establish the Provisional Essential Competencies for Basic Midwifery Practice. As agreed by the International Council (the Confederation's governing body) in 1999, the competencies were field-tested by 17 ICM member associations throughout 2001. The extensive field testing was undertaken by 1,271 practising midwives, 77 educator groups (total of 312 educators), and 79 senior level midwifery student groups (total of 333 individuals) from 22 countries; and 25 regulators from 20 countries. A total of 214 individual competency statements within six domains were presented for consideration

and comment. Almost all of the competencies were supported by a great majority of the persons/groups involved in the testing, with many receiving universal support. In April 2002 the ICM International Council discussed and adopted the Essential Competencies for Basic Midwifery Practice, therewith establishing it as an official ICM document.

ANEXO IV – AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNAL E OBSTETRÍCIA
(5º CPLESMO)**

FOLHA DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM ESTÁGIO COM RELATÓRIO

LOCAL DO ESTÁGIO: Bloco Partos do H.S.F. Xavier

DATAS: INÍCIO 19-1-2 FIM 2-07-2011

ESTUDANTE Mónica Susana de Gouveia Rodrigues

ENFERMEIRO ORIENTADOR Isabel Maria Esposo Vitor Marques

DOCENTE ORIENTADOR 11ª Teresa Santana Felis

ASSINATURAS

	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Final
	Data 02/05/11	Data 31/05/2011	Data	Data 21/06/2011
Estudante	Mónica R	Mónica R		Mónica R
Enfermeiro Orientador	Isabel M.	Isabel M.		Isabel M.
Docente Orientador	Teresa Felis	Teresa Felis		Teresa Felis

CLASSIFICAÇÃO FINAL 16,00 em 16 valores

Estudante: Monica Susana de Gouveia Rodrigues

Estágio com Relatório	Docente				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente
Nível Atingido					
Indicadores para Avaliação					
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico				X	
Elabora projecto pertinente e adequada			X		
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades			X		
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial • Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem • Planeamento das intervenções • Avaliação/avaliação reformulação • Promoção continuidade cuidados 			X		
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família				X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal 			X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina, • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN; • Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto 			X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal; • Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal; 				X	
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados			X		
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas			X		
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.			X		
Análise e discute as situações vividas			X		
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados <ul style="list-style-type: none"> • Assiduidade e pontualidade • Assertividade • Assunção do seu processo formativo • Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde • Capacidade de negociação com a equipa multi-profissional • Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica • Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão 			X		

O DOCENTE: Teresa Felis

Data: 02/05/2011

ESTUDANTE O ECV apresenta-se como o director de facto neste estepe verde!
novo e profissional e tem sido uma experiência muito enriquecedora mas
também estimulante dado o carácter profissional paralelo.

Dado o nível senti-se muito bem acolhido e integrado na equipa multidiscipli-
nar com especial relevância para a equipa de enfermagem e para a
ESEL de Isabel Velez.

Passou desenvolver as várias competências académicas, técnicas e relacionais
e potenciar a máxima autonomia em o objectivo final de prestar cuidados
especializados como ECV.

Penso que tenho feito um percurso evolutivo gradual e positivo, embora
ainda com um caminho para percorrer.

As actividades projectadas têm vindo a ser concretizadas embora
algumas ainda não tenha sido possível realizar - *Isabel Rodriguez*

ENFERMEIRO ORIENTADOR

A Hódice revelou boa integração no Serviço, tanto ao
nível da equipa multidisciplinar, como nos procedimentos/
rotinas instituídas.

Demonstra boa capacidade nas suas intervenções p/ a
parturiente / grávida, bem c/o em toda a triade,
desenvolvendo as suas competências exigidas pelo E.C.

Necessita de ser mais autónoma e de evolução de
capacidade de negociação e tomada de decisão.

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM ESTÁGIO COM RELATÓRIO

FORMATIVA

FINAL

Estudante: Pónica Susana de Gouveia Rodrigues

DATA: 31/5/2019

Nível Atingido	Estudante					Orientador				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
Indicadores para Avaliação										
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico			X					X		
Elabora projecto pertinente e adequado			X					X		
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades			X					X		
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial • Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem • Planeamento das intervenções • Avaliação/eventual reformulação • Promoção continuidade cuidados 			X					X		
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família				X					X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal 				X				X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina, • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN; • Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto 			X					X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal; • Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal; 			X					X		
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e			X					X		

Estudante: Mónica Susana de Gouveia Rodrigues

Estágio com Relatório	Docente				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente
Nível Atingido					
Indicadores para Avaliação					
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico				X	
Elabora projecto pertinente e adequado			X		
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades			X		
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial • Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem • Planeamento das intervenções • Avaliação/eventual reformulação • Promoção continuidade cuidados 			X		
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família				X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal 			X		Work / feb
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina, • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN; • Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto 			X		Investig Expecto val ple vid
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal; • Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal; 			X		Continue a parou por ind
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados			X		
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas			X		
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.			X		
Analisa e discute as situações vividas			X		
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados <ul style="list-style-type: none"> • Assiduidade e pontualidade • Assertividade • Assunção do seu processo formativo • Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde • Capacidade de negociação com a equipa multi-profissional • Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica • Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão 			X		Antecipacões

O DOCENTE: Isabel Sousa Leite

Data: 31 / 5 / 2011

tomada de decisão face às necessidades de cuidados										
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas				X					X	
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.				X					X	
Analisa e discute as situações vividas				X					X	
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados										
<ul style="list-style-type: none"> • Assiduidade e pontualidade • Assertividade • Assunção do seu processo formativo • Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde • Capacidade de negociação com a equipa multiprofissional • Capacidade de autoavaliação e reacção crítica • Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão 				X					X	
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico										

Classificações Finais:

10 a 13 valores – Suficiente; 14 e 15 valores – Bom; 16 e 17 valores – Muito Bom; 18 a 20 valores – Excelente
(Dec-Lei nº 42/2005 de 22 de fevereiro Artº 17º)

A Mónica demonstrou crescente autonomia, no entanto apesar de privilegiar as expectativas do casal é importante neste aspecto e especial na antecipação de situações de cuidados.

Demonstrou apropriação da história da paciente/família e fundamenta as intervenções de modo mais pertinente de acordo e os problemas identificados.

Mantém evolução no desenvolvimento de competências comuns e específicas.

Tem procurado oportunidades de aprendizagem face temática do trabalho de relatório e tem procurado também outros recursos.

Teresa Félix

APRECIÇÃO GLOBAL

ESTUDANTE

O ECTV está a decorrer dentro das expectativas pessoais, embora gostasse de desenvolver as actividades durante mais tempo e sem outras preocupações académicas, que me permitissem mais disponibilidade para o desenvolvimento de competências no prática.

Sinto que tenho apresentado uma evolução positiva ao longo desta experiência clínica, procurando desenvolver competências científicas, técnicas e relacionas, potenciando a minha autonomia como ESMO.

Procurarei focalizar também a minha activação na promoção da vinculação precoce e das habilidades do parto, bem como a visita às partos no internamento.

ENFERMEIRO ORIENTADOR

Neste 2º momento de avaliação a Hómica revelou uma evolução em relação à autonomia, bem como à capacidade de tomada de decisão e negociação.

Demonstra conhecimentos científicos e técnicos adequados a ESMO, contudo necessita de maior investimento na área.

Revela grande capacidade relacional / envolvimento c/ a triade.

Fidelidade

Estudante: Yónica Susana da Gouveia Rodrigues

Estágio com Relatório	Docente				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente
Nível Atingido					
Indicadores para Avaliação					
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico				X	
Elabora projecto pertinente e adequado				X	
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades			X		
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial • Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem • Planeamento das intervenções • Avaliação/eventual reformulação • Promoção continuidade cuidados 				X	
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família				X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal 				X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina, • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN; • Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto 				X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal; • Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal; 				X	
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados			X		
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas			X		
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.				X	
Analisa e discute as situações vividas				X	
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados <ul style="list-style-type: none"> • Assiduidade e pontualidade • Assertividade • Assunção do seu processo formativo • Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde • Capacidade de negociação com a equipa multi-profissional • Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica • Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão 				X	

O DOCENTE: Teresa FÉLIX

Data: 21 / 06 / 2011

AValiação DO DESEMPENHO EM ESTÁGIO COM RELATÓRIO

FORMATIVA

FINAL

Estudante: Mónica Susana de Gouveia Rodrigues

DATA: 21/06/2011

Nível Atingido	Estudante					Orientador				
	Insuf	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente	Insuf	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente
Indicadores para Avaliação										
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico				X					X	
Elabora projecto pertinente e adequado				X					X	
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades			X	X				X		
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial • Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem • Planeamento das intervenções • Avaliação/eventual reformulação • Promoção continuidade cuidados 				X				X		
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família				X					X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal 			X					X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina, • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN; • Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto 				X				X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal; • Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal; 				X				X		
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e										

APRECIÇÃO GLOBAL

2011/12/21

Atividade Final

ESTUDANTE O E.C.T. foi uma experiência prática muito enriquecedora e motivadora para a prestação de cuidados especializados como E.S.M.
Este E.C. permitiu e estimulou a mobilização de conhecimentos teóricos e de prática profissional anterior, associados aos cuidados diferenciados, personalizados e especializados à mulher em todo o ciclo reprodutivo mas com especial ênfase no trabalho de parto.
Tivemos privilégio de observar a prática e potenciar as competências, de mulheres e acompanhantes, para a Parturabilidade, promovendo uma experiência de parto gratificante.
Desenvolvi as minhas competências científicas, técnicas e relacionais como E.S.M., tendo a pretensão de prestar cuidados nesta área de Cuidado Materno, procurando a actualização e desenvolvimento de competências de forma permanente no meu âmbito profissional.
Atingi os objectivos a que me propus, com uma evolução muito positiva, desenvolvida evolutivamente - *Mónica R.*

ENFERMEIRO ORIENTADOR

A Mónica ao longo do E.C. sempre revelou boa capacidade de socialização no grupo de trabalho, adaptando-se bem à equipa multidisciplinar e às rotinas do serviço.

Demonstrou responsabilidade e competência em função dos seus objectivos e estratégias delimitados no seu projecto individual.

Ao longo do E.C. evoluiu de uma forma crescente a sua autonomia, a tomada de decisões e a negociação dos cuidados prestados à grávida / família.

Revelou sempre interesse nos vários momentos de aprendizagem que foram surgindo.

Nas poucas oportunidades que teve relativas ao seu projecto foi eficiente demonstrando competências necessárias, principalmente as relacionais, onde se destacou mais.

Bom profissional, com óptimo desempenho enquanto cuidadora, em cuidados especializados de S.M. *J. A. M.*