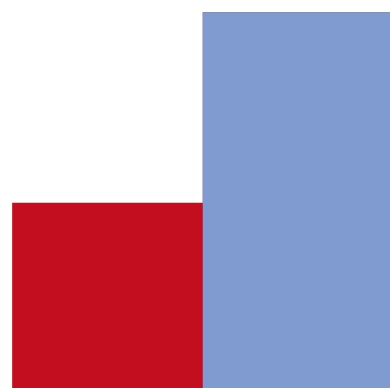
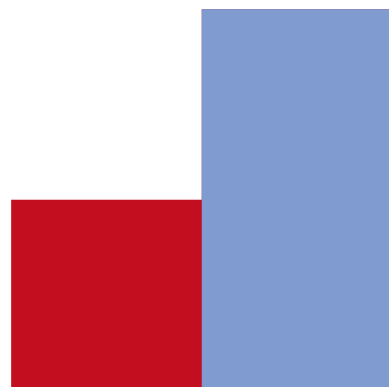




Orientador(es)



*“Não me pergunte quem sou
e não me diga para permanecer o mesmo”*

Michel Foucault

Agradecimentos

Concluir este percurso é um momento de grande realização e só foi possível com o apoio, compreensão, ajuda e motivação de pessoas muito especiais.

À minha família e amigos que são estrelas, mas que sempre estiveram comigo e foram uma fonte de luz e motivação.

À minha mãe pelo amor, força, confiança e suporte nos momentos mais difíceis.

À minha família e amigos pela compressão nas ausências, pelo suporte nos dias mais complicados e pela força e confiança que sempre depositaram em mim ao longo deste percurso.

Ao Chico pela capacidade de adaptação, paciência e amor ao longo destes meses.

Aos meus colegas de trabalho. A sua compreensão e apoio foram fundamentais em tempos tão exigentes.

Às minha colegas de curso, principalmente ao meu grupo de trabalho, Cláudia Presa e Sara Almeida, pelas partilhas e pelo companheirismo ao longo destes meses.

Aos profissionais com quem me cruzei ao longo deste percurso pelo acolhimento, pelos exemplos, partilhas e oportunidades, nomeadamente: EE-ESMO Maria Veríssimo, EE-ESMO Liliana Sousa, EE-ESMO Jorge Matias, EE-ESMO Liliana Nunes, EE-ESMO Paula Bordalo, EE-ESMO Vera Ramos, EE-ESMO Maria João André e Enf. Silva Martins.

À Professora Maria Maceiras pela disponibilidade, apoio, reforço positivo, confiança e incentivo, fundamentais em momentos tão desafiantes.

À Enf. Leonor Gonçalves, da organização “Pais Coragem”, à Ângela da organização “Amor com Muito Amor” e à Ana da “*Sophia’s Wish*” pelo apoio e disponibilidade.

Finalmente, a todas as famílias com quem me cruzei ao longo dos EC pela receptividade e confiança demonstradas, pela resiliência e força que me ensinaram.

A todos a minha mais sincera e profunda gratidão.

Resumo

O presente Relatório Final de Estágio insere-se no âmbito do Estágio Profissional do Primeiro Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e reflete o percurso de desenvolvimento de competências especializadas e de mestre nos diferentes contextos de prática clínica. A temática orientadora incidiu na perda gestacional, atendendo à sua complexidade clínica, emocional e relacional, bem como ao impacto significativo que representa para a mulher, família e profissionais de saúde.

Partindo da evidência científica e sustentado no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, este relatório integra uma análise reflexiva das experiências vivenciadas e das intervenções desenvolvidas ao longo deste percurso, considerando a perda gestacional enquanto acontecimento gerador de stress que exige respostas diferenciadas, humanizadas e centradas nas necessidades da família.

Nos diferentes contextos de ensino clínico foram identificadas necessidades de melhoria na assistência à mulher e família em situação de perda gestacional, bem como no suporte aos profissionais, tendo sido implementadas atividades dirigidas à sensibilização e promoção da reflexão em equipa, elaboração de materiais de apoio e propostas de uniformização de cuidados. Paralelamente, foi possível consolidar competências técnicas, científicas, éticas e relacionais essenciais ao exercício autónomo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica destacando-se o seu papel na comunicação terapêutica, no apoio emocional, na promoção do processo de luto saudável e na humanização dos cuidados em contextos particularmente vulneráveis. Evidenciou-se igualmente a importância do investimento na formação contínua, no suporte às equipas e na existência de orientações institucionais promotoras de práticas consistentes e seguras.

Conclui-se que este percurso formativo constituiu uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, contribuindo para uma prática clínica mais crítica, reflexiva e sustentada na evidência científica, reforçando a qualidade dos cuidados prestados à mulher e família em situação de perda gestacional e o bem-estar dos profissionais no decorrer da sua prática.

Palavras-chave: Perda Gestacional; Luto; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Competências Especializadas.

Abstract

This Final Internship Report was developed within the scope of the Professional Internship of the First Master's Degree Programme in Maternal and Obstetric Health Nursing and reflects the pathway of developing specialist and master's level competencies across different clinical practice settings. The guiding theme focused on pregnancy loss, considering its clinical, emotional, and relational complexity, as well as the significant impact it has on women, families, and healthcare professionals.

Based on scientific evidence and supported by Betty Neuman's Systems Model, this report includes a reflective analysis of the experiences lived and the interventions developed throughout this pathway, considering pregnancy loss as a stress-generating event that requires differentiated, humanised, and family-centred responses.

Across the different clinical training contexts, needs for improvement were identified in the care provided to women and families experiencing pregnancy loss, as well as in professional support. Activities were therefore implemented to raise awareness, promote team reflection, develop support materials, and propose the standardisation of care. Simultaneously, it was possible to consolidate the technical, scientific, ethical, and relational competencies essential for the autonomous practice of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing, highlighting their role in therapeutic communication, emotional support, promotion of a healthy grieving process, and the humanisation of care in particularly vulnerable contexts. The importance of investing in continuous training, team support, and the existence of institutional guidelines promoting consistent and safe practices was also evidenced.

It is concluded that this training pathway represented an opportunity for personal and professional growth, contributing to a more critical, reflective, and evidence-based clinical practice, while strengthening the quality of care provided to women and families experiencing pregnancy loss and the well-being of professionals throughout their practice.

Keywords: Pregnancy Loss; Grief; Specialist Maternal and Obstetric Health Nurse; Specialist Competencies.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACOG – American College of Obstetricians & Gynaecologists
APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo
BP – Bloco de Partos
CTG – Cardiotocografia
DGS – Direção Geral de Saúde
EE-ESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
EC – Ensino Clínico
ESSCVP – Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa
IG – Idade Gestacional
IMG – Interrupção Médica da Gravidez
INE – Instituto Nacional de Estatísticas
ITP – Indução do Trabalho de Parto
IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez
MCEESMO – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
MF – Materno Fetal
OMS – Organização Mundial de Saúde
PG – Perda Gestacional
PGT – Perda Gestacional Tardia
PIF – Projeto de Intervenção Formativa
RCIU – Restrição do Crescimento Intra Uterino
RGOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
RN – Recém-Nascido
SO – Sala de Observação
SPOMMF – Sociedade Portuguesa de Medicina Materno Fetal
SU – Serviço de Urgência
SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica
TP – Trabalho de Parto
UFON – Unidade Funcional de Obstetrícia e Neonatologia

Índice

Índice de Figuras

I	Introdução.....	14
II	Perda Gestacional - Vivências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.....	18
	II.1. Modelo Conceptual de Betty Neuman	19
	II.1.1. A Família enquanto Estrutura Básica de Recursos Energéticos	21
	II.1.2. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica enquanto Estrutura Básica de Recursos Energéticos	29
III	Percurso de Desenvolvimento de Competências Especializadas e de Mestre.....	36
	III.1. Bloco de Partos.....	39
	III.1.1. Diagnóstico de Situação	41
	III.1.2. Desenvolvimento do Plano de Projeto	45
	III.1.3. Resultados Obtidos	52
	III.1.4. Ganhos em Saúde	53
	III.2. Internamento de Puérperas	55
	III.2.1. Diagnóstico de Situação	58
	III.2.2. Desenvolvimento do Plano de Projeto	59
	III.2.3. Resultados Obtidos	61
	III.2.4. Ganhos em Saúde	63
	III.3. Internamento de Grávidas.....	64
	III.3.1. Diagnóstico de Situação	67
	III.3.2. Desenvolvimento do Plano de Projeto	68
	III.3.3. Resultados Obtidos	70
	III.3.4. Ganhos em Saúde	72
	III.4. Cuidados de Saúde Primários	73
	III.4.1. Diagnóstico de Situação	75
	III.4.2. Desenvolvimento do Plano de Projeto	76

III.4.3. Resultados Obtidos	78
III.4.4. Ganhos em Saúde	80
IV Considerações Finais.....	82
V Referências Bibliográficas.....	85
Apêndices	94
Apêndice A: Metodologia de Pesquisa Relatório	95
Apêndice B: Plano de Projeto	97
Apêndice C: Análise SWOT do Curso “Intervenção em Luto por Perdas Específicas”	106
Apêndice D: Roteiro “Perda Gestacional Tardia: Vivências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”	107
Apêndice E: Resultados do Roteiro “Perda Gestacional Tardia: Vivências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”	109
Apêndice F: Apresentação dos Resultados do Roteiro e Sessão de Formação em Serviço “Conversar sobre LUTO”	125
Apêndice G: Poster esquemático sobre “Procedimentos em Situação de Morte Fetal”	133
Apêndice H: Proposta “ <i>Kit</i> de Memória”	134
Apêndice I: Carta para Administração Hospitalar: solicitação de autorização para pedido de apoios no âmbito do “ <i>Kit</i> de Memórias”	135
Apêndice J: Pedidos de apoio para aquisição dos “ <i>Kits</i> de Memórias”	136
Apêndice K: Relatório de apoios confirmados, no âmbito da aquisição do “ <i>Kit</i> de Memórias”	137
Apêndice L: Certificados de Nascimento	139
Apêndice M: Cartão para inclusão no “ <i>Kit</i> de Memórias”	142
Apêndice N: Metodologia de Pesquisa “Procedimentos para <i>Kit</i> de Memórias”	143
Apêndice O: Guia de Procedimento “ <i>Kit</i> de Memórias”	144
Apêndice P: Apresentação “Procedimento <i>Kit</i> de Memórias”	146
Apêndice Q: Cartaz “Dia dos Pais em Luto”	147

Apêndice R: Metodologia de Pesquisa Bloco de Partos: Sessão de Formação em Serviço: Conversar sobre o Luto	148
Apêndice S: Cartaz Informativo para Sessão de Formação em Serviço: Conversar sobre o Luto	150
Apêndice T: Plano de Sessão para Sessão de Formação em Serviço: Conversar sobre o Luto	151
Apêndice U: Avaliação Sessão de Formação em Serviço: Conversar sobre o Luto	152
Apêndice V: Resultados do Questionário de avaliação da Sessão de Formação em Serviço: Conversar sobre LUTO	156
Apêndice W: Metodologia de pesquisa internamento de puérperas: Sessão de Educação para a Saúde “Bebé Arco-Íris: Desafios da Parentalidade”	162
Apêndice X: Sessão de Educação para a Saúde: Bebê Arco-Íris: Desafios da Parentalidade	164
Apêndice Y: Folheto informativo de Sessão de Educação para a Saúde: Bebê Arco-Íris: Desafios da Parentalidade	168
Apêndice Z: Plano de sessão de Sessão de Educação para a Saúde: Bebê Arco-Íris: Desafios da Parentalidade	169
Apêndice AA: Questionário de avaliação Sessão de Educação para a Saúde: Bebê Arco-Íris: Desafios da Parentalidade	170
Apêndice AB: Resultados do questionário de avaliação Sessão de Formação: Bebê Arco-Íris: Desafios da Parentalidade	172
Apêndice AC: Reflexão Crítica segundo Gibbs	183
Apêndice AD: Projeto de Melhoria Continua dos Cuidados na Comunidade – Assistência no Luto Gestacional/Perinatal	192
Apêndice AE: Guia Orientador para Assistência no Luto Gestacional/Perinatal	198
Anexos	206
Anexo I: Submissão do artigo intitulado “A influência das intervenções do enfermeiro obstetra na promoção da integridade do períneo na	

grávida e parturiente – uma revisão sistemática da literatura” à revista científica <i>Salutis Scientia</i>	207
Anexo II: Certificado de Participação no II Seminário Internacional de Mestrados em Enfermagem: coautoria do trabalho apresentado, intitulado “Benefícios do Método Canguru para os Pais”	208
Anexo III: Certificado de Participação na Formação “Intervenção no Luto por Perdas Específicas”	210
Anexo IV: Certificado de Participação no “I Congresso de Luto Perinatal”	211
Anexo V: Declaração de Participação na Formação “Amamentação <i>On Going</i> ”	212
Anexo VI: Protocolo Clínico - “Estudo da Morte Fetal”	213

Índice de Figuras

Figura 1. Diagrama do Modelo Teórico de Betty Neuman	19
---	-----------

I. Introdução

O presente Relatório Final de Estágio foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular “Estágio Profissional com Relatório”, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, refletindo o percurso de desenvolvimento de competências especializadas e de mestre nos diferentes contextos de prática clínica, tendo sido utilizada no enquadramento teórico, a metodologia de pesquisa em bases de dados científicas, pesquisa livre e em literatura cinzenta (Apêndice A).

A temática orientadora deste relatório incidiu na PG, atendendo à sua relevância clínica, emocional, familiar e social, bem como ao impacto que representa para os profissionais envolvidos na prestação de cuidados. O conceito, não sendo minucioso, variando de acordo com diversos autores, organismos ou legislações, inclui um conjunto de situações de perda que podem ocorrer ao longo da gestação ou após o parto, compreendendo o aborto espontâneo, IMG, IVG, a morte fetal (nado-morto) e a morte neonatal¹.

De acordo com a OMS a morte fetal é toda a que ocorre antes da expulsão ou extração do produto de concepção independentemente da IG, classificando como nado morto a morte intrauterina que acontece após as vinte e oito semanas de gestação, podendo esta ocorrer antes do início do TP ou durante o parto². Em Portugal, segundo a SPOMMF, considera-se que ocorreu aborto até às vinte e três semanas e seis dias de gravidez e morte fetal tardia a que ocorre numa gravidez com vinte e quatro ou mais semanas, ou independentemente da IG desde que o feto tenha mais de 500 gramas³, estando assim estes conceitos diretamente relacionados com o critério de viabilidade fetal. Já a DGS define como morte fetal tardia os óbitos fetais referentes a fetos com IG igual ou superior a vinte e oito semanas completas de gestação e mortalidade fetal como a morte intrauterina que ocorre após as vinte e duas semanas de gestação⁴, sendo que a obrigatoriedade de registo estabelecida pelo Código do Registo Civil é imposta, com exceções, apenas para fetos-mortos com IG igual ou superior a vinte e duas semanas completas⁵. Desta forma, a magnitude do fenómeno permanece parcialmente subestimada, sobretudo nas perdas precoces, frequentemente não registadas nos sistemas oficiais.

A mortalidade fetal é considerada um indicador relevante para avaliar o estado de saúde da população, refletindo as condições de vida, o acesso a cuidados de saúde e a eficácia das políticas públicas. Reduzir a mortalidade fetal é fundamental para melhorar a qualidade de vida e garantir o cumprimento dos compromissos internacionais sendo um dos objetivos contemplados na *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health 2016–30*, da OMS⁴.

Após um decréscimo significativo entre 1988 e 2008, em Portugal, e mesmo a nível internacional, tem-se observado uma estagnação no número dos óbitos fetais sendo que desde 2008 a taxa de mortalidade fetal estabilizou nos 3,2‰ óbitos fetais e a taxa de mortalidade fetal tardia nos 2,3‰ desde 2011⁴. Esta tendência é corroborada pelas Estatísticas Demográficas 2023 do INE que regista uma taxa de mortalidade fetal tardia em 2023 de 2,0‰⁵.

Para além da sua expressão quantitativa, a PG assume particular importância pelas suas repercussões psicossociais. Apesar da pouca evidência encontrada, estudos revelam que o impacto da PG não se resume ao momento da perda, mas pode ter repercussões a médio e longo prazo sendo que a muitas mulheres são diagnosticados posteriormente distúrbios do foro psiquiátrico como depressão, transtornos de ansiedade, desordens afetivas, perturbações relacionadas com stress e até mesmo síndrome de stress-pós-traumático. Apesar disso, continua a verificar-se uma desvalorização social e institucional do luto gestacional, sendo frequentemente percecionado como uma perda invisível, o que compromete a adequação das respostas em saúde⁶.

O papel do EE-ESMO revela-se assim fundamental, não apenas na prestação de cuidados técnicos, mas também no suporte emocional e psicológico à mulher e família em situação de perda sendo da sua competência cuidar nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher bem como durante o período de luto em caso de perda⁷. A complexidade destas vivências exige competências específicas na comunicação, no acompanhamento do luto e na humanização dos cuidados, sendo reconhecido que a intervenção dos profissionais pode influenciar significativamente o processo de adaptação à perda⁸. Contudo, a literatura aponta para lacunas na formação e no apoio aos profissionais, bem como para a existência de experiências emocionais intensas e, por vezes, difíceis de gerir por parte dos enfermeiros que prestam estes cuidados^{9,10}.

Neste contexto, emerge a relevância do conceito de vivências, entendido como o conjunto de experiências subjetivas, percepções, emoções e significados atribuídos pelos indivíduos a determinadas situações ao longo do tempo¹¹. No âmbito da prática de enfermagem, as vivências do EE-ESMO perante a PG integram dimensões emocionais, éticas, relacionais e profissionais, influenciando a forma como os cuidados são prestados e experienciados. A literatura evidencia que estes profissionais enfrentam frequentemente desafios associados à gestão emocional, à comunicação em situações de crise e à prestação de cuidados humanizados em contextos de sofrimento, podendo vivenciar sentimentos de impotência, tristeza e desgaste emocional^{8,9,10,12,13}.

A escolha do presente tema justifica-se pela necessidade prática emergente na área da especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. O EE-ESMO assume um papel central no acompanhamento da mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal, incluindo situações adversas como a PG. A compreensão das suas vivências revela-se fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados, para o desenvolvimento de competências relacionais e emocionais e para a implementação de estratégias de suporte aos profissionais, promovendo simultaneamente a melhoria da qualidade dos cuidados e o bem-estar dos enfermeiros.

Neste enquadramento a mobilização de referenciais teóricos revela-se fundamental para sustentar a prática e promover uma abordagem estruturada ao cuidado. O Modelo de Sistemas de Betty Neuman apresenta-se como particularmente pertinente, ao conceptualizar a pessoa como um sistema aberto, em constante interação com stressores internos e externos^{14,15,16}. A PG pode ser compreendida como um stressor significativo que ameaça a estabilidade do sistema, exigindo intervenções orientadas para a prevenção e reequilíbrio. Este modelo permite não só enquadrar as necessidades da mulher e família, mas também compreender as vivências do próprio enfermeiro enquanto sistema exposto a stressores emocionais e profissionais.

Foram definidos como objetivos para o presente relatório:

- Analisar criticamente o percurso de desenvolvimento pessoal, profissional e académico realizado no âmbito do Estágio Profissional, nos diferentes contextos de prática clínica;

- Demonstrar a aquisição e mobilização de competências especializadas e de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sustentadas na evidência científica e na reflexão crítica da prática;
- Apresentar as intervenções desenvolvidas no âmbito da temática da PG, evidenciando o seu contributo para a humanização, qualidade e continuidade dos cuidados prestados à mulher e família, bem como para o suporte aos profissionais;
- Refletir sobre as intervenções implementadas nos diferentes contextos de estágio, com particular enfoque no suporte aos profissionais que prestam assistência à mulher e família em situação de PG.

O presente relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos principais: introdução; enquadramento teórico relativo à temática em estudo; descrição e análise reflexiva do percurso de desenvolvimento de competências nos diferentes contextos de ensino clínico; e considerações finais, onde se sintetizam os principais contributos, limitações e perspectivas futuras.

Este trabalho foi elaborado de acordo com as normas de Vancouver, em vigor na ESSCVP - Lisboa.

II. Perda Gestacional – Vivências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

A PG pode ter múltiplas causas sendo que, de acordo com a SPOMMF, em cerca de 25-60% dos casos continua ainda inexplicada. Vários fatores de risco podem estar relacionados podendo ser agrupados de acordo com condições maternas, fetais ou placentárias sendo a sua prevalência dependente das características da população em estudo. Nos países desenvolvidos destacam-se fatores como os extremos de idade reprodutiva, a nuliparidade, gravidez múltipla, IG superior a quarenta e uma semanas, mulheres negras e asiáticas, consumos de tabaco, álcool ou outras substâncias, obesidade, patologias maternas induzidas ou prévias à gravidez e RCIU³. Seja qual for a etiologia, na maioria dos casos, a PG é inesperada e acontece em gestações aparentemente saudáveis⁸. A compreensão e identificação das causas e fatores associados, através da aplicação de protocolos de investigação atualizados é essencial para a avaliação do risco de recorrência e para a planificação de estratégias de prevenção numa futura gravidez^{3,12}.

No entanto, a PG, enquanto evento clínico e humano, inscreve-se numa dimensão que ultrapassa a sua natureza biológica, configurando-se como uma experiência profundamente marcada por significados emocionais, sociais e existenciais^{8,9,17,18,19}. Apesar da sua prevalência, continua a ser uma realidade frequentemente silenciada nos contextos de cuidados de saúde, refletindo uma certa invisibilidade do luto gestacional e das suas implicações. A literatura evidencia que esta desvalorização pode comprometer a qualidade dos cuidados prestados, na medida em que limita a resposta às necessidades emocionais da mulher e família, privilegiando, por vezes, uma abordagem centrada no evento físico em detrimento da experiência vivida^{10,13,20,21,22}.

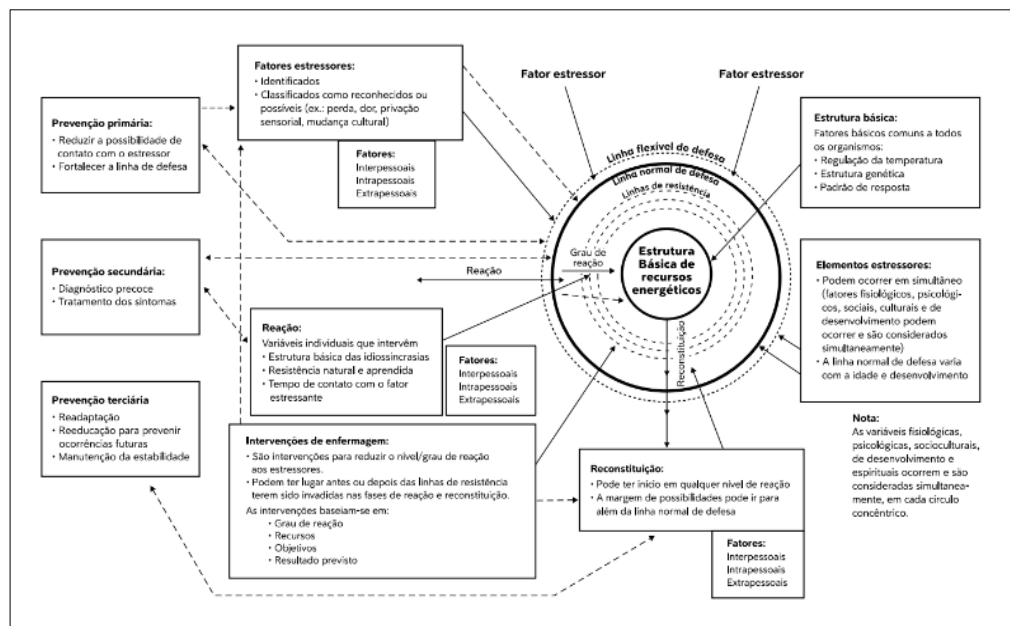
Neste sentido, importa problematizar a forma como os cuidados de saúde têm vindo a integrar a dimensão subjetiva da perda. A evidência científica demonstra que a PG pode desencadear respostas emocionais complexas e duradouras. Contudo, a resposta institucional nem sempre acompanha esta complexidade, persistindo lacunas ao nível da comunicação, do suporte emocional e da continuidade dos cuidados. Esta realidade convoca uma reflexão crítica sobre o papel do EE-ESMO, cuja intervenção se situa na articulação entre o cuidado técnico e o cuidado relacional^{13,22,23}.

II.1. Modelo Conceptual de Betty Neuman

As teorias e os modelos teóricos sustentam e fornecem a base necessária à prática de enfermagem atribuindo-lhe uma fundamentação que permite a construção do ser, do fazer e do saber na profissão¹⁴. Compostas por conceitos e proposições, as teorias podem ser apresentadas como um modelo proporcionando um diagrama ou um mapa do seu conteúdo, como é o caso do modelo teórico de Betty Neuman¹⁵.

O modelo teórico de Betty Neuman combina duas categorias teóricas, a teoria dos sistemas e a teoria dos campos de energia. De acordo com a teoria dos sistemas, a pessoa (grupo ou comunidade) é considerada um sistema composto por vários subsistemas que juntos, são mais do que a sua soma, atribuindo-lhe assim uma perspectiva holística. Estes subsistemas incluem as variáveis biológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento e compõem a estrutura básica do sistema. Por outro lado, pela teoria dos campos de energia, o sistema é considerado como sendo um sistema aberto, na medida em que está em constante interação com outros sistemas e com o meio. Um ambiente interno em constante interação com um ambiente externo¹⁴.

Figura 1. Diagrama do Modelo Teórico de Betty Neuman¹⁴



Para além dos quatro conceitos principais do metaparadigma da enfermagem: a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem, o modelo teórico de Neuman acrescenta conceitos fundamentais como o stress ou fatores stressores, reação e reconstituição¹⁴.

O conceito de **stress**, introduzido por Neuman, envolve várias dimensões entre causas, natureza dos fatores de stress, respostas imediatas, físicas, sociais e psicológicas. O stress é considerado como um processo de ajustamento a circunstâncias disruptivas, reais ou potenciais, do equilíbrio de um sistema. Os fatores de stress (intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais) são assim considerados agentes que desafiam as capacidades de adaptação ou ajustamento. Por sua vez, as **reações**, enquanto respostas ao stress, são fisiológicas e psicológicas e não são um acontecimento estático que ocorre de forma isolada. A forma como cada sistema reage a situações geradoras de stress é condicionada por variáveis como a personalidade, a percepção e os recursos de adaptação ou, as designadas, estratégias de *coping*¹⁶. A capacidade da resposta adaptativa ao stress depende de fatores como a experiência prévia, sistemas de suporte, capacidades intelectuais, predisposição para a ansiedade e nível económico e de instrução. As pessoas que respondem de forma positiva estão a adaptar-se. *Coping* significa ajustar-se a, ou resolver desafios internos e externos e as suas formas são aprendidas ao longo da vida. A capacidade de controlar um fator de stress, através da utilização de uma resposta particular de *coping*, é considerada uma competência que passa a integrar **estrutura básica** da pessoa, enquanto sistema^{14, 16}.

As **linhas de defesa**, representadas no diagrama por círculos concêntricos, protegem o sistema. São consideradas três linhas de defesa. A **linha de defesa flexível**, é a primeira a ser atingida pelo fator stressor, constitui o estado atual do sistema servindo de barreira; a **linha normal de defesa** depende das suas variáveis desenvolvendo-se ao longo da vida; p último, as **linhas de resistência** representam os fatores internos ativados que visam a proteção e preservação da estrutura básica quando um stressor consegue ultrapassar a linha normal de defesa¹⁴.

O objetivo máximo da enfermagem é ajudar os indivíduos a recuperar e manter o equilíbrio psicofisiológico e sociocultural¹⁶. Os fundamentos do modelo teórico de Neuman são baseados numa abordagem holística, mas também preventiva para os cuidados de enfermagem dividindo-se em três níveis de prevenção: a **prevenção primária** visa impedir que os fatores stressores afetem o sistema e fortalecer a linha flexível de defesa; a **prevenção secundária** atua sobre a reação procurando limitar ou eliminar os danos causados pelos fatores stressores e, deste modo, atua sobre a linha

normal de defesa; por último a **prevenção terciária** procura ajudar na recuperação e na restauração da estabilidade, do equilíbrio, fortalecendo as linhas de resistência¹⁵.

II.1.1. A Família enquanto Estrutura Básica de Recursos Energéticos

A parentalidade constitui um projeto de vida dinâmico e contínuo, cujo início ocorre com o evento biológico da gravidez e se formaliza com o nascimento²⁴. Para além das transformações fisiológicas inerentes ao processo gestacional, a gravidez detém um significado sociocultural profundo, representando a aquisição de novos papéis, a reorganização das relações interpessoais e a adoção de novos estilos de vida. Estes elementos são integrados psicologicamente no **núcleo familiar**, originando expectativas futuras relacionadas com o desenvolvimento do bebé e com a concretização da parentalidade^{17,25}.

A gravidez é então perspectivada sem intercorrências e na esperança de ter um bebé saudável. Contudo, nem sempre este cenário corresponde à realidade e pode ser interrompido ao longo do decurso da gestação levando não só à perda real do bebé, como colocando em causa o projeto de vida e a concretização da parentalidade na forma imaginada. Pelo seu carácter disruptivo e traumático, potenciando alterações nas relações e estrutura familiar, a PG é um **fator stressor** muito significativo com repercussões multidimensionais que ameaçam a estabilidade da mulher e família, podendo assumir as formas de: **stressor intrapessoal**, no que se refere às emoções intensas, conflitos internos e sofrimento psicológico que potencia; **stressor interpessoal** pela incompreensão social, falta de apoio e comunicação inadequada e, por fim; **stressor extrapessoal** relacionado com o ambiente institucional, burocracias e ausência de políticas de humanização adequadas¹⁷.

Perante a perda e a quebra do vínculo afetivo, exige-se uma consequente reestruturação e reorganização gradual da vida da mulher e da família sendo vários os fatores que podem determinar ou influenciar as **linhas de defesa**, enquanto barreiras protetoras e, nessa medida, influenciar a capacidade de resposta, o grau de reação e a variabilidade do grau de luto e de adaptabilidade tais como fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento^{8,18}. O tempo de gestação foi considerado como fator relevante enquanto preditor do processo de luto e do grau de adaptabilidade na medida em que algumas investigações associaram a PGT a níveis mais

elevados de desajustamento relacionado com o fortalecimento do vínculo afetivo ao longo da gravidez. Contudo, os resultados não são consensuais e facto é que a PG é um fenómeno traumático e devastador para quem o experiencia independentemente da IG⁹. As reações da mulher e família a uma PG, dependem do vínculo afetivo com o bebé, mas também do investimento colocado na gravidez, não sendo, necessariamente, determinadas pelo tempo de gestação¹⁹. Outro fator apontado, é a qualidade da relação entre o casal. Assim como um bom suporte social e familiar estão associados a uma melhor resposta e posterior adaptação à perda, a relação conjugal é um fator influente sendo objetivado que relações percebidas de fraca qualidade estão associadas a maior sofrimento psicológico, comprometimento da adaptação psicológica, níveis mais elevados de ansiedade, depressão e maiores dificuldades na adopção de estratégias de *coping*. Outros fatores associados ao impacto da PG e às repercussões que dela advêm são a idade e a paridade sendo que a existência de mais filhos está associada a processos de luto mais normativos e menor risco de desenvolvimento de sintomas depressivos e, como refere Neuman, a idade e o desenvolvimento estão associados ao fortalecimento ou enfraquecimento da **linha normal de defesa**¹⁵. No contexto da PG, estudos revelam que mulheres mais jovens, reportam níveis mais elevados de luto e que a maturidade está diretamente relacionada com as melhores estratégias de *coping*¹⁷.

O luto é a **reação**, a resposta normal, saudável, dinâmica e universal, à perda e comporta diferentes manifestações psicológicas, comportamentais ou somáticas¹⁷. O processo de luto é individual e cada pessoa o vivencia de forma diferente, mediante vários fatores como aqui foi descrito, no entanto deve ser vivenciado e não evitado, por mais doloroso que possa ser, pois é através dele que a mulher e família entra em contato com a nova realidade, até que consiga superá-la e, a seu tempo, atribuir-lhe um novo significado¹⁰. Contudo, no caso da PG, estar em luto pode ser uma tarefa complexa. Além da perda real de um filho, é preciso ainda lidar com a perda das expectativas, do sonho, da família idealizada e dos novos papéis sociais²⁰. Este facto assume maior relevo uma vez que este tipo de luto é muitas vezes incompreendido, desvalorizado e não reconhecido por outros, desde profissionais de saúde, restante família e sociedade conceptualizando o denominado luto desautorizado²⁶. Esta incompreensão ou falta de reconhecimento pode conduzir a processos de luto silenciosos e vivenciados em isolamento, refletindo-se muitas vezes na ausência de estratégias de *coping*, ou na sua utilização de formas

desadequadas e ineficazes culminando em lutos complexos, não adaptativos e prolongados¹⁷.

De acordo com Neuman, existem vários modelos de *coping*, sendo que os mecanismos de defesa são os mais utilizados. Inatos, são estratégias psicológicas e comportamentais que operam, quase sempre a um nível inconsciente e protegem a pessoa. São essenciais à manutenção da saúde mental, porém, podem ser ilusórios através do disfarce e da negação de ações ou lembranças com potencial ansiogénico. Quando utilizados adequadamente, fortalecem a linha de defesa contra os fatores de stress e contribuem para o crescimento e o desenvolvimento psicológico. Se utilizados de forma inapropriada podem resultar em padrões de vida disruptivos e evocam muitas vezes sentimentos de retaliação ou de defesa nos outros¹⁶.

Kubler Ross, na sua concepção de teoria do luto, define este processo dividindo-o em cinco fases²⁷:

- **Negação** funciona como mecanismo de defesa inicial e protege do choque. A negação manifesta-se com sentimento de incredulidade perante a notícia e uma sensação de vazio ou entorpecimento emocional;

- **Raiva** dirigida a si própria, ao parceiro, aos profissionais de saúde, à própria vida sendo prevalecte o sentimento de injustiça e revolta. A raiva determina o início do reconhecimento da perda;

- **Negociação/barganha** é a fase que contempla a tentativa de recuperação do controlo através de pensamentos ou comportamentos que visam evitar ou reverter a perda na busca de explicações causais que lhe possam dar sentido e tentativas de racionalização que aliviem a dor emocional. Surgem sentimentos de culpa, muito comuns e característicos deste tipo de luto, procura de controlo ou tentativas internas de alterar o desfecho;

- **Depressão** surge com a percepção real da perda e caracteriza-se por uma tristeza profunda, isolamento, choro fácil, sensação de vazio ou desesperança. A depressão no luto após PG pode variar desde uma tristeza adaptativa até quadros mais intensos que exigem intervenção psicológica;

- **Aceitação**, caracterizada pela capacidade em falar sobre a perda com menos sofrimento associado, ressignificar a experiência e por uma maior serenidade. A aceitação

não implica esquecer a perda, mas integrá-la na sua história de vida, permitindo reconstruir sentido e recuperar o equilíbrio²⁷.

De acordo com a autora é importante reconhecer que o luto não segue trajetórias fixas e que as etapas não devem ser interpretadas como sequências rígidas passíveis de cronometrar. No caso da PG, esta flexibilidade é particularmente relevante, uma vez que a perda ocorre frequentemente de forma inesperada e abrupta e as diferentes fases podem não seguir uma sequência rígida sendo possível experienciar diferentes fases simultaneamente. Como explanado na teoria, o luto é um processo que quando integrado permite a adaptação ou ajustamento à nova realidade no sentido do crescimento e desenvolvimento pessoal, corroborado pela conceção de Neuman que refere que os stressores desafiam as capacidades de adaptação ou ajustamento podendo ser benéficos ou prejudiciais, dependendo do sistema, da globalidade da situação, intensidade da fonte de stress e da capacidade de reação^{8,16,17,27}.

Dentre os vários fatores que influenciam a vivência da perda e do luto gestacional encontram-se os cuidados recebidos pelos profissionais de saúde ao longo de todo o processo, desde o diagnóstico à reabilitação ou **reconstituição**⁸. Neste sentido, as intervenções do EE-ESMO devem basear-se no grau de reação, nos recursos, objetivos e resultados pretendidos¹⁶. Para otimização dos cuidados e dos seus resultados, a prática de enfermagem pode beneficiar com a utilização de diretrizes e protocolos que orientem e balizem os cuidados às famílias perante uma PG. Existem várias diretrizes clínicas, internacionais, publicadas por organizações como *United Kingdom's RCOG*, *ACOG* e *Perinatal Society of Australia and New Zealand*, que visam orientar os profissionais de saúde, nomeadamente, o EE-ESMO, nos cuidados biopsicossociais em situações de PG⁸. Em Portugal, as únicas diretrizes encontradas para o apoio à assistência nos casos de PG foram publicadas pela SPOMMF e incluem, sobretudo, orientações de conduta clínica.

O papel do EE-ESMO na vigilância da gravidez e do bem-estar materno fetal é de uma importância extrema para a identificação de fatores e situações de risco. Contudo, já aqui foi descrito que a PG é, muitas vezes, inexplicada ocorrendo de forma imprevisível. Após a perda, não sendo possível o seu evitamento, o foco da intervenção do EE-ESMO, a nível da **prevenção primária**, será o grau de reação à perda e o processo de luto, tendo como objetivo a sua vivência mais normalizada e saudável no sentido da adaptação à nova realidade e, como conceptualiza Neuman, através do fortalecimento das linhas de defesa.

É fundamental que o EE-ESMO avalie o estado atual das defesas físicas e psíquicas do casal²⁸, permitindo-lhe assim avaliar a linha de defesa ou seja, a capacidade do casal para reagir e responder a este evento. É essencial uma avaliação pormenorizada dos antecedentes e da história do casal desde os antecedentes patológicos, nomeadamente do foro psicológico, mas também a história da gravidez, história familiar e social, o grau de instrução, as crenças e valores que os suportam. Quando se percebe que a linha de defesa é fraca, é expectável uma resposta psicofisiológica mais intensa ao evento stressor devendo o EE-ESMO ter em consideração que os componentes físicos e psicológicos estão em interação constante. A angustia, a tristeza e ansiedade, entre outras emoções já reconhecidas como parte integrante do processo de luto, podem despoletar sintomas fisiológicos que, por sua vez, podem exacerbar os sintomas psicológicos²⁸.

As habilidades de comunicação, apesar de essenciais ao longo de todo o processo devendo ser adequadas a cada fase, são essenciais neste período inicial, nomeadamente na transmissão de más notícias. A transmissão de más notícias, mais do que um evento, é um processo passível de alterar a percepção da pessoa sobre o seu presente e o futuro²⁹. Vários estudos recomendam que a transmissão de más notícias deva incluir técnicas que facilitem o fluxo de informação, nomeadamente através da aplicação do protocolo SPIKES. Este protocolo consiste numa técnica de comunicação que fornece estratégias para lidar com o sofrimento e gerir a transmissão da informação em seis passos³⁰:

- *Setting*, que visa preparar o que é possível antecipar seja a nível do ambiente ou da informação a transmitir. Deve ser garantida a privacidade de modo a proporcionar e promover a comunicação entre o casal e para que consigam expressar-se sem constrangimentos ³¹;

- *Perception*, tentar perceber o que a pessoa já sabe;

- *Invitation*, compreender o que a pessoa pretende saber naquele momento específico;

- *Knowledge*, partilha de informação de forma simples e direta. A informação a ser transmitida deve ser honesta, clara, pertinente, e adaptada à capacidade de retenção e compreensão em cada fase do processo^{32,33};

- *Emotions*, referente ao reconhecimento e validação de emoções e reações demonstrando empatia. Nesta fase reveste-se de especial importância o apoio emocional, a demonstração de empatia e a compreensão pela perda. Uma componente crucial é

determinar os sentimentos e as necessidades emocionais da mulher e família. Esta abordagem empática procura identificar e compreender os seus pensamentos e desejos sem tentar moldá-los. Estas famílias valorizam a aceitação e o reconhecimento das suas emoções. A inclusão do pai, ou convivente significativo, tem de ser considerada. O apoio ao pai estimula a união do casal, devendo este ser também alvo de cuidados e apoio emocional^{26,34}.

- *Strategy/Summary*. que se refere ao resumo do que foi transmitido e discussão das opções e o plano a seguir. Todas as intervenções devem ser discutidas com o casal e respeitadas as suas decisões garantindo que são baseadas na adequada percepção da informação recebida. Os pais devem receber opções detalhadas sobre os seus cuidados e o momento de os considerar^{8,34}.

É importante que a notícia não seja dada à mulher enquanto está sozinha. Todas as informações relativas à situação devem ser dadas à mulher e pessoa significativa para que possam receber e discutir juntos a informação, a fim de serem mantidos os padrões de comunicação e relacionamento do núcleo familiar³³. Deve ser dado tempo e oportunidade para a colocação de questões e esclarecimento de dúvidas, incentivar a expressão dos sentimentos, ter disponibilidade para ouvir e ajudar a família a compreender as suas reações como respostas normais ao processo de luto^{33,35}.

A **prevenção secundária** implica a identificação precoce das respostas ao stress e o tratamento ou intervenção perante os sintomas manifestados. Nesta fase o EE-ESMO deve diagnosticar o grau de reação do casal ao evento stressor procurando ajudar o casal a gerir a situação através de três métodos de gestão do stress: lidar com o problema, lidar com os sentimentos provocados pelo problema e reduzir o limiar fisiológico do stress^{16, 28}. O EE-ESMO deve ser conhecedor do processo de luto e das várias fases que a ele estão inerentes de forma a poder ajudar a família a reconhecer os sentimentos como normais de cada fase e a capacitar a adoção de estratégias de *coping* adequadas de acordo com as suas capacidades e características. A avaliação e compreensão dos medos e das preocupações de cada família facilita a identificação dos seus mecanismos de defesa e padrões de *coping*, porém, embora seja possível descrever mecanismos de defesa, muitas vezes pode não ser possível identificar ou compreender as necessidades específicas que fazem com que cada pessoa ou família os utilize. Neste sentido, não se deve desafiar, diretamente, as defesas individuais. Deve-se sim reconhecer o comportamento como

mecanismo de proteção individual e que embora possa parecer desajustado, pode servir os objetivos de adaptação para aquela mulher e família¹⁶. As intervenções do EE-ESMO devem assim concentrar-se na melhoria do bem-estar físico, psicológico e social de modo a reduzir o impacto da perda, devendo centrar-se essencialmente na validação e reconhecimento da perda e do processo de luto, no apoio emocional, nos cuidados humanizados e no apoio para identificar e implementar estratégias de *coping* adequadas^{9,36}.

O apoio da psicologia clínica é defendido na literatura e é uma permissão da SPOMMF³. De acordo com as suas competências o EE-ESMO deve encaminhar ou articular a intervenção desta especialidade. Situações de maior vulnerabilidade tendo em consideração fatores como apoio social, familiar e profissional, recursos financeiros, idade dos pais, processo de adaptação à perda, história psiquiátrica prévia, experiências prévias, devem ser identificadas e consideradas de forma a permitir uma mais rápida e fácil sinalização da família em risco³⁴.

A literatura realça ainda a importância do apoio familiar, considerado como fator facilitador na vivência emocional devendo, por esse motivo, serem criadas condições e apoiar a presença do acompanhante e família a vivenciar o luto³⁵.

Outro aspeto a ter em consideração é o controlo da dor. Em contexto hospitalar, devem ser disponibilizadas às grávidas com fetos mortos as mesmas opções para alívio da dor, farmacológicas e não farmacológicas, que são disponibilizadas às parturientes com bebés vivos. O foco está na condição e opção materna¹². Quanto ao momento do nascimento e o ver ou ter contacto com o bebé, as opiniões dividem-se. Se para alguns é importante que os pais vejam o bebé para terem a confirmação e prosseguir a sua vida, para outros ver o bebé pode ser traumático, o que dificulta a aceitação e atrasa o processo de luto numa busca constante de causas. A evidência sugere que as famílias que não têm qualquer contacto com o seu bebé, em muitos casos, acabam por se arrepender dificultando assim o processo de luto. Informações e orientações como a aparência do bebé, a temperatura e o toque são importantes para colmatar os receios e medos dos pais no momento da decisão³⁴. Possibilitar a escolha e a tomada de decisão sobre os cuidados ao filho, são identificados como aspetos facilitadores do processo de luto¹⁷. Os profissionais de saúde devem proporcionar oportunidades⁹ e um ambiente calmo, onde os pais possam pegar no seu filho ao colo e despedirem-se sem pressa³⁷, não devendo,

contudo, ser pressionados para tal^{17,34}. Os pais devem ser ajudados a olhar para o bebê como uma pessoa real, um membro da família que nasceu e morreu, promovendo a aceitação da realidade da perda³⁸. O facto do EE-ESMO se referir ao bebê pelo seu nome, é facilitador para os pais na medida em que representa o reconhecimento da existência real do seu filho e favorece o sentimento de parentalidade¹.

A família pode desejar procurar orientação espiritual ou religiosa. As opções de funeral, incluindo o enterro e a cremação, devem ser discutidas com os pais, tendo em conta as considerações religiosas e culturais. As questões práticas devem ser discutidas no momento e na medida que lhes for mais conveniente³⁴.

Em contexto institucional, é essencial promover a esta família a privacidade necessária, contudo, é importante que não se sintam abandonados ou isolados. De acordo com a sua preferência e com as possibilidades estruturais dos serviços, deve ser proporcionado o afastamento de outros pais com filhos RN^{17,34}. O contato da mãe com outros bebês pode exacerbar sentimentos de fracasso e tristeza. Por outro lado, ao serem distanciadas de outras mães, estas mulheres podem sentir-se marginalizadas e estigmatizadas, sendo que também elas são mães, e não querem por isso estar em ambientes onde não sejam assim consideradas⁸. Para receber os pais que vivenciam o luto fetal, devem ser destinados espaços de privacidade e dadas opções, para que assim tenham a oportunidade de escolher entre ficar no pós-parto com outras mães e os seus bebês, ou não ter esse contato¹².

À data da alta devem ser discutidos aspetos como a contracepção e a inibição do aleitamento³. Alguns pais podem optar por doar o seu leite a um banco de leite materno. Embora possa ser difícil discutir a doação de leite, o EE-ESMO deve fornecer aos pais, com sensibilidade, informações sobre as diferentes opções³⁴. Questões relacionadas com a confrontação com o quarto e os objetos do bebê, também devem ser abordadas. Embora doloroso este confronto pode ser benéfico³⁹.

De acordo com a literatura e as diretrizes disponíveis, a assistência a famílias que passam por uma PG não se limita à fase do diagnóstico e do parto, ou expulsão do feto/produto de concepção, mas sim até à resolução do processo de luto, devendo por isso manter acompanhamento mesmo após a alta hospitalar. O EE-ESMO deve avaliar a necessidade, potenciar e servir de interligação entre os recursos existentes na comunidade, nomeadamente, a referenciação para a consulta de puerpério e o apoio

psicológico de profissionais ou de instituições/organizações de apoio ao luto parental³⁹. O conhecimento destes recursos e a avaliação do acesso aos mesmos é fundamental para garantir o acompanhamento da família enlutada e o apoio na readaptação familiar^{3,34}, dando aqui lugar à **prevenção terciária** cujo objetivo é ajudar na recuperação e na restauração da estabilidade, do equilíbrio¹⁵. Neste sentido, os cuidados na comunidade deverão ter por base: (1) a promoção da saúde através da identificação da situação de saúde da mulher e família do ponto de vista da vivência da perda, do grau de luto e adaptabilidade, da sua rede de apoio, particular e comunitária; na promoção do potencial de saúde através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de luto e de vida após a perda; no apoio e orientação cognitiva e de novas capacidades possibilitando a adopção de estratégias de *coping* eficazes; (2) a prevenção de complicações pela identificação de alterações no processo normal de luto, de adaptabilidade ou de recursos, disponíveis e utilizados, que potencialmente possam conduzir a um luto complicado ou disfuncional e desta forma intervir ou referenciar para outros profissionais ou recursos da comunidade; (3) a promoção e garantia da adequada vivência do luto que possibilite a readaptação funcional através da otimização das capacidades da mulher e família e o aproveitamento dos recursos da comunidade.

Em todas as fases do processo impõe-se o respeito pela individualidade da mulher bem como a procura constante da empatia e o envolvimento dos conviventes significativos no processo de cuidados^{3,10}.

II.1.2. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica enquanto Estrutura Básica de Recursos Energéticos

De acordo com o regulamento das competências específicas do EE-ESMO, ao mesmo compete providenciar “cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher (...)”^{7, p.13564} concebendo, planeando, implementando e avaliando “intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neonatal”^{7, p.13564}. No entanto, alguns destes profissionais têm dificuldade em gerir as suas emoções e sentimentos, sentindo-se vulneráveis em prestar cuidados a estas famílias, recorrendo a atitudes que podem ser consideradas negativas¹⁰. O sentimento de impotência e a percepção de que os cuidados que prestam não são eficazes ou os necessários leva a que muitas vezes optem por não se envolverem

nos cuidados a estas famílias, não sabendo o que lhes dizer adotando estratégias de defesa e proteção individual como o afastamento^{10,17}.

Analisando alguns estudos que apontam, por parte das famílias, para atitudes do EE-ESMO, consideradas como menos positivas, emergem: o cuidado baseado meramente nos aspetos físicos sem considerar a individualidade ou os aspetos psicológicos; falta de preparação, conhecimentos e habilidades de aconselhamento e comunicação; falta de empatia e a utilização de frases que nem sempre são reconfortantes tais como “*Ainda é jovem*” ou “*Deve esquecer e seguir em frente*”; falta de sensibilidade, privacidade, de clareza e indisponibilidade para responder a questões; ambiente hospitalar; não ser dada a oportunidade aos pais para se despedirem adequadamente do seu filho; profissionais inexperientes e desconfortáveis com a situação, tendem a assumir o controlo da mesma e a tecer comentários percebidos como inapropriados; percepção de maior dedicação, por parte dos profissionais, às parturientes com bebés vivos em detrimento das mães com feto morto; e a não utilização de métodos não farmacológico para alívio da dor^{8,10,12,17}.

Estas atitudes são, na sua maioria, reconhecidas pelos profissionais que também apresentam algumas justificações para as mesmas. Nos estudos analisados surgem: necessidade de afastamento, barreiras linguísticas como entrave à relação terapêutica; ambiente hospitalar; falta de pessoal para prestar cuidados individualizados; falta de tempo, em função da sobrecarga de trabalho, considerado uma limitação para o estabelecimento de uma relação empática; gestão que privilegia a quantidade em detrimento da qualidade dos cuidados prestados levando a que uma relação empática implique gasto de energia e tempo; falta de preparação profissional, geradora de angústias e inseguranças; falta de formação, falta de apoio institucional e necessidade de desenvolver competências interpessoais que ajudem a gerir adequadamente as situações de luto perinatal. Em alguns casos os EE-ESMO avançam mesmo com sugestões que os auxiliem a corrigir as atitudes revelando que seria importante a promoção de espaços de formação e discussão, incluindo outros profissionais, como o psicólogo e assistente social, possibilitando apoio às famílias, mas também aos profissionais^{8,10,12,13}.

Outros aspetos apontados por alguns autores são a desvalorização da perda, por parte dos profissionais, sobretudo quando esta ocorre no primeiro trimestre da gravidez, não lhe atribuindo o potencial traumático que pode causar na mulher e família, o desconhecimento do processo de luto, o facto dos mesmos se sentirem responsáveis pela

manutenção da vida, sendo a morte considerada como um insucesso, um fracasso, causando uma grande angústia naqueles que a presenciam e a dificuldade em partilhar a sua experiência com colegas, familiares e amigos com receio do julgamento e estigmatização, recorrendo ao silêncio, o que resulta no aumento da sobrecarga emocional e tensão psicológica^{8,9,17,20}.

Neste enquadramento pode concluir-se que a PG constitui um fenómeno complexo, com impacto profundo não só nas famílias como nos profissionais envolvidos no processo de cuidado não se podendo por isso descurar que aqueles que cuidam também necessitam de ser cuidados devendo ser alvo de atenção, apoio e suporte²³. No contexto da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, esta experiência assume particular relevância devido à natureza relacional, emocional e técnica do cuidado prestado. A análise das vivências do EE-ESMO perante a PG beneficia em ser aprofundada à luz do Modelo de Sistemas de Betty Neuman, na medida em que oferece uma estrutura teórica abrangente que permite compreender as respostas humanas ao stress e orientar intervenções de enfermagem que promovam a estabilidade do sistema.

Na conceptualização de Neuman, a **estrutura básica** representa os elementos nucleares e relativamente estáveis que compõem o sistema humano. Ao considerar o EE-ESMO como estrutura básica, incluem-se no seu núcleo os conhecimentos técnico-científicos, as competências relacionais e comunicacionais, os valores éticos, as experiências prévias, a identidade profissional, bem como os mecanismos intrínsecos de *coping* e resiliência. Estes componentes constituem a base a partir da qual o profissional interpreta, enfrenta e integra a vivência da PG, influenciando simultaneamente a qualidade do cuidado prestado à mulher e família e o impacto emocional da experiência no próprio profissional^{8,13}.

A PG pode assim ser compreendida como um **stressor significativo** que interage com o sistema do profissional, nas vertentes **extrapessoal, intrapessoal e interpessoal**.

No caso concreto dos cuidados em situação de PG a mesma pode constituir um **stressor intrapessoal**, correspondendo a forças internas do próprio profissional que podem incluir sentimentos de impotência, tristeza, frustração, injustiça, sofrimento moral ou identificação emocional com a mulher e família. As crenças pessoais sobre a morte e a perda, as experiências anteriores e a perceção de competência são igualmente relevantes e podem condicionar a intensidade da resposta emocional^{8,9,10}. Na vertente **interpessoal**

são consideradas as interações entre o EE-ESMO e outros indivíduos, nomeadamente a mulher, o casal, a família ou a equipa multidisciplinar. A comunicação de más notícias, divergências na equipa sobre a abordagem terapêutica, expectativas familiares não correspondidas, a necessidade de gerir emoções intensas no contexto clínico e a incapacidade de expressar as suas emoções constituem exemplos de stressores desta natureza^{9,10}. Enquanto **stressor extrapessoal** considerando os fatores externos ao indivíduo, mas que influenciam direta ou indiretamente o seu funcionamento, destacam-se as condições organizacionais, a ausência de protocolos específicos, a sobrecarga de trabalho, a limitação de recursos humanos e materiais e a inexistência de espaços formais de supervisão clínica ou apoio emocional^{8,10,12,13,17,20}.

A interação dos stressores com o sistema profissional determina a necessidade de ativação das linhas de defesa e resistência. Fatores físicos, emocionais e contextuais do momento como fadiga, suporte percebido na equipa ou experiência prévia podem reforçar ou fragilizar a **linha flexível de defesa**, determinando a vulnerabilidade imediata do profissional ao stress. A **linha normal de defesa**, constitui o estado habitual de funcionamento do EE-ESMO, integrando competências comunicacionais, padrões de rotina de atuação clínica, mecanismos pessoais de *coping* e a identidade profissional consolidada. A PG pode desafiar esta linha ao exigir competências emocionais mais aprofundadas. Por último, as **linhas de resistência** são ativadas quando o stress ultrapassa as defesas externas, procurando preservar a integridade do núcleo do sistema. No contexto da prática obstétrica, estas linhas podem manifestar-se através da utilização de estratégias resilientes, procura de apoio na equipa, reflexão ética ou mobilização de conhecimentos específicos em comunicação e luto. A insuficiência dessas linhas pode conduzir a consequências adversas como a exaustão emocional, stress traumático secundário, fadiga por compaixão e *burnout*⁴⁰.

As diretrizes internacionais contemplam que profissionais em situações de maior vulnerabilidade como grávidas, profissionais que já tenham uma experiência semelhante na sua vida pessoal, ou que estejam, por outros motivos, a passar por uma situação pessoal difícil, possam não se sentir em condições de cuidar destas famílias devendo ser-lhes dada a oportunidade de se distanciarem³³. É necessário que o próprio profissional reconheça os seus limites e que se promova um ambiente de trabalho e apoio em equipa favorável. Nestes casos, o apoio entre pares constitui uma ferramenta importante. Compreender o

custo pessoal que este tipo de cuidados implica para si próprio aumenta o sentimento de proteção entre os vários elementos da equipa⁴¹. Contudo, este evitamento de contato com o fator stressor pode nem sempre ser possível e no âmbito da **prevenção primária** algumas estratégias que promovam o fortalecimento da linha flexível de defesa devem ser adotadas. Essas estratégias pretendem-se que cumpram os objetivos de contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional do EE-ESMO, promover uma maior sensação de realização profissional potenciando níveis mais baixos de sobrecarga emocional, exaustão, sentimentos de despersonalização, medo e comportamentos de evitamento^{13,27,42}. Neste sentido, a existência de protocolos institucionais e estabelecimento de uma cultura organizacional de apoio e entreajuda¹⁰ bem como o investimento na formação em áreas específicas como o luto, a comunicação e gestão de emoções devem ser fomentados. A evidência científica demonstra que a formação permite que os profissionais possam adquirir confiança nas suas habilidades e elevem o padrão de cuidados⁹, promove o estabelecimento do vínculo e a relação terapêutica com as famílias⁸, evita o afastamento e proporciona a aquisição da experiência necessária para a sua própria gestão de emoções e sentimentos⁹, possibilitando também reduzir o estigma e estabelecer cuidados respeitosos. É essencial o investimento na formação académica⁸, mas também uma cultura organizacional que incentive o apoio ao luto através da formação¹⁷. Vários estudos dão ênfase à necessidade de existir um elemento de referência na assistência em situações de PG com formação específica na área do luto perinatal^{43,44,45} a par do que já acontece no Reino Unido com as *bereavement midwives*⁴⁵ e também nos Estados Unidos onde se tem investido na formação das *midwives*⁴⁶.

No **âmbito da prevenção secundária**, é necessário adotar estratégias de *coping* adequadas que possam reduzir o grau de reação ao fator stressor. O desenvolvimento de competências de **autocuidado**, pessoal e profissional, é considerado uma estratégia de *coping* essencial. A manutenção de um estilo de vida saudável, envolvimento em atividades recreativas e *hobbies*, prática de *mindfulness* e meditação, priorização da proximidade com amigos e família, autoconsciência para estabelecer limites, estabelecimento de níveis de ligação com os utentes e a escrita afetiva, são exemplos de intervenções de autocuidado a considerar^{27,41,42}. A procura do desenvolvimento pessoal, integrando as dimensões espiritual, psicológica e social, é também uma intervenção promotora do autocuidado. Concretizando, a literatura define como dimensão espiritual

o sentido da vida. Implica descobrir, construir ou antecipar esse fio condutor e ser capaz de perceber a vida como um todo coerente. A essência humana reside na motivação para encontrar um sentido de vida. Quando não o consegue, a pessoa entra num estado de frustração existencial que, conjugado com outros fatores pode despoletar perturbações do foro psicopatológico. A dimensão psicológica contempla a autoaceitação, relacionamento positivo com as outras pessoas, autonomia, domínio do ambiente, objetivos de vida e crescimento pessoal. Por último, a dimensão social, está diretamente relacionada com o sentido de pertença. Ter identidade pessoal através da pertença a um grupo de referência. Um bom ambiente de trabalho, um bom clima organizacional e uma liderança apropriada são fundamentais para que os indivíduos se sintam aceites e percebam que os benefícios dos relacionamentos no trabalho favorecem todas as dimensões da sua vida⁴¹. O apoio da psicologia e a psicoterapia são intervenções a considerar nesta fase^{27,42}. O apoio a estes profissionais através de uma política institucional que promova redes de apoio e disponibilize espaços e tempo de partilha de experiências e emoções¹⁸, de modo a reforçar potencialidades e contribuir para a redução de fragilidades¹³, promover a reflexão e a consciência crítica do trabalho coletivo são também eficientes para a capacitação dos profissionais⁴⁷.

Por último, as intervenções no âmbito da **prevenção terciária**, direcionadas para o período posterior ao evento, com o objetivo de restaurar e reforçar as defesas do sistema incluem sobretudo, estratégias de grupo. A criação de grupos terapêuticos é útil para os profissionais de saúde ajudando a lidar com o stress ambiental, a manter e melhorar as suas competências de *coping*, permite a proximidade psicológica, incentivada pelo conhecimento de que os membros do grupo partilham preocupações semelhantes que muitas vezes não são bem compreendidas pelos outros, oferece compreensão, informação e entreajuda. É necessário apoio espiritual, psicológico e emocional aos profissionais para que possam apoiar os pais enlutados e as suas famílias. Os sentimentos sobre a morte e o morrer em cada cultura precisam de ser explorados. É essencial ter colegas dispostos com quem expressar sentimentos, discutir dilemas e fazer um balanço depois de lidar com o luto. O trabalho em equipa deve ser promovido. A colaboração de vários profissionais numa equipa em condições de igualdade otimiza a colaboração mútua e diminui a sobrecarga. O trabalho em equipa envolve um grupo de seres humanos que reconhecem a pertença, o valor e a necessidade de partilha, experiência e cooperação. Estratégias de

colaboração devem ser abordadas em reuniões de equipa e *debriefing* com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e prestar apoio aos profissionais. A supervisão emocional individual ou grupal, formação contínua, reflexão crítica da prática e integração das vivências no desenvolvimento profissional, devem ser promovidas^{27,41,48}.

Cuidar de famílias enlutadas não é algo natural para todos. É urgente reconhecer as experiências e perdas difíceis quando estas ocorrem, mas também a necessidade de desenvolver uma equipa forte e solidária, um local seguro para expressar e partilhar sentimentos de tristeza e pesar, e a importância de reservar tempo para o autocuidado e a reflexão intrapessoal⁴⁹.

III. Percurso de Desenvolvimento de Competências Especializadas e de Mestre

O percurso formativo iniciou-se com a elaboração do PIF no âmbito da Unidade Curricular Pedagogia inserida no plano curricular do 2º semestre do 1º ano do curso de Mestrado tendo sido escolhido um tema, considerado pertinente para a prática do EE-ESMO, e desenvolvido um plano de projeto (Apêndice B) a implementar ao longo dos diferentes contextos de EC.

Enquanto processo prolongado no tempo, de carácter dinâmico e complexo, marcado por imprevistos aos quais se tem de dar resposta⁵⁰, este projeto sofreu ajustes ao seu planeamento inicial. A falta de estudos e literatura dirigida à PGT, concretamente, condicionou a pesquisa bem como o trabalho desenvolvido em cada contexto de EC pelo que houve necessidade de redefinir o tema redireccionando-o para a PG enquanto conjunto de situações de perda que podem ocorrer ao longo da gravidez ou após o parto, compreendendo o aborto, a morte fetal e a morte neonatal, ou seja, independentemente da IG em que ocorrem¹⁸. Houve ainda a necessidade de adequação de novos objetivos, gerais e comuns a todos os contextos de EC e específicos para cada um individualmente, de acordo com os diagnósticos de situação efetuados.

Em cada EC foi realizado um diagnóstico de situação cujo propósito foi identificar e compreender as necessidades dos serviços, dos profissionais e famílias em contexto de PG atual ou prévia. Todas as atividades foram suportadas pela evidência científica. Os objetivos e atividades definidos visaram a compreensão das vivências do EE-ESMO no decorrer dos cuidados a famílias em situações de PG ou com história prévia de PG, a sensibilização e consciencialização do EE-ESMO para o tema visando alcançar a melhoria da qualidade dos cuidados.

A aquisição e desenvolvimento de competências especializadas e de mestre, enquanto processo de desenvolvimento e evolução pessoal e profissional, permitiu, nos diferentes contextos, o reconhecimento das intervenções do EE-ESMO perante situações de PG através de uma prática reflexiva com foco na humanização dos cuidados, mas com particular atenção na satisfação e realização pessoal e profissional de quem cuida.

O EC foi repartido em cinco contextos: BP e Urgência Obstétrica, Internamento de Puérperas, Internamento de Grávidas, Exames Especiais de Ginecologia e na Gravidez de Alto Risco e Cuidados de Saúde Primários.

Foram ajustados objetivos e atividades transversais aos diferentes contextos de EC, nomeadamente:

1. **Identificar as dinâmicas, organizacional e funcional, de cada contexto de EC:** O objetivo foi cumprido em todos os EC através da integração nos diferentes serviços e equipas multidisciplinares, identificação e análise de protocolos e normas clínicas em vigor, reconhecimento de metodologias de trabalho e das áreas de responsabilidade inerentes à prática do EE-ESMO;

2. **Desenvolver competências específicas do EE-ESMO no âmbito da prestação de cuidados especializados à mulher/família, ao longo do ciclo gravídico-puerperal, incluindo situações de PG, nos diversos contextos de prática clínica:** Objetivo alcançado através da prestação de cuidados especializados a grávidas, parturientes, puérperas/RN/famílias em contexto de internamento e ambulatório, nomeadamente, cuidados de saúde primários, incluindo famílias em situação de PG atual ou anterior.

3. **Implementar o plano de projeto em cada contexto de EC:** Devido à especificidade do tema em estudo, o mesmo não teve aplicabilidade nos contextos de EC em Exames Especiais de Ginecologia e Exames na Gravidez de Alto Risco tendo estes sido limitados à observação e cumprimento dos objetivos propostos pela Unidade Curricular. Nos restantes EC foi possível implementar o plano de projeto, embora com adaptação e adequação de objetivos e atividades.

4. **Identificar necessidades formativas e de melhoria contínua, contribuindo para o desenvolvimento profissional e para a qualidade dos cuidados prestados:** Objetivo alcançado através da realização dos diagnósticos de situação nos diferentes contextos.

Do ponto de vista das competências de mestre⁵¹ considero que foram desenvolvidas ao longo do meu percurso, nomeadamente:

a) **Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as**

respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde: através da colaboração em programas no âmbito da parentalidade, nomeadamente cursos de preparação para o parto, recuperação pós parto e massagem infantil; consulta de apoio ao aleitamento materno; na prestação de cuidados especializados a mulheres/famílias ao longo do ciclo gravídico-puerperal, em contexto de urgência obstétrica e BP, internamento de grávidas, internamento de puérperas e cuidados de saúde primários; na prestação de cuidados especializados ao RN, em contexto de BP, internamento de puérperas e cuidados de saúde primários. A possibilidade de prestar cuidados especializados a famílias em situação de PG ou com história prévia de PG, nos diversos contextos, foi essencial para o desenvolvimento desta competência no âmbito da temática do meu projeto.

b) Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e em referenciais ético-deontológicos: através da realização e promoção de sessões de educação para a saúde, adequadas ao contexto dos cuidados, nomeadamente “Conversar sobre LUTO” e “Bebé Arco-Íris: Desafios da Parentalidade”; Elaboração do projeto intitulado “Projeto de Melhoria Continua dos Cuidados na Comunidade – Assistência no Luto Gestacional/Perinatal”.

c) Capacitar o enfermeiro como elemento integrante e dinamizador da enfermagem de uma forma proativa em equipas e projetos; através da realização de um cartaz/poster informativo esquematizando os “Procedimentos em situação de Morte Fetal”, baseado nos protocolos clínicos existentes no serviço BP; Cartaz a assinalar o “Dia dos Pais em Luto”, partilhado com todos os enfermeiros do serviço por forma a consciencializar os profissionais para a realidade do luto na perda parental, onde se inclui a perda gestacional/perinatal, e demonstrar a importância e influência dos cuidados do EE-ESMO para estas famílias ; Uniformização dos “Kit de Memórias”; elaboração do “Guia Orientador para a Assistência no Luto Gestacional/Perinatal”.

d) Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada; através da elaboração e submissão de um artigo intitulado “A efetividade das intervenções do enfermeiro obstetra na promoção da integridade do períneo na grávida e parturiente – uma revisão sistemática da literatura” para partilha através de publicação na revista científica *Salutis Scientia* (Anexo I), atualmente já aprovada, a

aguardar publicação; participação no II Seminário Internacional de Mestrados em Enfermagem: coautoria do trabalho apresentado, intitulado “Benefícios do Método Canguru para os Pais” (Anexo II); participação na formação “Intervenção no Luto por Perdas Específicas” (Anexo III) tendo sido efetuada uma análise SWOT (Apêndice C); participação no “I Congresso Nacional de Perda Perinatal” (Anexo IV); participação na formação “Amamentação *On Going*” (Anexo V).

Seguidamente serão descritos os diferentes locais de EC com base na sua estrutura física, população abrangente, descrição das equipas multidisciplinares e metodologias de trabalho. É também efetuado o diagnóstico de situação centrado nos procedimentos e recursos existentes para apoio nos cuidados a famílias em contexto de PG. Para cada contexto de EC serão descritos os objetivos específicos, as atividades desenvolvidas na persecução dos mesmos bem como os resultados obtidos e os ganhos em saúde. Para cada atividade serão também descritas as competências desenvolvidas, no âmbito das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências Específicas do EE-ESMO, com base nos respetivos regulamentos.

III.1. Bloco de Partos

O EC decorreu no BP de um hospital no distrito de Lisboa, que abrange uma população de aproximadamente 300 000 habitantes, durante o período compreendido entre 27 de fevereiro a 16 de julho de 2025, num total de 520h. O serviço abrange o BP e o SUOG com funcionamento ininterrupto, sete dias por semana.

O BP é constituído por oito salas de parto; duas salas de bloco operatório; recobro, com capacidade para três camas, privilegiando-se o puerpério imediato das cesarianas. Cada cama de recobro tem capacidade para monitorização continua de sinais vitais; uma sala de reanimação neonatal onde se encontram duas incubadoras, uma apenas de aquecimento e outra para ventilação e transporte; uma sala de terapêutica; um armazém de consumíveis; uma sala de sujos, uma copa para as utentes e o gabinete de enfermeira chefe.

Adjacente ao BP está o SUOG que se divide em sala de espera, gabinete de triagem, SO, área de monitorização de CTG com três monitores e respetivos cadeirões, três gabinetes médicos e uma sala de amamentação.

A equipa multidisciplinar é constituída por trinta e dois EE-ESMO, sendo que apenas dezanove são contratados e os restantes estão em regime de prestação de serviços, nove enfermeiros generalistas contratados e nove enfermeiros generalistas em regime de prestação de serviços. Da equipa fazem parte também uma secretária administrativa, médicos obstetras e auxiliares de ação médica. A equipa de anestesia e neonatologia integra a equipa multidisciplinar sempre que se justifique e solicitada a sua presença, bem como a equipa de psicologia, sendo que a última não se encontra no hospital durante as noites e ao longo dos fins-de-semana e feriados.

As grávidas e parturientes admitidas no BP são provenientes de outros hospitais, quando solicitada e aceite a transferência, do SUOG e do Serviço MF. A admissão é efetuada de acordo com o diagnóstico/motivo de internamento, fase do TP e gestão dos serviços BP/MF, sendo que se privilegia que as ITP sejam iniciadas no serviço MF até à fase ativa do TP, salvo algumas exceções, como por exemplo, indução com Dinoprostona (Propess®) em grávidas com cesariana anterior, ou perfusão de oxitocina. Grávidas com necessidade de maior vigilância, nomeadamente, situações patológicas ou de risco como pré-eclampsia com critérios de gravidade e necessidade de perfusão de Sulfato de Magnésio e anti hipertensores endovenosos, APPT com indicação para protocolo de ciclo de maturação pulmonar e/ou administração de tocolíticos também são internadas em BP. Outras situações incluem: grávidas/parturientes para analgesia epidural e CTG não tranquilizadores com necessidade de monitorização continua.

A grávida/parturiente pode permanecer acompanhada por uma pessoa de referência e permanece no BP até terminar o período de recobro, de duas horas, no pós-parto.

Relativamente às situações de PG, as famílias são admitidas em BP e alocadas, se e sempre que possível, na sala de parto mais periférica, junto da entrada do serviço, de forma a tentar a máxima privacidade possível relativamente a outras grávidas e parturientes. De referir que a sala em questão não tem isolamento acústico, não sendo por isso garantido o completo isolamento.

A metodologia de trabalho implementada é a de enfermeiro responsável/método individual. Por cada turno de oito horas estão seis ou sete enfermeiros, sendo que no mínimo devem estar quatro EE-ESMO, dois no SUOG, entre a triagem a o SO, e dois distribuídos pelas oito salas de parto. O recobro e o bloco operatório são assegurados por

enfermeiros generalistas. Aquando da existência do sétimo elemento no turno, EE-ESMO ou enfermeiro generalista, o mesmo fica de apoio podendo colmatar as necessidades do serviço nas áreas mais necessitadas.

Contrariamente ao parecer n. 21/2017 da MCEESMO⁵² que define como rácios para assistência intraparto 1:2 na primeira fase do TP e 1:1 na segunda fase do TP, cada EE-ESMO alocado ao BP assume as suas grávidas/famílias, num rácio de 1:4. Os enfermeiros generalistas assumem os cuidados à puérpera e RN no período de puerpério imediato.

III.1.1. Diagnóstico de Situação

Na primeira semana de EC foi realizada uma reunião com a Enfermeira Coordenadora da Área da Saúde da Mulher, que engloba os serviços de internamento de Ginecologia, Grávidas e Puérperas, o BP e o SUOG, e a Enfermeira Chefe do BP, onde foi apresentada a temática do PIF bem como o plano de projeto e respetivos objetivos e atividades planeadas.

No primeiro mês de EC foram consultados os protocolos do serviço e observados os procedimentos bem como os recursos materiais existentes. Através de conversas informais foi apresentada a temática do projeto a toda a equipa de EE-ESMO tendo, posteriormente, e após autorização da Enfermeira Coordenadora e Enfermeira Chefe, sido elaborado um roteiro na plataforma *Google Forms* (Apêndice D), que foi disponibilizado a toda a equipa de EE-ESMO via *WhatsApp* tendo como principal objetivo realizar o diagnóstico de situação face à perceção da equipa sobre a pertinência do tema, explorar as práticas instituídas e percecionadas e relacioná-las com o que se encontra descrito na literatura, identificar as necessidades da equipa e do serviço face aos cuidados em situação de PG.

As questões do roteiro foram agrupadas por cinco temas: dados demográficos, vivências profissionais, aspetos emocionais, formação e sugestões/melhorias. Algumas perguntas construídas permitiram respostas abertas tendo as mesmas sido analisadas com recurso à análise de conteúdo na perspectiva de Bardin através da organização, codificação e categorização das respostas, possibilitando a identificação de temas e padrões relevantes para a análise dos resultados⁵³.

O roteiro foi disponibilizado aos trinta e dois EE-ESMO do serviço, tendo sido obtidas trinta respostas anónimas. Das respostas obtidas destaca-se que 100% dos participantes já prestou cuidados a famílias em situação de PG sendo que no serviço em questão não existe um elemento ou equipa específica para apoio e prestação de cuidados nestas situações. 96,7% dos EE-ESMO participantes considera que seria relevante a existência desta equipa ou elementos de referência. Relativamente ao impacto das diferentes formas de PG, apenas 20% dos EE-ESMO considera a PGT mais impactante que as restantes formas de perda, onde se incluem a IMG/IVG e a PG precoce, sendo que o maior desafio apontado, por 43,3% é o apoio emocional às famílias. 66,7% refere como principal estratégia, na prestação de cuidados, ficar apenas com estas famílias a seu cargo por forma a ter mais disponibilidade. Apenas 3,3% tenta não assumir os cuidados a famílias em situação de PG. Das estratégias apontadas destacam-se as subcategorias “Apoio Emocional”, “Disponibilidade”, “Comunicação” e “Estratégias de *Coping* na Gestão de Emoções” sendo reconhecido por 76,7% dos EE-ESMO que estas famílias requerem mais disponibilidade por parte dos profissionais do que as restantes famílias. Quanto aos fatores identificados como facilitadores na prestação de cuidados em situações de PG, emergem mais uma vez as subcategorias da “Disponibilidade” e “Comunicação” como relevantes. Relativamente aos fatores dificultadores o grande destaque é dado à subcategoria “Gestão de Recursos”, nomeadamente a falta de tempo por questões relacionadas com os rácios inadequados e o excesso de trabalho. A “Gestão de Emoções” também é apontada pelos EE-ESMO como um fator dificultador. Relativamente aos aspetos emocionais 70% dos EE-ESMO refere sentir-se emocional ou psicologicamente afetado durante ou após a prestação de cuidados em situações de PG, destacando-se a tristeza e a impotência como principais sentimentos, 50% e 36,7%, respetivamente. 53,3% dos EE-ESMO refere já ter sentido necessidade de procurar apoio nestas situações sendo que o fazem, maioritariamente (52,9%), junto da própria equipa que consideram como o tipo de apoio mais útil nestas situações, seguindo-se o apoio psicológico que é referido por 26,7% dos participantes. Do ponto de vista da formação, 70% considera que a formação académica é insuficiente para a aquisição de competências nesta área e 93,3% referem sentir necessidade de formação e considera que as instituições deveriam promover a formação na área do luto e PG. 43,3% dos inquiridos já frequentaram formações nesta área. No âmbito das sugestões emergem como principais

subcategorias na questão “Medidas a implementar para melhorar o apoio às famílias” a “Gestão de Recursos”, sendo apontada a melhoria dos rácios como principal fator promotor da melhoria dos cuidados e satisfação profissional; o “Trabalho em Equipa”, com relevo nas reuniões em equipa, a partilha de experiências e constituição de equipas especializadas em luto e PG; e a “Formação”. Estas subcategorias são coincidentes também na questão colocada sobre “Medidas a implementar para a melhoria do apoio aos profissionais” surgindo aqui o “Apoio aos Profissionais”, nomeadamente o apoio psicológico (Apêndice E).

Desta forma, foram identificados como principais temas passíveis de intervenção:

- Gestão de recursos;
- Formação da equipa.

Decorrente da identificação e análise de práticas e protocolos específicos para situações de PG, pode concluir-se que existe já a adesão a algumas diretrizes, nacionais e internacionais como a SPOMMF, RCOG e ACOG, nomeadamente:

- privacidade com internamento das famílias em situação de PG na sala de partos mais periférica do serviço, por forma a evitar o contato com outras famílias e RN em situações consideradas normais ou viáveis. Sempre que possível, o período de recobro é efetuado no mesmo quarto até à transferência da puérpera;

- sempre que necessário internamento, a puérpera em situação de PG é transferida para o serviço de ginecologia, e não para o internamento de puérperas;

- a equipa de EE-ESMO está sensibilizada para a necessidade e os benefícios do apoio familiar nestes casos, facilitando a presença de mais familiares, se assim desejado, embora este aspeto não esteja formalizado e por esse motivo não seja garantido em todas as situações, dependendo da sensibilidade de quem avalia. Foi também possível perceber que, dentro da equipa multidisciplinar, nem todos os elementos reconhecem esta prática como essencial no processo de luto da mulher/família;

- a equipa de EE-ESMO está sensibilizada para a humanização dos cuidados nomeadamente para questões como, por exemplo, aferir com a família sobre a vontade/desejo de ver ou não o bebé;

- existem algumas práticas sobre criação de memórias, nomeadamente fotografias, telas com a impressão palmar e plantar do bebé e gorros. A família é questionada sobre a sua vontade de obter estas recordações e, no caso de não o pretenderem, as fotografias e

as telas são efetuadas e guardadas no serviço para o caso de os pais, mais tarde, mudarem de ideias;

- sempre que é admitida uma família em situação de PG, é pedido apoio da Psicologia;

Os aspetos menos positivos a assinalar e objeto de melhorias:

- não existem circuitos específicos para estas famílias, desde o SUOG, por onde normalmente são admitidas, até ao quarto onde ficam alojadas;

- não existe no SUOG, salas ou gabinetes específicos para acolher estas famílias;

- justificado pela elevada afluência e rotatividade do serviço, excecionalmente, estas famílias têm de fazer recobro, na sala de recobro, junto com outras puérperas e RN;

- as salas não são insonorizadas e é frequente que na sala de partos ao lado sejam admitidas parturientes e decorram partos;

- a equipa de EE-ESMO não está sensibilizada para a preparação do bebé com o vestuário existente disponível, nomeadamente gorros e botas, sendo muito limitada a sua utilização;

- gorros, botas, telas e tintas ficam a cargo dos enfermeiros do serviço, não existindo apoio formalizado, nem institucional ou externo;

- a equipa multidisciplinar não está sensível a algumas situações, nomeadamente, as auxiliares de ação médica que permanecem reunidas junto à sala de partos onde estas famílias estão internadas ou a equipa médica que solicita que a mulher, em caso de serem necessários alguns exames complementares de diagnóstico como ecografia, por exemplo, se tenha de deslocar pelo serviço até ao gabinete de ecografia;

- não existe apoio psicológico após as dezasseis horas e aos fins-de-semana;

- o apoio psicológico está disponível para a equipa de profissionais, se solicitado.

Nem todos os profissionais têm este conhecimento.

Desta análise conclui-se que existem alguns itens que poderão ser alvo de melhorias:

- formação em serviço que permita a consciencialização da equipa multidisciplinar para esta temática, com a consequente otimização das práticas já instituídas e introdução de novas práticas;

- uniformização dos “*kit* de memórias”.

III.1.2. Desenvolvimento do Plano de Projeto

Os objetivos e atividades definidos para este contexto de EC foram atingidos na sua totalidade.

Objetivos específicos:

- Perceber os sentimentos vivenciados pelo EE-ESMO no cuidar da parturiente/casal com PG;
- Identificar estratégias utilizadas pelo EE-ESMO, no cuidar da parturiente/casal com PG;
- Identificar aspetos facilitadores e dificultadores, para o EE-ESMO, no cuidar da parturiente/casal com PG;
- Identificar sugestões que possam contribuir para melhorar a prestação de cuidados à parturiente/casal com PGT.

Atividade: Observação e participação ativa na prestação de cuidados em contexto de PG; elaboração e disponibilização de um roteiro para a equipa de EE-ESMO, tendo as respostas sido analisadas através do programa Excel.

As atividades referidas permitiram a realização do diagnóstico de situação e a definição de novos objetivos e atividades dirigidos às necessidades dos profissionais e do próprio serviço.

Domínio da Competência: O diagnóstico de situação é essencial para o entendimento do contexto. Através da identificação de pontos forte, pontos fracos, necessidades e oportunidades de melhoria, permite o ajuste de objetivos e o planeamento de atividades. Neste enquadramento, a realização do diagnóstico de situação permitiu desenvolver Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, essencialmente, nos domínios da “Melhoria Continua da Qualidade (B)” na medida em que tornou possível a identificação de oportunidades de melhoria, estabelecimento de prioridades e posterior seleção de estratégias de melhoria (**B 2.2.1, B 2.2.2 e B 2.2.3**), e do “Desenvolvimentos das Aprendizagens Profissionais (D)”, através do diagnóstico das necessidades formativas (**D 2.1.2**). Especificamente, com a elaboração, divulgação e análise do roteiro foi possível desenvolver competências nos domínios da “Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A)” na medida em que foi assegurada a confidencialidade e segurança da informação obtida, através do anonimato e da proteção da informação fornecida pelos

profissionais participantes (A 2.1.3) bem como na análise dos resultados na perspectiva da otimização da segurança das práticas considerando as dimensões ética e deontológica (A 2.2.1). A aplicação do roteiro constituiu um instrumento de recolha de indicadores relevantes, centrados no uso de evidência científica e instrumentos adequados para avaliar a qualidade dos cuidados (B 2.1.1 e B 2.1.2). A análise das respostas, posteriormente integrada no diagnóstico de situação, permitiu a interpretação dos resultados obtidos (B2.1.4) e a identificação de lacunas de conhecimento e oportunidades de investigação (D 2.2.2)⁵⁴.

Objetivo específico: Propor a apresentação dos resultados à equipa de EE-ESMO promovendo o debate e partilha de experiências e emoções com base nas vivências e necessidades identificadas.

Atividade: Após tratamento dos dados foi elaborado um resumo dos resultados obtidos com o roteiro, em formato *PowerPoint*, e efetuada a apresentação dos mesmos à equipa em data previamente agendada (Apêndice F), nos modos presencial e digital via Zoom.

Domínio de Competências: A apresentação dos resultados foi efetuada através da exposição e análise à luz dos dados encontrados na evidência científica mais atual permitindo desenvolver competências no domínio da “Melhoria Continua da Qualidade” (B) através da análise dos resultados (B 2.1.4) e da utilização da evidência científica e diretrizes para avaliação da qualidade dos cuidados (B 2.1.1), incorporando os devidos conhecimentos na qualidade da prestação dos cuidados em análise (B 1.1.3). A avaliação dos resultados permitiu ainda o planeamento e sugestão de projetos a implementar, por forma a suprimir algumas lacunas e ir ao encontro de algumas sugestões efetuadas pelos EE-ESMO nomeadamente a aposta em atividades formativas junto da equipa de EE-ESMO e com envolvimento da equipa multidisciplinar, adequação dos rácios, otimização das práticas relacionadas com rituais de luto e otimização do espaço físico de forma a promover a privacidade destas famílias desde o SUOG ao BP. Neste contexto foi possível o desenvolvimento de competências no domínio da “Melhoria Continua da Qualidade” (B) através da fomentação de programas de melhoria continua (B 2.2.5). A possibilidade de apresentação dos resultados, em formato *PowerPoint* no modo híbrido contribuiu para o desenvolvimento de competências no domínio do “Desenvolvimento das

Aprendizagens Profissionais” com a utilização dos devidos sistemas de informação (D 2.3.4)⁵⁴.

Objetivo específico: Desenvolver competências específicas do EE-ESMO, na prestação de cuidados a famílias em situação de PG.

Atividade: Colaboração com a equipa multidisciplinar e prestação de cuidados especializados a grávidas, parturientes e respetiva família em contexto de PG.

Domínio de Competências: De acordo com a SPOMMF, na ausência de patologia ou risco materno o *timing* do parto, para gestações a partir das vinte e quatro semanas, não é crítico e o internamento deve ser programado para as primeiras vinte e quatro horas após o diagnóstico³. O parto vaginal é recomendado para a maioria das mulheres com a intenção de otimizar os resultados de uma futura gravidez existindo protocolos hospitalares específicos para ITP em caso de morte fetal. Os cuidados à grávida em contexto de PG requerem assim os cuidados gerais no que respeita à condução do TP, controlo da dor, promoção do bem-estar e prevenção de complicações da saúde da mulher. Desta forma foi possível desenvolver a competência “Cuida da mulher (...) durante o trabalho de parto” (3)^{7, p.13563} através de todas as suas unidades de competência: promoção da saúde da mulher durante o TP (3.1); diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher (3.2) e; providenciar “cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e /ou trabalho de parto” (3.3). A assistência em situações de PG requer, para além das competências já referidas, a aquisição e desenvolvimento de outras competências específicas, nomeadamente aquelas que se referem a situações de abortamento. Neste sentido, foi possível o desenvolvimento da competência “Cuida da mulher (...) durante o período pré-natal” (2)^{7, p.13562} no que respeita às unidades de competência: promoção da saúde da mulher em situações de abortamento (2.1), nomeadamente através da informação e orientação sobre sexualidade e contraceção; diagnóstico precoce e prevenção de complicações na saúde da mulher (2.2) pela identificação e monitorização de todo o processo de abortamento, concebendo, planeando, implementando e avaliando intervenções “com a finalidade de potenciar a saúde da mulher” durante e após o aborto e também através da identificação de complicações, referenciando situações que estão para além da área de atuação dos EE-ESMO; “Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação ” (2.3), nomeadamente

na conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções à mulher com complicações pós aborto e à mulher e conviventes significativos, durante o período de luto; Cooperação com outros profissionais no tratamento.⁷

A prestação de cuidados permitiu o desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista predominantemente no domínio da “Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A)”, com destaque na competência **A1 e A2**, particularmente as unidades **A2.1 e A2.2**, relacionadas com a garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e a dignidade da pessoa (**A 2.1.1, A 2.1.2, A 2.1.5**) otimizando estratégias em parceria com a parturiente e família (**A 1.1.1**). A prestação de cuidados em contexto de PG exigiu uma abordagem sensível, empática e eticamente fundamentada, assegurando o respeito pelos valores e crenças (**A 2.1.6**) da parturiente e família preservando a sua privacidade (**A 2.1.4**) num momento de marcada vulnerabilidade⁵⁴.

Objetivo específico: Contribuir para a melhoria dos cuidados a famílias em situação de PG através da otimização dos recursos e capacitação da equipa de EE-ESMO.

Atividades: De acordo com a DGS, o índice de mortalidade fetal é considerado um indicador de relevo da saúde da mulher e da qualidade dos cuidados recebidos durante a gravidez e parto. Os mecanismos fisiológicos que podem culminar numa morte fetal são diversos, contudo, numa importante proporção, continuam desconhecidos¹². A par do que acontece em alguns países que introduziram processos standardizados de estudo dos óbitos fetais, nos quais cada óbito é considerado um evento sentinela⁴, em Portugal, e neste serviço particularmente, existem protocolos clínicos orientadores de procedimentos a ter em consideração perante uma morte fetal e que permitem o estudo da mesma. Do diagnóstico de situação efetuado, foi perceptível que o incumprimento destes protocolos por omissão ou erros na prescrição e preenchimento da documentação necessária é frequente e conduz a situações constrangedoras para profissionais e famílias, nomeadamente, retenção do bebé na morgue e pais que, após alta hospitalar têm de regressar ao hospital para assinatura de documentos, afetando também, deste modo, os profissionais que têm de gerir estas situações. Assim, e com base no protocolo clínico “Estudo da Morte Fetal” (Anexo VI) já existentes, foi elaborado um poster (Apêndice G)

para afixação no serviço e consulta rápida por parte de todos os profissionais, esquematizando todos os procedimentos e documentação necessária.

Foi também elaborada uma proposta (Apêndice H) para melhoria dos “*Kit de Memórias*” já existente no serviço, identificadas algumas associações e instituições de interesse para pedidos de apoio. Foi redigida uma carta destinada à administração hospitalar (Apêndice I) afim de solicitar autorização para os pedidos de apoio. Toda a documentação foi entregue à Enfermeira Chefe e analisada pela mesma. Por sua sugestão, os pedidos de apoio (Apêndice J) foram efetuados antes do envio da carta à administração. Foram agendadas reuniões com todos os responsáveis das respectivas instituições, reuniões que decorreram através de vídeo chamadas e todos os pedidos foram aceites, após o que, foi realizado um relatório (Apêndice K) com todas as instituições e os respetivos materiais a adquirir através de doação. De acordo com a Enfermeira Chefe, a direção de enfermagem declinou o projeto não aceitando a proposta e recusando os apoios. Em alternativa, para uniformização dos “*Kit de Memórias*” foram acrescentados aos materiais já existentes, certificados de nascimento (Apêndice L) e cartões (Apêndice M), para serem entregues aos pais, para inscrição de mensagens de apoio, por parte do EE-ESMO e, no verso, alguns contatos uteis para apoio no luto. Foram também adquiridas fraldas de pano, coloridas, para *swaddle* do bebé. Através da evidência científica, e com a devida metodologia de pesquisa (Apêndice N), foi elaborado um guia de procedimentos (Apêndice O) e apresentado a toda a equipa através de exposição em sala de trabalho (Apêndice P), tendo sido aceite. Foi proposto, e aceite pela maioria, a criação de um fundo maneio de forma a garantir a aquisição e reposição dos materiais necessários.

O período de EC permitiu estar presente no “Mês Internacional dos Pais em Luto”, celebrado em julho. Neste âmbito foi assinalado o dia, através da elaboração de um cartaz simbólico (Apêndice Q), dirigido à equipa de EE-ESMO. O cartaz incluiu as datas das perdas gestacionais no serviço, naquele ano e até aquela data, e uma frase de agradecimento dirigida aos que cuidam. Esta atividade teve como finalidade sensibilizar e consciencializar o EE-ESMO para a relevância do seu papel junto destas famílias.

Domínio de Competências: A elaboração do cartaz “Dia dos Pais em Luto” constituiu uma estratégia de envolvimento e motivação da equipa para um desempenho

diferenciado (C 2.2.3), permitindo desta forma desenvolver competências no domínio da “Gestão dos Cuidados (C)”⁵⁴.

Com a elaboração do poster “Procedimentos em Situação de Morte Fetal” foi possível desenvolver competências no domínios da “Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A)” na medida em que o mesmo resultou da análise da informação já contida nos protocolos hospitalares (A 2.2.1) constituindo uma medida de prevenção de práticas de risco (A 2.2.2) assegurando assim a segurança de profissionais e utentes no cumprimento das normas instituídas; da “Melhoria Continua da Qualidade (B)” enquanto estratégia de melhoria (B 2.2.3) e de forma a reduzir a probabilidade de erro (B 3.2.5). O domínio da “Gestão dos Cuidados (C)” também foi desenvolvido sendo que a realização do poster foi considerada um recurso adequado à prestação de cuidados de qualidade (C 2.1.4) promovendo a aplicação da legislação e procedimentos na gestão dos cuidados (C 2.1.1)⁵⁴.

A otimização dos “Kit de Memórias”, através da negociação e utilização de recursos já existentes (C 2.1.4, C 2.1.5) foi igualmente facilitadora no desenvolvimento de competências, nomeadamente nos domínios da “Melhoria Continua da Qualidade (B)” e da “Gestão dos Cuidados (C)”. Enquanto ritual de luto reconhecido pela literatura e contemplado nas diretrizes internacionais sobre cuidados na perda e luto gestacional³⁴, a sua implementação teve como objetivo a melhoria continua da qualidade dos cuidados (B 1.1.1) tendo sido divulgado e promovida a sua incorporação na prestação de cuidados (B 1.1.2, B 1.1.3, B 1.2.3, B 2.2.5) através da elaboração, apresentação e agilização do guia de procedimentos, orientador de boas práticas (B 2.2.4). Ao longo do EC, e no âmbito da implementação dos “Kit de Memórias”, foi possível disponibilizar assessoria à equipa de enfermagem, incluindo EE-ESMO e enfermeiros generalistas (C 1.1.1)⁵⁴

Objetivo específico: Promover, junto da equipa de EE-ESMO, o debate e partilha de experiências e emoções com base nas vivências e necessidades identificadas.

Atividade: Baseada na evidência científica foi elaborada (Apêndice R) uma Sessão de Formação em Serviço intitulada “Conversar sobre LUTO” (Apêndice F).

Enquanto espaço de formação, de partilha de ideias e experiências, de confraternização e desabafo as designadas rodas de conversa são consideradas instrumentos de pesquisa que procuram compreender o sentido que determinado grupo,

social ou profissional, tem sobre determinado fenómeno⁵⁵. Esta partilha de ideias e experiência é descrita pela literatura como método eficaz de redução do stress profissional e prevenção do luto profissional, sendo uma das intervenções a incentivar junto das equipas^{27,41,48}. Assim, o título “Conversar sobre...” propôs a realização de uma sessão de formação em serviço, com a permissão não só da partilha e transmissão de ideias e fatos da evidência científica atual, mas também a partilha entre todos os profissionais.

Da combinação entre o diagnóstico de situação efetuado, e de onde foi possível aferir como uma das principais necessidade a formação na área do luto e PG, e do foco da temática em estudo, o EE-ESMO, foi escolhido o Luto como tema da sessão de formação apresentada. Este tema permitiu não só abordar o luto de forma geral, o luto gestacional/perinatal, mas dar enfoque ao luto profissional tão necessário de prevenir e tratar. O principal objetivo foi sensibilizar os profissionais para as suas próprias fragilidades e para a necessidade de as ultrapassar com estratégias adequadas, permitindo em última instância a prestação de melhores cuidados às famílias enlutadas, mas também uma maior satisfação pessoal e realização profissional.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica (Apêndice R), um folheto informativo sobre a sessão de formação em serviço (Apêndice S), que foi disponibilizado a todos os profissionais e o respectivo plano de sessão (Apêndice T). No final foi disponibilizado a todos os participantes um questionário para avaliação da sessão de formação (Apêndice U) tendo o mesmo sido preenchido pelos quinze participantes, destacando-se que mais de 90% considerou o tema abordado como relevante para a sua prática profissional (Apêndice V).

Domínio de Competências: A promoção do debate e a partilha de experiências ao longo da apresentação da sessão de formação, resultou na reflexão, individual e conjunta, dos processos de tomada de decisão (**A 1.2.3**), cumprindo desta forma o desenvolvimento de competências no domínio da “Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A)”. A iniciativa da realização da sessão de formação e posterior avaliação permitiu desenvolver competências no domínio do “Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais”, nomeadamente através da responsabilização enquanto facilitadora do processo de aprendizagem em contexto de EC (**D 2.1**), dinamizando a incorporação de novos conhecimentos, resultantes da investigação, no contexto da prática de cuidados contribuindo para o conhecimento e desenvolvimento da prática clínica especializada (**D**

2.2, D 2.3). A incorporação da temática do luto profissional teve ainda como objetivo fomentar um ambiente positivo e favorável, orientando estratégias de motivação direcionadas ao público alvo e às contingências do serviço (**C 2.2.2, C 2.2.3, C 2.2.4**), sendo possível o desenvolvimento de competências específicas no domínio da “Gestão dos Cuidados (C)”⁵⁴.

III.1.3. Resultados Obtidos

A implementação do plano de projeto permitiu a caracterização aprofundada do contexto de prestação de cuidados em situações de PG no BP, bem como a identificação de necessidades formativas, organizacionais e emocionais da equipa de EE-ESMO.

Num primeiro momento, foi possível proceder a uma caracterização detalhada da estrutura física, funcional e organizacional do serviço. A análise das condições estruturais permitiu identificar os recursos disponíveis, a distribuição das áreas assistenciais, a composição da equipa multidisciplinar e os rácios de profissionais em cada turno. Esta análise revelou discrepâncias entre os rácios recomendados pela MCEESMO e a prática institucional. A avaliação dos circuitos internos e das práticas instituídas permitiu igualmente identificar fragilidades relacionadas com a ausência de percursos específicos para famílias em situação de PG e a inexistência de gabinetes adequados no SUOG para acolhimento destas famílias.

A disponibilização do roteiro de diagnóstico à equipa de EE-ESMO possibilitou a recolha de dados essenciais para a compreensão das vivências, perceções e necessidades dos profissionais. Os dados obtidos permitiram não apenas compreender o estado atual das práticas, mas também identificar pontos fortes e fragilidades do serviço e da equipa.

No âmbito das intervenções desenvolvidas, foram produzidos diversos materiais e propostas com vista à otimização das práticas. Foi elaborado um poster de consulta rápida, sintetizando os procedimentos e documentação obrigatória associada ao estudo da morte fetal, de forma a minimizar omissões e erros frequentes. A compreensão e identificação das causas e fatores associados, através da aplicação de protocolos de investigação atualizados pode ser importante enquanto facilitador do processo de luto, mas acima de tudo é essencial para a avaliação do risco de recorrência e para a planificação de estratégias de prevenção numa futura gravidez³.

Paralelamente, foi concebida uma proposta de uniformização dos “*Kit de Memórias*”, tendo sido contactadas várias instituições para apoio na disponibilização de materiais, cujo contributo foi aceite, mas posteriormente recusado pela direção de enfermagem. Em alternativa, o *kit* existente foi enriquecido com certificados de nascimento, cartões personalizados para mensagens e informação de apoio no luto, bem como fraldas de pano para *swaddle* do bebé. Foi ainda elaborado um guia de procedimentos, posteriormente apresentado e aceite pela equipa, e proposta a criação de um fundo de maneio destinado à reposição dos materiais. Vários estudos afirmam que uma das estratégias de *coping* mais eficazes para lidar com a perda é através da utilização de rituais de luto. Estes são definidos como ações intencionais e propositadas que têm por objetivo reconhecer, validar e aceitar a experiência da morte. A criação destes rituais, onde se incluem os “*Kit de Memórias*” ou os cartões de condolências com uma nota manuscrita pelo EE-ESMO, pode estender-se a uma vasta gama de representações simbólicas, culturalmente significativas, que vão ser criadas para construir uma relação com o bebé^{8,9}. Algumas recomendações encontradas na literatura científica e nas *guidelines* disponíveis evidenciam que a criação de memórias deve ser fomentada na medida em que favorece a superação do luto^{12,34,56}.

A apresentação dos resultados à equipa de EE-ESMO promoveu o debate e a reflexão crítica sobre as práticas e necessidades identificadas.

Por fim, foi desenvolvida e implementada uma sessão de formação em serviço intitulada “Conversar sobre Luto”, que contou com a participação de quinze profissionais. A avaliação da sessão revelou elevada pertinência para a prática clínica, com mais de 90% dos participantes a considerar o conteúdo formativo relevante. A sessão constituiu um espaço de partilha, reflexão e consciencialização sobre o luto gestacional, o luto profissional e as estratégias de gestão emocional, reforçando a importância da capacitação dos profissionais e da promoção do bem-estar emocional das equipas.

Resumidamente, os resultados obtidos permitiram caracterizar de forma abrangente as práticas, necessidades e desafios existentes no contexto dos cuidados em PG, identificar áreas prioritárias de intervenção e implementar iniciativas orientadas para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e do suporte emocional aos profissionais e às famílias.

III.1.4. Ganhos em Saúde

A implementação das atividades previstas no presente projeto gerou ganhos em saúde que se expressam não apenas na melhoria da qualidade dos cuidados prestados a famílias em situação de PG, mas igualmente na capacitação dos profissionais e na otimização dos processos organizacionais. Estes ganhos manifestam-se em diferentes dimensões, alinhadas com os princípios da humanização dos cuidados, da segurança clínica, a melhoria da qualidade dos cuidados e do bem-estar dos profissionais.

Do ponto de vista da família, os ganhos em saúde estão sobretudo associados à melhoria da experiência de cuidados num momento altamente vulnerável. A uniformização e clarificação dos procedimentos, a disponibilização de informação estruturada e a criação de materiais destinados à construção de memórias constituem intervenções que contribuem para uma vivência mais digna, personalizada e acompanhada da perda. Esta abordagem reforça a humanização dos cuidados, diminui a probabilidade de experiências traumáticas e facilita processos de luto mais adaptativos. A evidência científica demonstra que práticas consistentes de apoio emocional, criação de memórias e comunicação empática mitigam complicações psicológicas futuras, nomeadamente luto complicado, ansiedade, depressão ou perturbação pós-traumática, constituindo indicadores relevantes de ganhos em saúde no âmbito perinatal^{32,34,35,36,44}.

No plano organizacional, os ganhos em saúde decorrem da melhoria da eficiência e segurança dos cuidados. A construção de um poster de procedimentos e de um guia de atuação reduz a variabilidade das práticas, diminuiu a probabilidade de erros associados à documentação da morte fetal e contribuiu para maior fluidez na articulação entre equipas. A padronização dos processos reduz constrangimentos administrativos e evita situações potencialmente causadoras de sofrimento adicional para as famílias, como a necessidade de regressar ao hospital para completar documentação em falta. Neste sentido, as melhorias introduzidas constituem ganhos significativos em termos de segurança, continuidade e qualidade dos cuidados.

A nível da equipa profissional, registam-se igualmente ganhos em saúde, nomeadamente na dimensão emocional, relacional e formativa. A realização da sessão de formação em serviço “Conversar sobre Luto”, bem como a apresentação e discussão dos resultados, constituíram momentos estruturados de partilha e reflexão, permitindo aos profissionais reconhecer fragilidades, necessidades individuais e coletivas e estratégias

para melhor lidar com o impacto emocional das situações de PG. A literatura evidencia que espaços de partilha e formação reduzem níveis de stress, previnem o desgaste emocional e mitigam o risco de luto profissional e *burnout*, contribuindo para maior satisfação no trabalho e melhoria do clima organizacional^{27,41,42,48}. O reforço da capacitação técnica e emocional da equipa traduz-se, assim, em ganhos indiretos, mas sustentáveis para a qualidade dos cuidados prestados.

Finalmente, a implementação do projeto produziu ganhos em saúde ao fomentar uma cultura de melhoria contínua e de sensibilidade institucional para a temática da PG. Apesar das limitações identificadas, nomeadamente a recusa institucional relativamente à implementação formal dos “*Kit de Memórias*”, o trabalho desenvolvido gerou consciência coletiva sobre a necessidade de repensar circuitos, práticas e recursos, incentivando a construção de um ambiente mais respeitador, seguro e humanizado para as famílias enlutadas. Estes ganhos são particularmente relevantes num contexto em que a PG continua a ser um fenómeno subvalorizado, frequentemente invisibilizado e marcado por práticas heterogéneas.

Em síntese, os ganhos em saúde resultantes do projeto traduzem-se na melhoria da experiência das famílias, na segurança e eficiência dos processos assistenciais, na capacitação emocional e formativa dos profissionais e no fortalecimento da cultura organizacional orientada para cuidados mais humanizados e baseados na evidência. Estes ganhos, ainda que não quantificáveis em indicadores tradicionais de saúde, representam valor acrescentado significativo na prestação de cuidados em PG, contribuindo para uma assistência mais competente, sensível e alinhada com as necessidades reais das famílias e dos profissionais.

III.2. Internamento de Puérperas

O EC decorreu num hospital privado no distrito de Lisboa num período de 5 semanas, entre 19 de setembro e 24 de outubro de 2025, num total de 150h.

O Internamento de Puérperas deste hospital integra a designada UFON (Unidade Funcional Obstétrica e Neonatal). Funciona vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana e admite puérperas/RN/famílias a partir do recobro do BP. O horário de visita é das 12h às 21h, para dois visitantes em simultâneo sem contar com o acompanhante que pode permanecer vinte e quatro horas.

O serviço é dividido em duas alas (ala A e ala B) com capacidade total de internamento para vinte e nove puérperas/RN/famílias (ala A quatorze quartos, ala B quinze quartos). Todos os quartos são individuais e têm capacidade de alojamento para acompanhante, casa de banho privada. Possuem berço, tocador com fraldas, resguardos e compressas para os cuidados essenciais ao RN. As refeições são entregues nos respetivos quartos. Puérperas e RN são avaliados diariamente, quer pela equipa de enfermagem quer pelas equipas médicas, nos respetivos quartos. Para procedimentos mais invasivos, quando necessários, como por exemplo aspiração de secreções, esvaziamento gástrico ou colheitas de sangue, existe o berçário ou espaço do RN. Este espaço consiste numa sala com bancada própria e material de reanimação. Tem ainda capacidade para armazenamento de material consumível, nomeadamente fraldas, almofadas de amamentação, leites adaptados entre outros. Existem, por cada ala, 1 aparelho transcutâneo de mão para medição da concentração de bilirrubina no RN “*BiliCheck®*” e 2 balanças portáteis para avaliação do peso dos RN. As alas são similares, em termos de espaço físico, à exceção da copa que se situa apenas na ala A e do, já referido, espaço do RN. Os restantes espaços físicos, concomitantes em cada ala são: sala de sujos, armazém de consumíveis; rouparia e sala de enfermagem. A sala de enfermagem é concomitantemente sala de registos, de passagem de turno, armazenamento de terapêutica, incluindo terapêutica de frio e documentação necessária, nomeadamente as cadernetas de saúde infantil, boletins de vacinação, guias de acolhimento e protocolos hospitalares. Quanto ao equipamento, ambas as alas dispõem de monitores portáteis de monitorização de sinais vitais e um carro de medicação/pensos. O carro de emergência de adulto e o ecógrafo estão alocados na ala B sendo, porém, partilhados pelas duas alas.

A equipa de gestão da UFON é constituída por um EE-ESMO gestora e duas enfermeiras supervisoras, dois EE-ESMO e uma EEESIP (Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria).

No internamento de puérperas a equipa de enfermagem é composta por um EE-ESMO que assume funções de gestão, prestação de cuidados e atividades formativas sendo a restante equipa composta apenas por enfermeiros generalistas. Por turno estão escalados quatro enfermeiros, dois por ala, e nas manhãs cinco sendo que o quinto elemento fica de apoio. Os rácios são assim de 1:7 ou 1:8. O método de trabalho é individual e a divisão é feita de acordo com a carga de trabalho, pelo responsável de turno.

A equipa de auxiliares de ação médica é distribuída pelas duas alas sendo que ficam dois por ala nos turnos da manhã e um por cada ala nos turnos da tarde e noite.

A limpeza no período da manhã é assegurada por uma funcionária para a higienização geral do serviço e para as altas. Após as 16h, se necessário, é contactado o piquete.

Funcionárias da cozinha passam diariamente pelo serviço, no período da manhã para confirmar admissões e altas. O menu é escolhido por cada cliente, via telefónica com a funcionária da copa, diariamente. Nas horas das refeições é deixado o carro de alimentação no serviço e a mesma é distribuída pelas auxiliares de ação médica.

Quanto à equipa médica, a equipa de obstetras não se encontra no serviço sendo que para qualquer assunto são contactados os médicos específicos de cada cliente ou, quando necessário, a equipa de urgência que se encontra um piso abaixo (SUOG e BP). Cada obstetra visita o serviço, pontualmente, para observação das suas puérperas e, regra geral, no dia da alta. Todos os dias, no período da manhã, os RN são observados pela equipa de pediatria, sempre na presença dos pais.

A avaliação e vigilância puerperal fica a cargo da equipa de enfermagem.

Sendo que os internamentos são, para qualquer tipo de parto, de 48h, as rotinas do serviço são repartidas entre: Admissão (dia do parto); Triagem (vinte e quatro horas pós-parto) e Banho/Altas (quarenta e oito horas pós-parto).

Admissão (primeiras vinte e quatro horas após o nascimento)

A transferência da puérpera/RN/família é assegurada pelo enfermeiro do internamento de puérperas, desde o recobro até ao serviço. É efetuado o acolhimento, apresentando o espaço e as suas funcionalidades sendo disponibilizado o livro de acolhimento “*Vamos para casa e agora?*” que inclui todos os ensinamentos sobre puerpério e RN que serão abordados e reforçados ao longo do internamento e em cada contato com a puérpera/RN/família. Nos casos de partos vaginais, e avaliando a condição da puérpera, privilegiam-se os levantes após as duas primeiras horas de parto, ou seja, na altura da admissão. Nos casos de cesariana, os levantes ocorrem apenas seis horas após a intervenção cirúrgica pelo que a puérpera é incentivada ao repouso.

Triagem (segundo dia de internamento)

Após as primeiras vinte e quatro horas após o parto ou nascimento, relativamente às puérperas em caso de cesariana, é removido o cateter epidural e efetuado o penso

operatório, nos casos de pensos compressivos ou em caso de repasse do penso impermeável. Neste dia procede-se à vacinação do RN, é efetuado o rastreio de cardiopatias congénitas* e os ensinos do primeiro banho. O rastreio auditivo é efetuado por técnicos externos ao serviço. A monitorização transcutânea dos níveis de bilirrubina fica a cargo dos médicos pediatras.

Banho/Alta (último dia de internamento)

A alta clínica está preconizada para até às doze horas. O RN é pesado e é calculada a percentagem de perda de peso, sendo que não deve exceder os 10% do peso à nascença, o que poderá ter implicações na decisão sobre a alta para o domicílio.

É entregue à puérpera/família uma *checklist* que deve ser preenchida pelos mesmos e validada pelo enfermeiro e que tem como objetivo a validação de conhecimentos e da compreensão dos ensinos efetuados ao longo do internamento sobre o puerpério e cuidados ao RN. Este ato permite identificar temas menos esclarecidos e reforçar/sintetizar os ensinos bem como datas de agendamentos e contactos importantes.

O enfermeiro deve garantir que a puérpera já não tem cateter venoso periférico, verificar o penso cirúrgico, nos casos de cesarianas) e toda a documentação necessária para a alta (notas de alta médica e de enfermagem, boletins: grávida, infantil e vacinação, receitas e declaração de nascimento).

Nos casos em que a puérpera/RN/família não tenham alta após as quarenta e oito horas, no terceiro dia de internamento é realizado o diagnóstico precoce (teste do pezinho).

III.2.1. Diagnóstico de Situação

Na primeira semana de EC foi realizada uma reunião com a equipa de gestão e a Enfermeira Supervisora Clínica onde foi apresentada a temática do PIF bem como o plano de projeto e respetivos objetivos e atividades planeadas. O tema foi bem aceite pela equipa que considerou o tema pertinente e relevante para a equipa tendo sido discutido o modo de abordagem com maiores benefícios para clientes e profissionais.

No serviço onde decorreu o EC, não estão internadas puérperas com PG atual, pelo que o contacto da equipa com estas famílias e com esta realidade é inexistente. Contudo, a evidência científica aponta no sentido em que os efeitos da PG na mulher e família não se resumem apenas ao período em que a perda ocorre sendo uma experiência

que condiciona e marca o futuro de quem por ela passa⁹. Desta forma, o índice obstétrico não deve ser considerado apenas como um antecedente, mas sim analisado na perspectiva de compreender o seu impacto nesta família. Numa análise ao próprio serviço, equipa e após algumas reflexões junto da Enfermeira Supervisora Clínica, considerou-se pertinente a abordagem da PG na perspectiva de uma nova gestação e no impacto no processo de parentalidade.

Neste contexto surgiu o tema do “bebé arco-íris”. Não sendo uma terminologia científica, o conceito de “bebé arco-íris” tem conquistado terreno e a atenção da comunidade científica pelo seu simbolismo e significado. Os estudos e artigos científicos encontrados para este tema, apesar de escassos, remetem para algumas características que podem ser identificadas no processo de parentalidade e que podem ter implicações inclusivamente no desenvolvimento da criança^{57,58,59,60,61,62}.

Em entrevista informal à Enfermeira Supervisora Clínica, e através de conversas informais com a equipa de enfermagem, foi perceptível a ausência de sensibilidade para a temática. Este facto pode estar associado à falta de formação na área e também à sobrecarga de trabalho que privilegia aspetos mais técnicos dos cuidados, não permitindo a identificação, avaliação e reflexão sobre determinadas situações. Poucos enfermeiros conheciam o significado de “bebé arco-íris” e grande parte da equipa mostrou não valorizar a informação de uma perda num índice obstétrico. Na sua maioria nem sequer é dada a informação sobre o tipo de perda muito menos se reflete em equipa sobre o como esta família pode ou não estar ainda afetada pela mesma.

III.2.2. Desenvolvimento do Plano de Projeto

O desenvolvimento do plano de projeto ficou condicionado pelo número de EE-ESMO no serviço afetos aos cuidados. Contudo, os dados recolhidos junto dos EE-ESMO da equipa de gestão validaram a necessidade e pertinência da abordagem do tema, pelo que os objetivos foram adaptados ao público alvo.

Objetivo específico: Desenvolver competências específicas do EE-ESMO, na prestação de cuidados a famílias com história prévia de PG.

Atividade: Prestação de cuidados especializados a puérperas e respetiva família com história prévia de PG.

Domínio de Competências: A prestação de cuidados, segundo os valores, princípios e normas deontológicas (A 1.1), em contexto de puerpério, permitiu o desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista, principalmente no domínio da “Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A)”⁵⁴ e, acima de tudo, das Competências Específicas do EE-ESMO no cuidar durante o período pós-natal (4) através da promoção da saúde da mulher e RN (4.1), do diagnóstico precoce e prevenção de complicações (4.2) e no providenciar cuidados nas situações potencialmente negativas para a díade (4.3)⁷. No contexto de famílias com PG anterior, estas competências revestem-se de extrema importância, não pela componente técnica, mas pela dimensão emocional e psicológica com impacto na vivência da parentalidade e no desenvolvimento do RN.

Objetivo específico: Identificar estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem, na prestação de cuidados a famílias com história prévia de PG.

Atividade: Efetuado diagnóstico de situação através de conversa informal com a Enfermeira Supervisora Clínica e restante equipa de enfermagem.

Domínio de Competências: A realização do diagnóstico de situação, através de conversas informais com a Enfermeira Supervisora Clínica, a equipa de gestão e com a equipa de enfermeiros generalistas, permitiu a identificação de lacunas de conhecimento na área da PG (D 2.2.2) e a identificação de oportunidades de melhoria neste contexto de cuidados (B 2.2.1). Através do diagnóstico de situação foi possível seleccionar algumas estratégias de melhoria dos cuidados (B 2.2.2) através da informação e partilha de conhecimentos. Foi assim possível desenvolver competências nos domínios da “Melhoria Continua da Qualidade” e “Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais”⁵⁴.

Objetivos específicos:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para as repercussões possíveis de uma PG anterior no processo atual de parentalidade;
- Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados às famílias com história prévia de PG;
- Capacitar a equipa de enfermagem para a especificidade dos cuidados a prestar às famílias com história prévia de PG;

- Contribuir para a satisfação pessoal e profissional da equipa de enfermagem perante os desafios da prestação de cuidados a famílias com história prévia de PG.

Atividade: Baseada na evidência científica (Apêndice W) foi realizada e apresentada uma sessão de educação para a saúde intitulada “Bebé Arco-Íris: Desafios da Parentalidade” (Apêndice X) procurando ainda promover a discussão de ideias, reflexão e partilha de experiências. A apresentação de sessão de educação para a saúde ocorreu de forma presencial e digital, via ZOOM tendo sido divulgada a todos os profissionais de enfermagem, generalista e especialistas, da UFON através de um folheto (Apêndice Y) e foi apresentado um plano de sessão (Apêndice Z) da mesma.

Posteriormente foi efetuado um questionário de avaliação da sessão de educação para a saúde (Apêndice AA) distribuído por todos os enfermeiros participantes. Dos desasseeis enfermeiros presentes, foram obtidas nove respostas ao questionário de avaliação (Apêndice AB).

Domínio de Competências: Com a concordância e apoio da equipa dos Enfermeiros Especialistas foi escolhido o tema do “Bebé Arco-Iris: Desafios da Parentalidade” para a realização de uma sessão de formação em serviço enquanto abordagem pertinente para a equipa, reconhecendo os diferentes papéis e funções dos vários elementos (C 2.2.1) tendo como principais objetivos a otimização dos cuidados prestados às famílias e fomentação de um ambiente positivo e favorável à prática (C 2.2.2) através da partilha de informação adequada para a tomada de decisão no processo de cuidar (C 1.1.3). Nesta abordagem foi possível mobilizar competências no domínio da “Gestão dos Cuidados C)”. A realização da sessão de formação, e posterior avaliação da mesma, permitiu o desenvolvimento de competências no domínio do “Desenvolvimento de aprendizagem Profissionais (D)” ao nível das diferentes unidades de competência (D1, D2 e D3) assumido um papel de facilitador do processo de aprendizagem, suportado pela evidência científica, promovendo a implementação de padrões para a prática especializada⁵⁴.

III.2.3. Resultados Obtidos

A análise do internamento de puérperas no contexto do EC permitiu identificar elementos relevantes sobre a organização do serviço, práticas assistenciais e perceção da

equipa de enfermagem relativamente à temática da PG prévia, com ênfase no conceito de “*bebé arco-íris*”.

De encontro ao que ditam as várias diretrizes internacionais sobre os cuidados em situações de PG, o diagnóstico de situação evidenciou que, no serviço, não se registam internamentos de puérperas com PG atual. Desta forma, o contacto direto da equipa com esta realidade é inexistente. No entanto, a revisão da literatura sublinha que a PG condiciona significativamente gestações subsequentes e o processo de parentalidade, pelo que a atenção a este histórico clínico e emocional é fundamental para a prestação de cuidados individualizados e humanizados.

A observação e os diálogos informais com a equipa de enfermagem revelaram lacunas importantes em termos de conhecimento e sensibilização para esta temática. A maioria dos enfermeiros desconhecia o significado do termo “*bebé arco-íris*”, e a interpretação do índice obstétrico era frequentemente limitada a um dado clínico sem valorização do impacto emocional deste histórico na puérpera e família. Neste contexto, foi possível realizar um registo informal dos testemunhos dos enfermeiros, dos quais se destacam:

A - “*Nunca refletimos sobre o real significado do índice obstétrico...*”, “*O índice obstétrico é apenas um antecedente...*”;

B- “*Nunca relacionei o comportamento da mãe com a história obstétrica. As puérperas são normalmente ansiosas e apelativas*”.

C - “*Nunca ouvi falar...*”;

D - “*Já tinha ouvido, mas não sabia o que significava.*”, “*Achei que estava relacionado com os casais homossexuais*”.

Estes dados tornaram evidente a necessidade de intervenção formativa e de sensibilização da equipa para a temática pelo que foi possível implementar estratégias de educação para a saúde direcionadas à equipa de enfermagem, com destaque para a sessão “*Bebé Arco-Íris: Desafios da Parentalidade*”. Esta sessão teve como principal objetivo sensibilizar os profissionais para os efeitos da PG no processo de parentalidade, promovendo reflexão crítica, partilha de experiências e discussão das estratégias de cuidados individualizados fomentando a reflexão sobre boas práticas, de acordo com a evidência científica mais atual.

De um modo geral, os resultados obtidos evidenciam a ausência de experiência direta da equipa com famílias em PG atual, reforçando a necessidade de formação e sensibilização, lacunas no conhecimento sobre o impacto da PG e o conceito de “bebé arco-íris”, identificado como pouco valorizado ou desconhecido pelos profissionais, capacidade estrutural adequada do serviço para acolhimento e cuidados básicos, mas limitada em termos de apoio especializado para situações de PG prévia, aceitação e relevância do tema por parte da equipa, demonstrando abertura para aquisição de competências específicas e melhoria da qualidade dos cuidados, implementação de uma intervenção educativa estruturada, capaz de fomentar conhecimento, reflexão crítica e discussão de estratégias individualizadas de cuidado.

III.2.4. Ganhos em Saúde

O desenvolvimento das atividades relacionadas com o plano de projeto produziu ganhos em saúde relevantes, não apenas para a qualidade dos cuidados prestados às puérperas e suas famílias, mas também para a capacitação da equipa de enfermagem e a otimização do serviço. Estes ganhos manifestam-se em diferentes dimensões, tanto clínicas como emocionais e formativas.

A sensibilização da equipa para a temática da PG prévia e para o conceito de “bebé arco-íris” constitui um ganho significativo em saúde na perspetiva da capacitação da equipa permitindo que, em futuras situações, as famílias sejam acolhidas de forma mais humanizada e individualizada, com atenção aos impactos emocionais e à construção de estratégias de parentalidade adaptadas.

A sessão de educação para a saúde, aliada às conversas informais e reflexão sobre o tema, promoveu a sensibilização e o desenvolvimento de competências específicas na prestação de cuidados a famílias com história de PG. Estes ganhos incluem maior consciência do impacto emocional da PG em gestações posteriores e respetivos processos de parentalidade, capacidade de comunicação empática, utilização de estratégias de cuidados centradas na família e reflexão crítica sobre a prática. O fortalecimento destas competências contribui para maior satisfação profissional, redução do stress ocupacional e prevenção de *burnout*, resultando em cuidados de maior qualidade.

O desenvolvimento do projeto evidenciou ainda a importância de integrar a PG no planeamento dos cuidados, reforçando protocolos de acolhimento e educação para a

saúde. A uniformização de informações e a criação de materiais educativos estruturados constituem ganhos em saúde organizacionais, ao promover consistência nos cuidados prestados, assegurar transferência de conhecimento e preparar a equipa para situações futuras de maior complexidade emocional.

Ao capacitar a equipa para compreender e refletir sobre os efeitos de uma PG anterior na parentalidade e no desenvolvimento do vínculo familiar, o EC contribuiu para a prestação de cuidados mais seguros e individualizados, minimizando riscos de negligência emocional ou de práticas pouco sensíveis ao contexto familiar.

Em síntese, os ganhos em saúde decorrentes deste EC abrangem a melhoria da experiência das famílias, a capacitação e bem-estar dos profissionais, a organização e padronização de cuidados e a promoção de práticas clínicas seguras e humanizadas. Estes resultados evidenciam o valor de integrar a formação, sensibilização e reflexão crítica na prestação de cuidados obstétricos, promovendo um impacto positivo duradouro na qualidade do serviço e no bem-estar das famílias atendidas.

III.3. Internamento de Grávidas

O EC decorreu no serviço de Internamento de Grávidas de um hospital no distrito de Lisboa, em funcionamento vinte e quatro horas por dia, que abrange uma população de aproximadamente 300 000 habitantes, durante o período compreendido entre 28 de outubro a 3 de dezembro de 2025, num total de 150h.

O serviço está localizado no terceiro piso, numa ala adjacente ao internamento de puérperas. Dispõe de cinco quartos duplos e dois quartos individuais, perfazendo um total de doze vagas com apenas seis monitores de CTG. Cada quarto tem apenas um monitor de CTG, não permitindo a monitorização de duas grávidas em simultâneo.

O serviço de Internamento de Grávidas partilha com o serviço de internamento de puérperas os mesmos espaços físicos comuns e alguns equipamentos: rouparia, sala de arrumos, sala de tratamentos, sala de enfermagem, sala de terapêutica, copa dos funcionários, sala de sujios, casas de banho. Na sala de enfermagem está localizada a central de CTG.

Existe na ala respetiva ao Internamento de Grávidas um carro de roupa, um monitor de sinais vitais e um carro de apoio com consumíveis para administração de terapêutica endovenosa, punção endovenosa, monitorização de CTG, pensos e luvas.

O horário de visitas é das 12h às 20h, não sendo possível aos acompanhantes permanecerem para além deste horário

A equipa de enfermagem é composta apenas por EE-ESMO sendo que quatro são contratados e três são prestadores de serviço. Quando possível estão dois EE-ESMO de serviço, sendo que na grande maioria das vezes não é possível e fica apenas um EE-ESMO no turno, em turnos de oito horas. Este facto limita as admissões no serviço sendo que cada enfermeiro não assume cuidados a mais de oito grávidas, e ainda assim colocando em causa as dotações seguras regulamentadas que definem um EE-ESMO para três grávidas de alto risco e um EE-ESMO para seis grávidas de médio risco⁶³.

Quanto à equipa médica, não existem obstetras permanentes no serviço sendo que no período da manhã as grávidas são avaliadas por um obstetra ou pela equipa de urgência nos fins de semana ou feriados. Para alguma necessidade o EE-ESMO de serviço contacta a equipa de urgência.

Admissões no serviço de Internamento de Grávidas

As grávidas internadas podem ser admitidas através:

- da urgência obstétrica ou BP, situada no primeiro piso e adjacente ao BP. Nestas situações ficam internadas grávidas que necessitem de vigilância (APPT, hemorragia, patologia associada à gravidez), terapêutica endovenosa em regime de internamento como, por exemplo antibioterapia, RPM sem TP ou pré eclampsia sem critérios de gravidade. Podem ainda ser transferidas para o internamento de grávidas, a partir do BP, grávidas que necessitem de um grau menor de vigilância do que o exigido aquando a admissão, nomeadamente, grávidas sob tocolíticos (o mais utilizado no hospital é o atosiban®, que, de acordo com o protocolo hospitalar, deve ser iniciado no BP e após o terceiro passo as grávidas podem continuar a terapêutica no internamento), após cumprimento de neuroproteção com sulfato de magnésio, e sempre que não necessitem de monitorização materna ou fetal continua.

- da consulta externa, para vigilância do bem estar fetal e materno ou com o devido agendamento para internamento para ITP.

Nos casos de internamentos eletivos para ITP os mesmos ficam agendados podendo a equipa de enfermagem aceder aos agendamentos e assim programa-los

consoante o número de vagas. Independentemente do número de grávidas internadas, apenas são permitidas três admissões para ITP.

As grávidas internadas para vigilância, não requerem monitorização contínua de CTG (quando necessária a monitorização contínua devem permanecer no BP). A monitorização é intermitente e é efetuada uma vez por turno a cada grávida durante um período de 30 minutos. No decorrer da avaliação do CTG o EE-ESMO determina a necessidade de uma vigilância mais prolongada.

Nos casos de ITP:

- ITP mecânica (com algália) – a algália é colocada pelo obstetra e quando exteriorizada a indução deve ser, segundo protocolo, continuada com Propess@ (sistema de libertação vaginal de dinoprostona). Por motivos de protocolo hospitalar, nesta fase a grávida deve continuar a ITP no BP. Durante a manutenção da algália, a monitorização de CTG é também efetuada 1 vez turno, por um período de 30 minutos;

- ITP com misoprostol ou dinoprostona gel. Nestes casos o início da ITP é efetuado por um obstetra sendo privilegiada a administração via vaginal, no fundo de saco de douglas (FSD). As administrações seguintes são efetuadas pelo EE-ESMO, de acordo com a prescrição e protocolo hospitalar (misoprostol via oral 4/4h até quatro administrações diárias; dinoprostona gel 12/12h via vaginal). De acordo com o protocolo hospitalar, as grávidas devem ter monitorização de CTG nos trinta minutos que precedem a administração dos fármacos uterotónicos e durante uma hora após a administração dos mesmos após o que deve ser promovida a mobilidade nos períodos em que não estão monitorizadas e sempre que não haja contraindicação. O serviço dispõe de bolas de pilates que podem ser disponibilizadas às grávidas.

O controlo da dor é efetuado através de medidas não farmacológicas como massagem e hidroterapia e de medidas farmacológica com administração de analgesia endovenosa.

Critérios de transferência da grávida para o BP

A grávida deve ser transferida para o BP sempre que a sua condição o justifique, nomeadamente em casos de CTG não tranquilizadores que justifiquem a monitorização contínua, quando em fase ativa do TP e nos casos em que, independentemente da fase do TP em que se encontre, necessite de analgesia loco regional.

Não é administrada oxitocina no serviço sendo que quando indicada as grávidas devem ser igualmente transferidas.

III.3.1. Diagnóstico de Situação

Na primeira semana de EC foi realizada uma reunião com o Enfermeiro Supervisor Clínico onde foi apresentada a temática do PIF bem como o plano de projeto, os respetivos objetivos e atividades planeadas. Durante esta semana foram também analisados os vários protocolos existentes, nomeadamente, protocolos de ITP, diabetes gestacional, hipertensão induzida pela gravidez (HIG), hemorragia e maturação pulmonar.

Através da reunião e de conversas informais, bem como da observação das práticas e integração nas dinâmicas do serviço foi perceptível que no hospital as grávidas em situação de PG só excecional, e transitoriamente, ficam internadas no internamento de grávidas. Os casos relatados referem-se essencialmente a situações de PG ou RPM em gestações com menos de vinte e quatro semanas que, por falta de vagas no BP, têm indicação para iniciar o protocolo de ITP no internamento. Estes casos são pouco frequentes privilegiando-se o internamento destas grávidas/famílias no BP.

Não há, dentro das experiências desta equipa de EE-ESMO, história de diagnóstico de morte fetal/PG em grávidas internadas neste serviço e que decorram ao longo do internamento. Existe, contudo, no âmbito desta temática, o contacto com grávidas/famílias com história de perdas anteriores e, por vezes, o EE-ESMO é confrontado, apesar de já não ter, no âmbito dos seus cuidados, contato com estas famílias, com a notícia de desfechos indesejados e que incluem a morte fetal e/ou neonatal.

Durante o decorrer do EC estiveram sempre internadas grávidas de alto risco, em contexto de vigilância. Alguns internamentos temporalmente mais curtos, nomeadamente, situações de HIG ou diabetes gestacional que, quando clinicamente compensadas e ajustada a medicação, tinham alta para o domicílio sendo posteriormente encaminhadas para vigilância em consulta externa. Outros internamentos mais prolongados de acordo com os motivos de admissão, nomeadamente, APPT.

O tempo de internamento mostrou-se especialmente relevante na proximidade dos profissionais com as grávidas e famílias, especialmente pela vulnerabilidade de algumas

situações que condicionavam também uma necessidade de apoio diferenciado pois ultrapassava a barreira dos cuidados baseados na técnica exigindo apoio e suporte emocional acrescido. Neste enquadramento, o conceito e a prática de uma relação terapêutica ganharam relevo e constituiu objeto de necessária reflexão.

Concretamente, a notícia de uma PG numa família com a qual teve contacto diariamente durante duas semanas, foi impactante e motivou, no contexto académico a necessidade de reflexão sobre o impacto destas situações na prática, na relação terapêutica instituída e no EE-ESMO.

III.3.2. Desenvolvimento do Plano de Projeto

Os objetivos e atividades definidos para este contexto de EC foram atingidos parcialmente por condições específicas das dinâmicas do serviço e equipa.

Objetivo específico: Desenvolver competências específicas do EE-ESMO na prestação de cuidados especializados a grávidas e famílias em situação de PG ou com história de PG.

Atividade: Objetivo alcançado através da prestação de cuidados especializados a grávidas/famílias com história prévia de PG, em contexto de internamento.

Domínio de Competências: A prestação de cuidados, em contexto de internamento de grávidas, permitiu desenvolver Competências Específicas do EE-ESMO no âmbito do cuidar durante o período pré-natal **(2)** e durante o trabalho de parto **(3)**, nomeadamente na monitorização da saúde materno fetal através de meios técnicos adequados **(2.2.2)** e nos cuidados à grávida com patologia associada ou concomitante com a gravidez **(2.3.3)** cooperando com outros profissionais no tratamento de grávidas com patologia ou com complicações da gravidez **(2.3.4)**. Durante a primeira fase do TP sendo que, que motivos protocolares, a segunda fase do TP é critérios de transferência para o BP, a competência pôde ser desenvolvida, especificamente, através da implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor **(3.1.6)**, da monitorização do TP **(3.2.1)** e do bem-estar materno fetal **(3.2.2)**, implementação de intervenções adequadas à evolução do TP **(3.2.5)** e identificação de desvio do padrão normal de evolução do TP **(3.2.3)** ⁷

Ao longo da prestação de cuidados especializados à grávida em contexto de internamento de grávidas, foi ainda possível mobilizar Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente no domínio da “Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A)” baseando a tomada de decisão de acordo com os princípios, valores e normas deontológicas (A 1.1) bem como da promoção e proteção dos direitos humanos (A 2.1), com especial relevo para o respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais numa população definida pela multiculturalidade⁵⁴. De realçar que, de acordo com dados do INE, no período compreendido entre 2015 e 2013 a proporção de nascidos-vivos de mães de nacionalidade estrangeira subiu de 16,4% para 29,2%, sendo que, na área da grande Lisboa no ano de 2023 registaram-se 11 913 nascimentos de mães portuguesas e 9536 nascimentos de mães estrangeiras⁵. Estes dados não são relevantes só por si mas indicam a tendência evidente do número de grávidas estrangeiras que recorrem aos serviços hospitalares e consequentemente da necessidade premente de cuidados que respeitem as diferentes culturas.

Objetivos específicos:

- Perceber os sentimentos vivenciados pelo EE-ESMO no cuidar da grávida/casal com PG ou história prévia de PG;
- Identificar estratégias utilizadas pelo EE-ESMO no cuidar da grávida/casal com PG ou história prévia de PG;
- Identificar aspetos facilitadores e dificultadores, para o EE-ESMO, no cuidar da grávida/casal com PG ou história prévia de PG;
- Identificar sugestões que possam contribuir para melhorar a prestação de cuidados à grávida/casal com PG ou história prévia de PG;
- Propor a apresentação dos resultados à equipa de EE-ESMO promovendo o debate e partilha de experiências e emoções com base nas vivências e necessidades identificadas.

Atividade: Reflexão crítica segundo Gibbs (Apêndice AC)

Domínio de Competências: A utilização de registos reflexivos é uma prática recorrente com resultados positivos no desenvolvimento de competências⁶⁴. Entre os formatos estruturados estão descritos na literatura diversas propostas de estrutura entre as quais o ciclo reflexivo de Gibbs. Enquanto modelo estruturado por etapas, proporciona

uma abordagem completa e sistemática, permite uma análise aprofundada do acontecimento, sendo possível através das diferentes fases refletir sobre o que ocorreu, os sentimentos envolvidos, os pontos positivos e negativos, além de incorporar aprendizagens futuras que contribuem para o crescimento⁶⁴. Neste enquadramento, a atividade reflexiva, estruturada, foi essencial para o desenvolvimento de algumas competências sendo o foco principal o domínio do “Desenvolvimento de aprendizagens Profissionais (D)”, nomeadamente através do desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade **(D1)**. A reflexão estruturada de um evento adverso¹², permitiu a consciencialização do meu eu pessoal e profissional **(D 1.1)** através do reconhecimento dos meus recursos, limites pessoais e profissionais **(D 1.1.3)**, da compreensão da influência pessoal na relação profissional **(D 1.1.4)** bem como da necessidade de gestão das minhas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda **(D 1.1.2)**⁵⁴.

III.3.3. Resultados Obtidos

A realização do EC no serviço de Internamento de Grávidas permitiu o desenvolvimento de um conjunto significativo de competências clínicas, relacionais e reflexivas que se materializaram tanto na execução técnica dos cuidados, como na consolidação dos objetivos definidos no plano de projeto. A dinâmica particular do serviço — caracterizada pela elevada complexidade clínica das utentes, pela reduzida dotação de recursos humanos e pela proximidade prolongada entre profissionais e grávidas internadas — constituiu um contexto fértil para a observação, prática e análise crítica do exercício profissional do EE-ESMO.

O objetivo de aprofundar competências no acompanhamento de grávidas e famílias com história prévia de PG foi plenamente alcançado sendo que foi possível intervir em diversos contextos de internamentos prolongados, quadros clínicos de instabilidade materno-fetal que condicionavam situações de vulnerabilidade emocional. Contudo, na grande maioria das situações, o apoio emocional revelou-se de extrema importância não só em situações de perdas anteriores, mas pela ansiedade gerada nas famílias decorrente das diversas condições clínicas e do risco real de complicações na gestação.

A relação entre profissionais e famílias é privilegiada pelo tempo decorrente destes internamentos e pela proximidade das famílias com o EE-ESMO sendo o único

profissional presente vinte e quatro sob vinte e quatro horas reforçando a necessidade de estabelecer relações terapêuticas eficazes e realistas que beneficiem famílias e profissionais. A convivência diária e prolongada permitiu desenvolver uma relação terapêutica consistente, baseada na empatia, comunicação eficaz e presença profissional. Para além das competências técnicas, os esclarecimentos proporcionados à família, a preparação para possíveis cenários obstétricos e o apoio emocional foram elementos centrais da intervenção, permitindo consolidar competências especializadas no âmbito da vigilância da gravidez de risco, da gestão da ansiedade e da promoção da segurança materno-fetal.

A ocorrência posterior da perda de um dos RN constituiu um momento crítico, que permitiu compreender com profundidade as repercussões da PG tanto para a família como para os profissionais. A vivência deste desfecho inesperado traduziu-se num ganho formativo expressivo, ao possibilitar identificar sentimentos, necessidades individuais e estratégias de *coping* implementadas pelos EE-ESMO, elementos essenciais para a construção de práticas de cuidado sensíveis ao luto perinatal. Através da observação direta e conversas informais com a equipa, foi possível identificar sentimentos predominantes nos profissionais, como tristeza, empatia, impotência e preocupação com a família; estratégias de *coping* adotadas, tais como o apoio entre pares, a partilha de experiências, o discurso fundamentado na evidência científica, a reafirmação da qualidade dos cuidados prestados, delimitação emocional, foco na técnica e o distanciamento ponderado quando necessário; e, por fim, o reconhecimento da complexidade do luto perinatal, não apenas enquanto perda física, mas como perda simbólica do futuro imaginado pela família. Estes resultados corroboram a literatura, que descreve o luto profissional como um fenómeno real, multidimensional e inevitável entre profissionais que cuidam em saúde materno-fetal. O EC tornou tangível a forma como a experiência acumulada, o trabalho em equipa e as estratégias institucionais de suporte se revelam fundamentais para a manutenção da qualidade dos cuidados e para a integridade psicológica dos EE-ESMO^{27,40,41,42,48,65,66}.

Do ponto de vista formativo e do desenvolvimento de competências, a aplicação do ciclo reflexivo de Gibbs permitiu transformar uma experiência emocionalmente exigente num processo estruturado de aprendizagem. A reflexão possibilitou reconhecer limitações pessoais, nomeadamente a tendência para criar vínculos afetivos intensos com algumas famílias e a formulação de expectativas positivas que, perante desfechos

adversos, potencializam sofrimento profissional; desenvolver consciência sobre a importância de estabelecer fronteiras terapêuticas saudáveis, mantendo empatia sem perder a objetividade necessária à tomada de decisões clínicas; e integrar conhecimento teórico sobre o luto perinatal, estratégias de *coping* e gestão emocional no contexto obstétrico. Este resultado é especialmente relevante no percurso de desenvolvimento de competências, na medida em que a capacidade de refletir criticamente sobre a prática constitui um elemento estruturante da tomada de decisão autônoma, da melhoria contínua e da humanização dos cuidados.

Em síntese, as experiências proporcionadas e o trabalho desenvolvido ao longo do EC constituíram oportunidades concretas para validar a pertinência do tema e reforçar a necessidade de desenvolver estratégias de suporte institucional e formação especializada para EE-ESMO no âmbito da PG.

III.3.4. Ganhos em Saúde

A análise dos resultados obtidos permitiu identificar um conjunto de ganhos significativos a nível profissional, relacional, emocional e científico, que se traduzem na consolidação da identidade e das competências do futuro EE-ESMO. Estes ganhos não correspondem aos produtos da prática, mas sim ao impacto formativo que a experiência teve no meu desenvolvimento.

Do ponto de vista do desenvolvimento da identidade profissional enquanto futuro EE-ESMO, a experiência neste EC contribuiu para um ganho profundo na compreensão do papel nuclear do EE-ESMO na vigilância materno-fetal em situações de internamento, da responsabilidade acrescida decorrente da autonomia da profissão, da importância de sustentar a prática em evidência científica e protocolos institucionais.

A convivência prolongada com grávidas de alto risco permitiu desenvolver um entendimento mais apurado sobre a complexidade da relação terapêutica em contextos emocionalmente exigentes emergindo as necessidades de compreender como equilibrar empatia e proximidade com limites profissionais saudáveis, reconhecer o impacto que vínculos mais emocionalmente investidos podem ter na forma como são vivenciados desfechos adversos e desenvolver ferramentas comunicacionais que permitam apoiar famílias com medos e incertezas. Estes ganhos refletem um amadurecimento na

habilidade do estabelecimento de uma relação terapêutica, sustentando presença, clareza e sensibilidade sem perder objetividade clínica.

A oportunidade de experienciar o acompanhamento de uma gravidez com desfecho adverso posterior revelou-se determinante na construção de competências emocionais. O EC permitiu adquirir maior consciência da inevitabilidade do luto profissional, capacidade de identificar e legitimar as minhas próprias reações emocionais, compreensão de estratégias saudáveis de *coping* utilizadas por EE-ESMO experientes e a consciencialização de que a qualidade dos cuidados prestados não elimina a possibilidade de sentir tristeza ou frustração. Este ganho traduz-se em maior resiliência, permitindo-me lidar com a perda sem que isso comprometa a qualidade da prática ou o meu bem-estar em situações futuras.

A imersão na equipa possibilitou adquirir consciência crítica de como o suporte entre pares influencia diretamente o bem-estar dos profissionais e a qualidade dos cuidados através do reconhecimento do valor da comunicação, da valorização da partilha de experiências como mecanismo de proteção emocional, da compreensão da importância de ambientes de trabalho que legitimem emoções e promovam suporte mútuo e da identificação de lacunas estruturais que impactam o exercício seguro das funções especializadas.

A aplicação do modelo de Gibbs permitiu que situações emocionalmente intensas sejam passíveis de se transformar em conhecimento estruturado proporcionando maior capacidade de analisar criticamente a prática, habilidade para integrar vivências concretas com evidência científica, consolidação do pensamento reflexivo como ferramenta permanente de desenvolvimento profissional e a validação da pertinência do conhecimento aprofundado sobre PG e luto profissional.

Em resumo os ganhos obtidos neste percurso foram essencialmente pessoais resultando em maior maturidade profissional, otimização da competência relacional, capacidade emocional, pensamento crítico e maior consciência do papel do EE-ESMO e da complexidade da prática.

III.4. Cuidados de Saúde Primários

O EC decorreu no período compreendido entre 05 de janeiro a 10 de fevereiro de 2026 cumprindo um total de 150 horas numa UCC (Unidade de Cuidados na

Comunidade), que abrange uma população de 86. 515 habitantes numa área de abrangência de 291,66 Km².

O horário de atendimento compreende todos os dias uteis das 8h às 18h, sendo que o Serviço de Atendimento Complementar está em funcionamento vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana.

A UCC, integrada numa ULS (Unidade Local de Saúde), funciona na morada da sede, onde se encontra o Serviço de Atendimento Permanente, mas conta ainda com mais dois polos. Contabiliza na sua equipa onze enfermeiros, três médicos, dois psicólogos clínicos, em regime de meio horário e um assistente de serviço social.

Na morada da sede, as instalações acolhem também uma UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Primários) e uma USF (Unidade de Saúde Familiar)

A UCC assume como missão a promoção da melhoria das condições de saúde da população do concelho, em colaboração com parceiros e recursos comunitários, assegurando a oferta de cuidados de saúde, bem como apoio psicológico e social, a pessoas, famílias e grupos vulneráveis em situação de maior risco ou dependência, intervindo nas áreas da Promoção, Prevenção, Tratamento e Reabilitação. Afirma-se como uma Unidade de referência, garantindo um desempenho contínuo baseado na excelência dos cuidados de saúde prestados, com foco na melhoria da qualidade de vida das pessoas, das famílias e da comunidade.

Tem como principais valores a humanização, cooperação, dedicação, solidariedade e trabalho de equipa, responsabilidade, autonomia, criatividade/inação, satisfação dos profissionais e dos utentes e gestão participativa.

A equipa de EE-ESMO conta apenas com três enfermeiras que se dividem entre a UCSP e os dois polos da UCC.

Em contexto de UCSP a EE-ESMO é responsável pelas consultas de vigilância da gravidez de baixo risco, em colaboração com uma médica, todas as segundas feiras. O EE-ESMO é responsável também pelas consultas de vigilância do puerpério e climatério. De referir que estas consultas são somente para utentes sem médico e enfermeiro de família.

No âmbito da saúde da mulher, a equipa de EE-ESMO garante ainda:

- Consultas de planeamento familiar, para utentes sem médico de famílias;
- Colocação de implantes (todas as utentes);

- Rastreio do Cancro do Colo do Útero (todas as utentes elegíveis).

A equipa de EE-ESMO é ainda responsável pelos programas no âmbito da parentalidade:

- Preparação para o parto e parentalidade positiva;
- Recuperação pós parto;
- Programa de massagem infantil;
- Consulta de apoio ao aleitamento materno (consulta individual).

III.4.1. Diagnóstico de Situação

Para a elaboração do diagnóstico de situação, foi apresentado e discutido o tema do PIF e plano de projeto com a Enfermeira Supervisora Clínica.

Foi possível identificar que, no contexto de cuidados de saúde primários, agora integrados na ULS, é possível aceder ao processo clínico dos utentes, desde que atendidos em qualquer instituição do SNS (Serviço Nacional de Saúde), contudo, não existe qualquer tipo de articulação de informação entre as diferentes instituições. Este facto reveste-se de especial importância no contexto da perda e luto gestacional, pois coloca em causa a premissa da continuidade e articulação dos cuidados de saúde com implicações na qualidade dos serviços, na eficácia dos cuidados prestados e, acima de tudo, na saúde das famílias e bem-estar dos profissionais.

De acordo com as diretrizes internacionais sobre os cuidados em situação de PG e luto, todos os organismos ou instituições, públicas ou privadas, relacionadas com a família e o processo de gestação, nomeadamente o centro de saúde, centros de preparação para o parto, laboratórios de análises e exames, deverão ser informados do término da gestação protegendo assim a mulher e família de procedimentos burocráticos e evitando contatos potencialmente constrangedores³⁴.

A falta de articulação entre as diferentes unidades de saúde implica que seja a própria mulher ou família a proceder ao agendamento de consulta de acompanhamento em centro de saúde e à desmarcação de consultas ou atividades previamente agendadas. De acordo com a Enfermeira Supervisora Clínica é comum, no âmbito dos programas de Preparação para o Parto e Parentalidade Positiva, convocar famílias inscritas e ser confrontada com a notícia da perda, pela própria mulher.

Neste enquadramento, o tema foi bem aceite e foram negociadas e ajustadas as atividades propostas tendo em conta as necessidades do serviço identificadas.

III.4.2. Desenvolvimento do Plano de Projeto

Por limitações inerentes ao serviço, nomeadamente a ausência de profissionais por motivos de férias, tanto a Enfermeira Diretora como a EE-ESMO responsável pelas atividades formativas, foi decidida a elaboração de um projeto e um guia de orientação para agendamentos e realização de consultas de enfermagem no âmbito da assistência no luto gestacional/perinatal, através da pesquisa exploratória livre em bases de dados científicas e literatura cinzenta, não tendo sido possível a apresentação do mesmo à equipa. Neste sentido, os objetivos delineados inicialmente no plano foram revistos e adaptados.

Objetivo específico:

- Perceber os sentimentos vivenciados pelo EE-ESMO no cuidar da mulher/casal com história prévia de PG ou em processo de luto após PG;
- Identificar estratégias utilizadas pelo EE-ESMO no cuidar da mulher/casal com história prévia de PG ou em processo de luto após PG;
- Identificar aspetos facilitadores e dificultadores, para o EE-ESMO, no cuidar da mulher/casal com história prévia de PG ou em processo de luto após PG;
- Identificar sugestões que possam contribuir para melhorar a prestação de cuidados à mulher/casal com história prévia de PG ou em processo de luto após PG.

Atividade: Os objetivos relacionados com o plano de projeto foram atingidos através do diagnóstico de situação efetuado em reunião com a Enfermeira Supervisora Clínica.

Domínio de Competências: A conversa informal com a Enfermeira Supervisora Clínica permitiu a obtenção e análise de informação sobre as práticas implementadas na assistência a famílias com PG ou em luto por PG, bem como as vivências do EE-ESMO, perante as mesmas. Esta análise, com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, contemplando as dimensões ética e deontológica (A 2.2.1), permitiu a mobilização de competências nos domínios da “Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A)” e da

Melhoria Continua da Qualidade (B)” através da identificação de oportunidades de melhoria e da seleção de estratégias adequadas (**B 2.2.1, B 2.2.3**). Através da identificação de lacunas de conhecimento (**D 2.2.2**), foi ainda possível desenvolver competências no domínio do “Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais (D)”⁵⁴.

Objetivo específico: Incentivar a adequação de protocolos institucionais que promovam a melhoria da assistência a famílias em luto por PG.

Atividade: Elaboração de um “Projeto de Melhoria Continua dos Cuidados na Comunidade – Assistência no Luto Gestacional/Perinatal” (Apêndice AD).

Domínio de Competências: Através do diagnóstico de situação previamente efetuado foi possível perceber que não existe qualquer acompanhamento protocolado para famílias em situação de luto após PG, muito menos existe a articulação entre as diferentes unidades de saúde ao nível da partilha de informação. Apesar da evolução observada do reconhecimento do luto gestacional/perinatal, com alterações recentes contempladas na legislação, a assistência no luto gestacional é ainda muito negligenciada, não existindo protocolos de atuação que beneficiem utentes e profissionais, nem programas organizacionais conhecidos que envolvam e capacitem os profissionais para os cuidados neste contexto. Neste enquadramento a elaboração do “Projeto de Melhoria Continua dos Cuidados na Comunidade – Assistência Luto Gestacional/Perinatal” teve o seu propósito no desenvolvimento de competências nos domínios da “Melhoria da Qualidade dos Cuidados (B) e “Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (D)” nomeadamente através da mobilização de conhecimentos que garantam a melhoria da qualidade dos cuidados (**B 1.1**), na orientação de projetos institucionais (**B 1.1**) e na contribuição para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada (**D 2.2.6**)⁵⁴.

Objetivo específico: Sensibilizar a equipa de EE-ESMO para a importância do seu papel, dentro da equipa multidisciplinar, na assistência a famílias em luto por PG ou na vigilância de uma gravidez pós perda.

Atividade: elaboração de um “Guia Orientador para Assistência no Luto Gestacional/Perinatal” com inclusão de uma de uma norma clinico-administrativa (Apêndice AE) para uniformização de procedimentos.

Domínio de Competências: A elaboração de um guia para profissionais e administrativos (**C 1.2.2**) teve como alvo a humanização dos cuidados através da

promoção do exercício profissional de acordo com a deontologia profissional (A 1.1.7), permitindo assim a mobilização de competências nos domínios da “Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A) e “Gestão dos Cuidados (C)”. Foi ainda possível desenvolver competências no domínio da “Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados (B)” através da orientação de projetos institucionais (B 1.2) e no desenvolvimento de práticas de qualidade através de programas de melhoria contínua (B2) utilizando a evidência científica e as normas (B 2.1.1) e a fomentação de programas de melhoria contínua da qualidade (B 2.2.5)⁵⁴.

III.4.3. Resultados Obtidos

Através do diagnóstico de situação efetuado em articulação com a Enfermeira Supervisora Clínica, bem como da observação participante e da integração nos diferentes contextos da UCC e UCSP foi possível confirmar que, no âmbito dos cuidados de saúde primários, o tema do luto e da PG não são alvo de atenção específica, muito menos existem protocolos ou orientações para a assistência a estas famílias.

A discussão sobre o tema permitiu, contudo, a partilha de experiências, a sensibilização e consciencialização para a necessidade de encontrar estratégias que promovam a melhoria da qualidade dos cuidados, através da continuidade dos mesmos e do acompanhamento a estas famílias em situação de vulnerabilidade.

Apesar da partilha de sistemas de informação, a falta de articulação entre as unidades de saúde, quer na partilha de informação quer na referenciação, não beneficia as famílias ou os profissionais. Foi possível comprovar que, como revela a literatura, a PG constitui uma experiência emocionalmente desafiante não apenas para a mulher e família, mas também para o profissional que presta cuidados. No âmbito dos cuidados na comunidade, a ausência de protocolos claros, a irregularidade da informação clínica disponível e a falta de articulação entre as diferentes instituições de saúde agrava a sensação de vulnerabilidade profissional, contribui para a perceção de que o apoio prestado pode ser insuficiente ou não totalmente adequado e está associado a situações consideradas constrangedoras para profissionais e família.

A comunicação foi também um tema considerado sensível tendo sido apontado como aspeto dificultador no cuidar de famílias enlutadas, sendo referido o facto de não saberem ao certo o que dizer e como responder nestas situações. Neste sentido foi-me

solicitado que abordasse este tema especificamente na elaboração do “Guia Orientador para Assistência no Luto Gestacional/Perinatal” e que nele incluísse frases que não devem ser ditas e outras que devem ser verbalizadas. Este pedido demonstra, de alguma forma, a dificuldade dos profissionais na prestação de cuidados que não se limitam à componente técnica sendo que, apesar de ter cumprido esta solicitação e ter abordado o tema da comunicação, não existe uma receita sobre o que se deve ou não dizer e que possa ser universal. A comunicação deve ser centrada na família, respeitando a sua individualidade, e exige da parte do profissional a capacidade de escuta ativa contemplando a comunicação verbal, mas também a comunicação não verbal compreendendo que, muitas vezes, o próprio silêncio é uma forma de comunicação que deve ser ouvido e respeitado podendo até mesmo ser uma atitude terapêutica a considerar³². A comunicação deve acima de tudo ser empática e pode ser aprendida e retida como uma competência³⁴ reforçando assim a necessidade de formação nesta área específica.

Por outro lado, a abordagem e discussão, sobre o tema da PG permitiu também a sensibilização e consciencialização sobre a especificidade dos cuidados a prestar à família, que já sofreu uma PG, durante a vigilância de uma nova gravidez. A perspectiva de uma nova gestação pode ser assustadora, perturbadora e angustiante na medida em que pode reativar medos relacionados com a perda anterior. Uma nova gestação é um momento de transformação, mas também de maior vulnerabilidade emocional^{58,59,61}. A gravidez é geralmente marcada pela dualidade de sentimentos: felicidade, mas também ansiedade, insegurança, preocupações e medos^{59,61,62}. O nascimento do “bebê arco-íris”, símbolo de esperança, renovação, promessa e otimismo, enquanto objeto transicional entre o luto e a esperança pode também ser marcado pela mesma ambivalência de sentimentos, com risco de repercussões no processo de parentalidade e vinculação com o novo bebê^{59,60,61,62}. Ao longo do acompanhamento da mulher/família durante o período pré-concepcional, vigilância da gravidez e puerpério, o EE-ESMO deve ter em atenção estas manifestações de forma a intervir da melhor forma para a vivência de uma gravidez e parentalidade saudáveis.

Em síntese, os resultados evidenciam a complexidade emocional e organizacional inerente ao acompanhamento na perda e luto gestacional e reforçam a necessidade de desenvolver instrumentos que sustentem a prática do EE-ESMO, promovendo cuidados mais consistentes, humanizados e articulados. A criação de orientações clínicas e

administrativas constitui um contributo estruturante para garantir uma intervenção qualificada e alinhada com as necessidades da mulher e da família, bem como com o bem-estar dos profissionais.

III.4.4. Ganhos em Saúde

A elaboração do projeto e das estratégias delineadas no âmbito da assistência à PG e ao luto perinatal permitiu identificar um conjunto de potenciais ganhos em saúde, tanto para as mulheres e famílias, como para os profissionais e para a própria organização dos cuidados resultando na melhoria da continuidade assistencial, da uniformização de procedimentos e do reforço das competências dos EE-ESMO na abordagem desta temática complexa e emocionalmente exigente.

Ao nível da mulher e da família, a inclusão de orientações clínicas e a definição de um percurso assistencial específico para situações de perda e luto gestacional contribuem para uma maior previsibilidade e segurança no acesso aos cuidados. A existência de circuitos claros diminui a fragmentação da informação e reduz o risco de exposições desnecessárias a situações potencialmente geradoras de sofrimento, promovendo um acompanhamento mais humanizado, atempado e coerente. Uma abordagem estruturada facilita a validação emocional da perda, reforça o apoio psicológico disponível e potencia a construção de estratégias de *coping* adaptativas, essenciais para a prevenção de complicações psicológicas como ansiedade pós-perda, depressão ou luto prolongado. Nesse sentido, o reforço da comunicação terapêutica constitui também um ganho importante ao promover relações de confiança, empatia e segurança.

No âmbito da gravidez subsequente, a existência de orientações que apoiem os profissionais na vigilância de uma gestação após perda contribui para ganhos em saúde materna, fetal e familiar, ao favorecer uma vigilância mais sensível às vulnerabilidades emocionais desta fase. Uma gravidez acompanhada de forma integrada, atenta aos medos e expectativas da mulher, tende a traduzir-se em melhores indicadores de vivência emocional da gravidez, redução da ansiedade e maior capacidade de vinculação ao novo bebé.

Para o profissional, particularmente para o EE-ESMO, possibilita um ganho associado à capacitação e ao aumento da autoconfiança no cuidar em contexto de PG.

Sendo que muitos relatam vivências associadas a sentimentos de impotência, tristeza e desconforto perante a necessidade de comunicar, acompanhar e apoiar famílias em processo de luto^{8,12,13,17,23}, a disponibilização de um guia orientador, com recomendações práticas e uma norma clínico-administrativa, pode representar um instrumento de suporte passível de reduzir a sensação de desamparo frequentemente relatada pelos EE-ESMO. A clarificação de procedimentos e a melhoria da articulação interinstitucional contribuem para diminuir a percepção de vulnerabilidade profissional, promovendo um ambiente mais seguro, eticamente sustentado e emocionalmente equilibrado. Tal traduz-se ainda num reforço da satisfação profissional e numa maior coerência na prestação de cuidados dentro da equipa, o que, por sua vez, melhora os resultados globais em saúde.

Ao nível organizacional, a implementação do projeto desenvolvido pode traduzir benefícios significativos para a UCC e para a UCSP ao promover práticas mais uniformizadas e alinhadas com diretrizes internacionais. A criação de documentos orientadores constitui um contributo estruturante para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, fortalecendo a missão da UCC na prestação de cuidados humanizados, articulados e centrados na pessoa e na família. Para além disso, a sensibilização da equipa para a importância da PG como evento de saúde relevante favorece uma cultura profissional mais aberta, reflexiva e comprometida com a melhoria contínua, potenciando o desenvolvimento de futuras iniciativas formativas e assistenciais.

Em síntese, os ganhos em saúde decorrentes deste projeto situam-se em três eixos fundamentais: ganhos emocionais e relacionais para a mulher e família, ganhos de competência e segurança profissional para os EE-ESMO, e ganhos organizacionais decorrentes da melhoria da articulação e padronização dos cuidados. Estes avanços reforçam o papel central do EE-ESMO na prestação de cuidados especializados em saúde materna e obstétrica e evidenciam a importância de investir em estratégias que sustentem uma prática clínica humanizada, reflexiva e baseada em evidência, especialmente em contextos de vulnerabilidade como a PG.

IV. Considerações Finais

O percurso formativo desenvolvido ao longo do Estágio Profissional constituiu uma oportunidade privilegiada de aquisição e consolidação progressiva das competências especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, bem como de desenvolvimento acadêmico e pessoal. A integração em diferentes contextos clínicos permitiu mobilizar conhecimentos teóricos, aprofundar capacidades técnicas e fortalecer competências de análise crítica, reflexão e tomada de decisão sustentada.

A escolha da PG como temática orientadora revelou-se particularmente pertinente, dada a sua complexidade clínica, emocional e relacional. O aprofundamento conceptual e prático desta realidade, sustentado na evidência científica e no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, possibilitou compreender a mulher, a família e os profissionais como sistemas expostos a múltiplos fatores stressores, exigindo intervenções diferenciadas, integradas e humanizadas.

Os objetivos definidos para o presente relatório foram globalmente atingidos. Foi possível analisar o percurso desenvolvido ao longo do estágio, evidenciando a aquisição e mobilização de competências especializadas e de mestre nos diferentes contextos de prática clínica. Simultaneamente, a análise das vivências do EE-ESMO perante a PG permitiu identificar desafios relevantes, nomeadamente lacunas formativas, sobrecarga emocional, dificuldades na gestão emocional e ausência de protocolos orientadores da prática.

Os diagnósticos de situação realizados e os resultados obtidos através das atividades implementadas demonstraram a pertinência das intervenções desenvolvidas e a consonância entre as necessidades identificadas e a evidência científica disponível e mais atual. Neste âmbito, o plano de projeto, embora com necessidade de ajustes pontuais, constituiu um elemento estruturante de todo o percurso, permitindo adequar estratégias às especificidades de cada contexto clínico. Destacam-se, entre as intervenções realizadas, a otimização dos “*Kits* de Memórias” em contexto de BP, a dinamização de atividades formativas, a elaboração do “Projeto de Melhoria Contínua dos Cuidados na Comunidade – Assistência no Luto Gestacional/Perinatal” e do “Guia Orientador para Assistência no Luto Gestacional/Perinatal”. Estas iniciativas contribuíram para a uniformização de práticas, sensibilização das equipas e promoção de cuidados mais

humanizados, consistentes, centrados na família e facilitadores da prática do EE-ESMO promovendo assim o seu bem-estar.

O desenvolvimento deste percurso não esteve isento de dificuldades. Salientam-se constrangimentos organizacionais, limitações temporais inerentes aos diferentes contextos de estágio, variabilidade de recursos disponíveis e ausência de políticas institucionalizadas específicas nesta área. Acresce a sensibilidade do tema, que exigiu constante adaptação comunicacional e emocional. Ainda assim, estas limitações não comprometeram a concretização dos objetivos propostos, antes reforçando a necessidade de práticas estruturadas e sustentadas institucionalmente.

Os ganhos obtidos revelam-se significativos para a valorização da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A implementação de momentos formativos, recursos de apoio ao luto e instrumentos orientadores contribuíram para qualificar a resposta profissional perante situações de PG e luto gestacional/perinatal. Paralelamente, evidenciou-se a capacidade do EE-ESMO para liderar processos de mudança, promover melhoria contínua e influenciar positivamente a organização dos cuidados.

Do ponto de vista pessoal e profissional, este percurso permitiu consolidar competências comunicacionais, relacionais e emocionais essenciais à prestação de cuidados em contextos de elevada vulnerabilidade. Reforçou igualmente uma prática mais reflexiva, ética e centrada na dignidade da mulher, da família e dos próprios profissionais.

Numa perspetiva futura, considera-se fundamental continuar a investir na formação contínua em luto gestacional e perinatal, na implementação de protocolos integrados e na avaliação sistemática das intervenções desenvolvidas. Importa igualmente promover políticas institucionais que reforcem o suporte às equipas, a adequação de recursos e a qualidade assistencial.

Em síntese, este percurso formativo traduziu-se num processo profundamente transformador, permitindo consolidar uma visão holística e humanizada da prática em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A integração entre evidência científica, referenciais teóricos e prática clínica refletida conferiu solidez ao desenvolvimento profissional alcançado, reforçando o compromisso com uma enfermagem especializada capaz de cuidar, apoiar e transformar.

A experiência vivenciada reafirma o compromisso de continuar a promover cuidados humanizados, sensíveis e competentes, contribuindo para uma prática obstétrica que reconhece, valida e acompanha o luto como parte integrante da saúde da mulher, da família e dos profissionais.

IV. Referências Bibliográficas

1. Nazaré B, Fonseca A, Pedrosa AA, Canavarro MC. Avaliação e Intervenção Psicológica na Perda Gestacional. Peritia: Edição Especial: Psicologia e Perda Gestacional. 2010 [citado 2024 novembro 3]; 3: 37-46. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/144020278.pdf>
2. Neonatal and perinatal mortality: Country, regional and global estimates [Internet]. Geneve: World Health Organization; 2006 [citado 2024 novembro 15]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43444/9241563206_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y;
3. Normas de Orientação Clínica: Estudo das Situações de Morte Fetal após as 24 semanas [Internet]. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno Fetal; 2018 [citado 2024 novembro 20]. 6p. Disponível em: <https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2028/11/Estudo-das-Situações-de-Morte-Fetal-após-as-24-Semanas.pdf>
4. Santos A P, Machado R S. Mortalidade fetal, infantil e abaixo dos 5 anos, 2017-2021 [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2025 [citado 2025 setembro 26]. 56p. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-da-mortalidade-fetal-infantil-e-abaixo-dos-5-anos-20172021-pdf.aspx>
5. Estatísticas Demográficas 2023 [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP; 2023 [citado 2024 outubro 30]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=439488367&PUBLICACOESmodo=2
6. Oliveira CM. Um amor sem colo: A utilidade dos rituais de luto na perda gestacional [Dissertação de Mestrado]. [Porto]: Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação; 2020. 47p.
7. Regulamento n. 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2019). Diário da República: II Serie, n. 85. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>

8. Silva AC, Pires CS, Silva SA, Frias AM. A assistência do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica na vivência da perda gestacional: uma revisão narrativa [Internet]. 2023 [citado 2024 outubro 30]; 1: 159-174, Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/231014651.pdf> DOI: 10.37885/231014651
9. Monteiro VL. Perda Gestacional e Processo de Luto: Vivências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia [Dissertação de Mestrado]. [Viseu]: Instituto Politécnico de Vise, Escola Superior de Saúde de Viseu; 2013. 129 p.
10. Meireles JC. Atitude do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica perante as Famílias que Vivenciam a Morte Fetal [Dissertação de mestrado]. [Lisboa]: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2023. 103p.
11. Dilthey W. Introdução às ciências do espírito. Lisboa: Edições 70; 2002.
12. Morim AM, Freitas CM. A perda gestacional na perspectiva do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica: protocolo de uma scoping review. Studies in Health Sciences [Internet]. 2024 [citado 2024 novembro 14]; 5(3): 1-13. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/shs/article/view/5373/3640> DOI: 10.54022/shsv5n3-001
13. Valenzuela MT, Bernaldes M, Jaña P. Duelo perinatal: Perspectivas de los Profesionales de la Salud. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. [Internet] 2020. [citado 2024 novembro 28]; 85(3): 281-305. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000300281>
14. Barbosa JS, Vasconcelos EM. Análise crítica do diagrama proposto pelo Modelo dos Sistemas de Betty Neuman. Revista Enfermagem Atual In Derme. 2023 [citado 2024 outubro 30]; 97(4): 1-9. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/2014/2036> DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2013-v.97-n.4-art.2014>
15. Neuman B, Fawcett J. The Neuman systems model. 5ª ed. Boston: Pearson Education, Inc; 2011. 448p.
16. Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. 5ªed. Loures: Lusociência; 2004. 766p

17. Silveira GM. Vivência do luto inesperado por perda gestacional tardia [Dissertação de mestrado]. [Lisboa]: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2020. 97p.
18. Lacerda IC. Perda Gestacional: Estratégias do Enfermeiro Obstetra no cuidar do casal baseado nas forças [Dissertação de mestrado]. [Lisboa]: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2023. 290p.
19. Rolim L, Canavarro MC. Perdas e luto durante a gravidez e o puerpério. In Canavarro MC. Psicologia da gravidez e da maternidade Coimbra: Quarteto Editora; 2006. p.255-297.
20. Salgado HO, Polido CA. Luto Perinatal: Como lidar. 1ªed. São Paulo. Ema Livros. 2018. 127p.
21. Serebriakova I. Culturas em comparação: nascer e morrer em diferentes paralelos [Dissertação de Mestrado]. [Braga]: Universidade do Minho, Instituto de Letras e Ciências Humanas; 2014. 102p.
22. Fai CM, Arthur DG. Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. Journal of advanced nursing [Internet]. 2009 [citado 2024 novembro 25]; 65(12): 2532–2541. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05141.x>
23. Schmalfuss JM, Matsue RY, Ferraz L. Mulheres em situação de perda fetal: limitações assistenciais de enfermeiros. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2019 [citado 2024 novembro 25]; 72(3): 381-384. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/t7mkLN3f56xTD8kTZSDsT4x/?format=pdf&lang=pt> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0261>
24. Canavarro MC. Psicologia da Gravidez e Maternidade. In: Canavarro MC, editores. Psicologia da Gravidez e Maternidade. Coimbra: Quarteto Editora; 2006. p.17-49.
25. O'Connell O, Meaney S, O'Donoghue K. Caring for parents at the time of stillbirth: How can we do better?. Women and Birth. [Internet]. 2016 [citado 2024 novembro 15]; 29(4): 345-349. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519216000068> DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.01.003>

26. Nogueira M. Luto Desautorizado em Tempos de Pandemia [Dissertação de Mestrado]. [Lisboa]: Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida; 2021. 55p.
27. Gama MG. O Luto Profissional nos Enfermeiros [Tese de Doutoramento]. [Lisboa]: Universidade católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde; 2013. 264p.
28. Bolander VB. Enfermagem Fundamental: Sorensen e Luckman - abordagem psicofisiológica. 3ªed. Lisboa: Lusodidacta; 1998. 1963p
29. Warnock C. Breaking bad news: issues relating to nursing practice. Nursing standard. [Internet] 2014. [citado 2024 novembro 20]; 28(45): 51–58. Disponível em:
<https://www.proquest.com/openview/003fffd8e2d0ddfa03af58a85dc0d8cd/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2042228> DOI:10.7748/ns.28.45.51.e8935
30. Baile WF, Buckman R, Lenzi R., Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. The Oncologist. [Internet. 2000 [citado 2024 novembro 15]; 5: 302-311 Disponível em:
<https://academic.oup.com/oncolo/article/5/4/302/6386019?login=false> DOI:
<https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
31. Gaitán OL, Morera HS, Zuluaga D, Barrero A. Consecuencias en la salud mental de los padres ante un diagnóstico de muerte fetal o neonatal: Revisión sistemática. Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión [Internet] 2022. [citado 2024 novembro 10]; 8(1). Disponível em:
<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1885/2294> DOI:
<https://doi.org/10.31243/ei.uta.v8i1.1885.2023>
32. Trintinalha MO, PUCCI CM, MENDES GB. et al. Avaliação do luto familiar na perda gestacional e neonatal. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet] 2021. [citado 2024 novembro 25]; 54(1). Disponível em:
<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/174765/174122>
33. Silva MM, Santana LV, Braga SL, Kawafame DG, Neto AK, Kawakame PM. Unraveling the Meaning of Fetal Death to the Obstetric Nurse. Brazilian Journal of Health Review. [Internet] 2020. [citado 2024 novembro 5]; 3(5): 15291-15306.

- Disponível em:
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/18872> DOI:
<https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-309>
34. Burden C, Merriel A, Bakhadakhi D, Heazell A. Care of late intrauterine fetal death and stillbirth. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* [Internet]. 2024 [citado 2024 novembro20]; 132 (1): 1-41. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.17844> DOI: 10.1111/1471-0528.17844
35. Ferreira LM, Góis GM, Faria MC, Correia MJ. O Luto por morte perinatal e/ou malformação do bebê. *Análise Psicológica*. [Internet] 1990. [citado 2024 novembro 15]; 4(VIII): 399-402. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.12/2908>
36. Takaki MH, Sant’Ana D de MG. A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. *Cogitare Enfermagem*. [Internet] 2004. [citado 2024 novembro 25]; 9(1): 79-83. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1708/1416>
37. Carvalho FT, Meyer L. Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e a conduta profissional frente a essas situações. *Boletim de Psicologia*. [Internet] 2007. [citado 2024 novembro 3]; 57(126): 33-48. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0006-59432007000100004&script=sci_arttext
38. Helps Ä, O’Donoghue K, O’Byrne L, Greene R, Leitao S. Impact of bereavement care and pregnancy loss services on families: Findings and recommendations from Irish inquiry reports. *Midwifery* [Internet] 2020. [citado 2024 novembro 30]; 91. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613820302138> DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102841>.
39. Miranda AM, Zangão MO. Mothers’ experiences of fetal death. *Revista de Enfermagem Referência*. 2020 [citado 2024 novembro 3]; 5(3): 1-9. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/d0ca3169138459ce5d8180101b5f86d3/1?p-q-origsite=gscholar&cbl=204228> DOI: 10.12707/RV20037

40. Qian J, Wu G, Jevitt C, Sun S, Wang M, Sun X., Yu X. Caminho psicológico para a exaustão emocional entre enfermeiras e parteiras que prestam cuidados de luto perinatal na China: uma análise de caminho. *Psiquiatria BMC [Internet]*. 2024 [citado 2025 maio 20]; 24(1): 90. Disponível em: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/s12888-024-05534-4.pdf> - DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05534-4>
41. Anibal SA. Desenvolvimento e Validação da Escala de Avaliação das Necessidades de Formação no Luto (ENFL) [Dissertação de Mestrado] [Lisboa]: Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida; 2024. 118p.
42. Fernández-Basanta S, Coronado C, Bondas T, Llorente-García H, Movilla-Fernández MJ. Desvendando a dor da perda involuntária da gravidez: uma meta-etnografia das experiências emocionais de parteiras e enfermeiras. *Scand J Caring Sci [Internet]*. 2022 [citado 2025 maio 20]; 36(3):599-613. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/scs.13028> - DOI: [10.1111/scs.13028](https://doi.org/10.1111/scs.13028).
43. Asplin N, Wessel H, Marions L, Georgsson ÖS. Pregnancy termination due to fetal anomaly: women's reactions, satisfaction and experiences of care. *Midwifery [Internet]*. 2014 [citado 2024 novembro 15]; 30(6): 620–627. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613813003057> DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.013>
44. Ellis A, Chebsey C, Storey C, Bradley S, Jackson S, Flenady V et al. Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]*. 2016 [citado 2024 novembro 10] 16. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-016-0806-2> DOI: [10.1186/s12884-016-0806-2](https://doi.org/10.1186/s12884-016-0806-2)
45. O'Connell O, Meaney S, O'Donoghue K. Caring for parents at the time of stillbirth: How can we do better?. *Women and Birth. [Internet]*. 2016 [citado 2024 novembro 15]; 29(4): 345-349. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519216000068> DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.01.003>

46. LoGiudice JA, O'Shea E. Perinatal palliative care: Integration in a United States nurse midwifery education program. *Midwifery*. [Internet]. 2018 [citado 2024 novembro 15]; 58: 117-119. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613817306605> DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.024>
47. Vergílio MS, Toledo VP, Silva EM. Workshops as a democratic proposal in order to change the supervision work in nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn* [Internet] 2018. [citado 2024 dezembro 10]; 71(4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9FMgg9WY4QPmxDwGjhH3GKb/?lang=en> DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0286>
48. Kave YV. Sonti BS. Morton DG. James S. Supporting the needs of midwives caring for women with perinatal loss in South Africa. *British Journal of Midwifery* [Internet]. 2023 [citado 2025 maio 20]; 31(1), 16-22. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjom.2023.31.1.16>
49. Cholette M, Gephart SM. A model for the Dynamics of bereavement caregiving. *Int J Childbirth Educ*. 2012; 27(2): 14-18
50. Mateus AC. Metodologia de Trabalho de Projeto: potencialidades e desafios [Dissertação de mestrado]. [Lisboa]: Instituto Superior de Ciências e Educação; 2020. 79p.
51. Regulamento n. 705/2021. Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem. (2021). Diário da República: II Serie, n. 144. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2021/07/144000000/0012200129.pdf>
52. Parecer n. 21/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2017). Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer21_2017_MCEESMO_DotacoesSegurasEESMO.pdf
53. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011. 288p.
54. Regulamento n. 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República: II Serie, no 26. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

55. Moura AF. & Lima MG. A Reinvenção da Roda: Roda de Conversa, um instrumento metodológico possível. *Universidade Federal da Paraíba. Revista Temas em Educação*. [Internet]. 2014 [citado 2025 8 julho]; 23(1), 95. Disponível em:
<https://www.proquest.com/openview/23ac2587640666ea1799b2197c7b1f00/1?pq-origsite=gscholar&cbl=4514812>
56. Braga NA, Morsch DS. Quando o bebê morre. In: Moreira ME, Braga NA, Morsch D S, editores. Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2023.157-69.
57. Smith, T., Davidson, W., & Roberson, K. Permission to Love: Celebrating Your Rainbow Baby after a Reproductive Loss. *International Journal of Childbirth Education* [Internet]. 2018 [citado 30 de setembro de 2025]; 33(4). Disponível em: <https://research.ebsco.com/c/wev74e/viewer/pdf/q6vdcetq2v>
58. Resende, I. G. Adaptação e vivência da gravidez após perda gestacional anterior [Dissertação de Mestrado]. [Porto]: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2021. 121p. Disponível em: [file:///C:/Users/Admin/Downloads/content%20\(10\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/content%20(10).pdf)
59. Silva, M. C. D. Crianças arco-íris: A experiência de maternidade após perda gestacional/neonatal [Dissertação de Mestrado]. [Uberlândia]: Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia; 2020. 45p. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/30814/3/ExperiênciaDeMaternidade.pdf>
60. Fleck JA, Ribeiro K de OF, Rodrigues E, Soares NM. Da perda ao bebê arco-íris: uma jornada de luto e perseverança. *Rev. DELOS* [Internet]. 2025 [citado 7 outubro 2025];18(66): e4724. Disponível em: <https://ojs.revistadelos.com/ojs/index.php/delos/article/view/4724>
61. Vidal, M. Gravidez após morte perinatal: sobre a relação da mãe com o bebê sobrevivente. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [citado 30 de setembro de 2025]; 15, 3185-3190. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15suppl2/3185-3190/pt>
62. da Silva Tavares, S. T. N., Gonçalves, T. G., & Levandowski, D. C. Sobre (viver) entre partidas e chegadas: investimento em nova gestação após perda

- gestacional. Revista Subjetividades [Internet]. 2023 [citado 7 outubro 2025]; 23(2), 1-12. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/rmes/article/view/12756/7184>
63. Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. (2019). Diário da República: II Série, n.184/2019. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
 64. Gibbs G. Learning by doing. 1.^a ed. Sharpe R, editor. Oxford: Oxford Brookes University; 2013. 134 p.
 65. Mashamba E. K. Ramavhoya I. T. The stress of the midwife: Experiences of advanced midwives working in obstetric emergency units in Johannesburg, South Africa. African Journal of Reproductive Health [Internet]. 2021 [citado 2025 maio 20]; 25(5); 93-104. Disponível em: [file:///C:/Users/Admin/Downloads/ajol-file-journals_49_articles_221384_submission_proof_221384-577-542299-1-10-2022212%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/ajol-file-journals_49_articles_221384_submission_proof_221384-577-542299-1-10-2022212%20(1).pdf) - DOI: 10.29063/ajrh2021/v25i5.10
 66. Gray, P., Senabe, S., Naicker, N., Kgalamono, S., Yassi, A., & Spiegel, J. Workplacebased. Organizational Interventions Promoting Mental Health and Happiness among Healthcare Workers: A Realist Review. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019 [citado 2025 junho 5]; 16(22): 4396. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16224396>

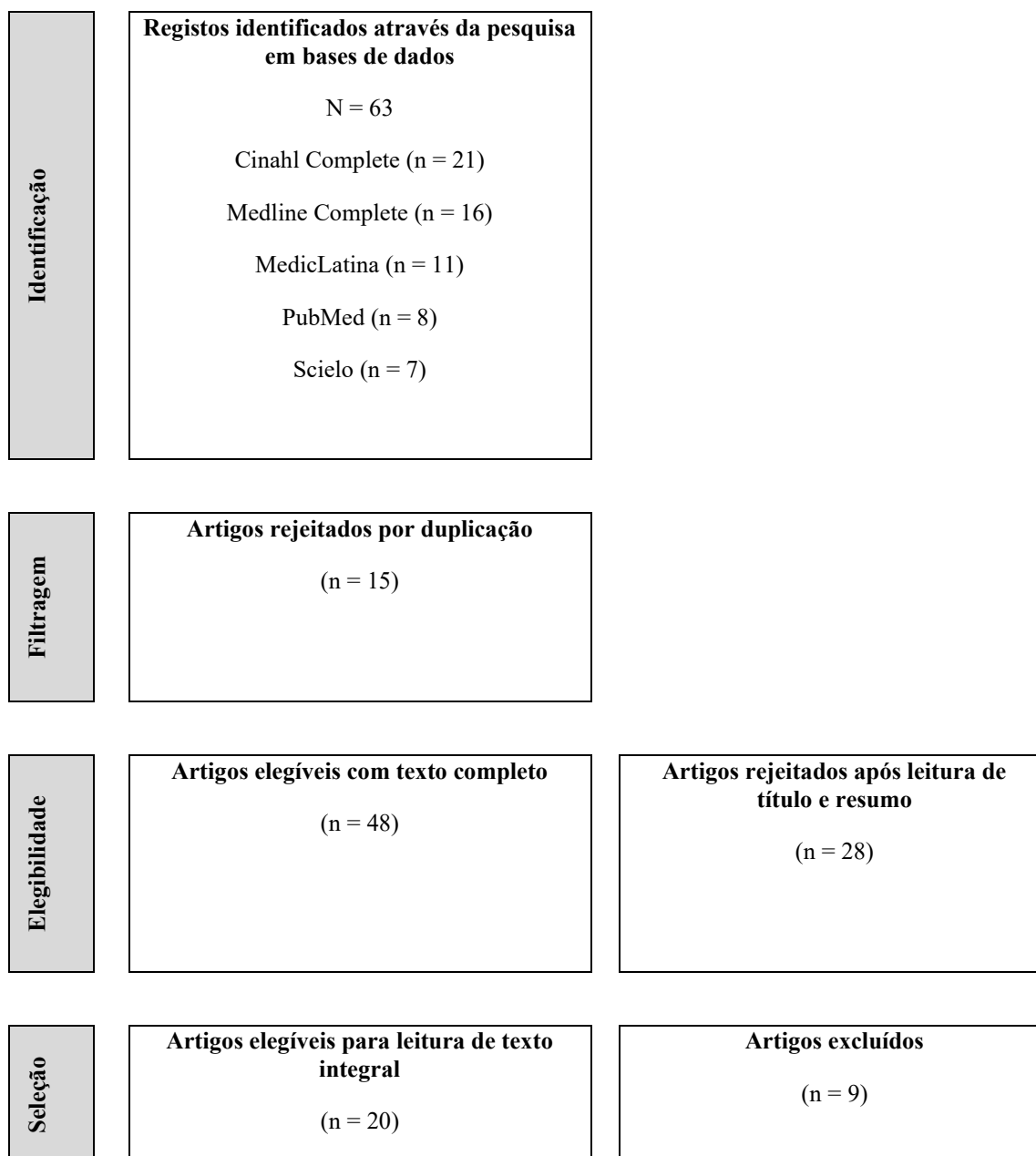
Apêndices

Apêndice A - Metodologia de Pesquisa do Relatório

O presente relatório foi realizado tendo por base uma metodologia de pesquisa em bases de dados científicas, pesquisa livre e em literatura cinzenta. Os descritores foram validados no DeCs/MeSH e permitiram a elaboração das equações de pesquisa em português e inglês: [(perda gestacional OR perda perinatal OR morte intrauterina OR natimorto OR aborto) AND (Vivências) AND (EE-ESMO)] e [(pregnancy loss OR miscarriage OR stillbirth OR perinatal loss OR intrauterine death OR perinatal death) AND (experiences OR perceptions OR attitudes OR views OR feelings) AND (Midw* OR Nurs*)], que foram utilizadas nas bases de dados da plataforma EBSCOHOST, Scielo e PubMed com os critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 5 anos (novembro 2019 a novembro 2024), nos idiomas português, inglês, francês e espanhol. Foram obtidos 60 artigos tendo sido excluídos 12 por duplicação, 26 após a leitura dos títulos e resumo e 9 por não abordarem o tema da PG na perspectiva do EE-ESMO, tendo sido selecionados 13 artigos científicos utilizados na fundamentação teórica deste trabalho que se encontram representados no modelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).

No âmbito da pesquisa livre utilizaram-se termos em linguagem natural como: luto, intervenções do EE-ESMO, teoria dos sistemas de Betty Neuman. A literatura cinzenta consultada consistiu essencialmente em: Regulamento da Competências de Mestre, Regulamento da Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento das Competências Específicas do EE-ESMO, Sociedade Portuguesa de Medicina Materno Fetal, *American College of Obstetricians & Gynaecologists*, *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, Direção Geral da Saúde e Organização Mundial da Saúde.

Diagrama PRISMA



Apêndice B - Plano do Projeto

BLOCO DE PARTOS			27 de fevereiro a 16 de julho, 2025
Objetivo Geral: Compreender as vivências do EE-ESMO no cuidar da parturiente/casal com PGT.			
Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Avaliação
Apresentar o PIF ao supervisor clínico e restante equipa de EE-ESMO.	- Conversa informal com supervisor clínico; - Conversa informal, ou apresentação formal, á equipa de EE-ESMO.	Supervisor clínico; Equipa de EE-ESMO.	Validação, por parte do supervisor clínico para implementação do projeto.
Perceber os sentimentos vivenciados pelo EE-ESMO no cuidar da parturiente/casal com PGT.	- Realização de entrevistas informais com EE-ESMO; - Identificação de temas predominantes.	Equipa de EE-ESMO	Realiza entrevistas informais a, pelo menos, cinco EE-ESMO.
Identificar estratégias utilizadas pelo EE-ESMO, no cuidar da parturiente/casal com PGT.			
Identificar aspetos facilitadores e dificultadores, para o EE-ESMO, no cuidar da parturiente/casal com PGT.			
Identificar sugestões que possam contribuir para melhorar a prestação de cuidados à parturiente/casal com PGT.			
Propor a apresentação dos resultados à equipa de EE-ESMO promovendo o debate e partilha de experiências e emoções com base nas vivências e necessidades identificadas.	- Elaboração de um relatório sobre as vivências identificadas; - Apresentação dos resultados; - Incentivo e moderação do debate entre os participantes através da partilha de ideias, experiências e emoções.	Equipa de EE-ESMO; Espaço reuniões e apresentação de resultados com meios audiovisuais necessários.	Apresenta resultados e promove a participação da equipa de EE-ESMO (mínimo cinco EE-ESMO).

Tabela 1. Objetivos Pessoais, Atividades, Recursos, Critérios de Avaliação – **Bloco de Partos**

Objetivos Específicos	Data				
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5
Apresentar o PIF ao supervisor clínico e restante equipa de EE-ESMO.					
Perceber os sentimentos vivenciados pelo EE-ESMO no cuidar da parturiente/casal com PGT.					
Identificar estratégias utilizadas pelo EE-ESMO, no cuidar da parturiente/casal com PGT.					
Identificar aspetos facilitadores e dificultadores, para o EE-ESMO, no cuidar da parturiente/casal com PGT.					
Identificar sugestões que possam contribuir para melhorar a prestação de cuidados à parturiente/casal com PGT.					
Propor a apresentação dos resultados à equipa de EE-ESMO promovendo o debate e partilha de experiências e emoções com base nas vivências e necessidades identificadas.					

Tabela 2. Cronograma: EC **Bloco de Partos**

INTERNAMENTO DE PUÉRPERAS		19 de setembro a 24 de outubro, 2025	
Objetivo Geral: Compreender as vivências do EE-ESMO ao cuidar de puérperas/casal com história prévia de PGT.			
Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Avaliação
Apresentar o PIF ao supervisor clínico e restante equipa de EE-ESMO	- Conversa informal com supervisor clinico; - Conversa informal, ou apresentação formal, à equipa de EE-ESMO.	Supervisor clínico Equipa de EE-ESMO	Validação, por parte do supervisor clinico para implementação do projeto.
Identificar as estratégias utilizadas pelo EE-ESMO no cuidar da puérpera/casal com história prévia PGT.	- Realização de entrevistas informais com EE-ESMO; - Identificação de temas predominantes.	Equipa de EE-ESMO	Realiza entrevistas informais a, pelo menos, dois EE-ESMO.
Identificar os sentimentos do EE-ESMO no cuidar da puérpera/casal com história prévia de PGT.			
Identificar aspetos facilitadores ou dificultadores no cuidar da puérpera/casal com história prévia de PGT.			
Propor a apresentação dos resultados à equipa de EE-ESMO promovendo o debate e partilha de experiências e emoções com base nas vivências e necessidades identificadas.	- Elaboração de um relatório sobre as vivências identificadas; - Apresentação dos resultados; - Incentivo e moderação do debate entre os participantes através da partilha de ideias, experiências e emoções.	Equipa de EE-ESMO; Espaço reuniões e apresentação de resultados com meios audiovisuais necessários.	Apresenta resultados e promove a participação da equipa de EE-ESMO (mínimo dois EE-ESMO).

Tabela 3. Objetivos Pessoais, Atividades, Recursos, Critérios de Avaliação – Internamento de Puérperas

Objetivos Específicos	Data				
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5
Apresentar o PIF ao supervisor clínico e restante equipa de EE-ESMO					
Identificar as estratégias utilizadas pelo EE-ESMO no cuidar da puérpera/casal com história prévia PGT.					
Identificar os sentimentos do EE-ESMO no cuidar da puérpera/casal com história prévia de PGT.					
Identificar aspetos facilitadores ou dificultadores no cuidar da puérpera/casal com história prévia de PGT.					
Propor a apresentação dos resultados à equipa de EE-ESMO promovendo o debate e partilha de experiências e emoções com base nas vivências e necessidades identificadas.					

Tabela 4. Cronograma: EC em Internamento de Puérperas

INTERNAMENTO DE GRÁVIDAS		28 de Outubro a 3 de dezembro, 2025	
Objetivo Geral: Compreender as vivências do EE-ESMO que cuida da grávida/casal perante o diagnóstico, ou com história prévia, de PGT.			
Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Avaliação
Apresentar o PIF ao supervisor clínico e restante equipa de EE-ESMO.	- Conversa informal com supervisor clinico; - Conversa informal, ou apresentação formal, á equipa de EE-ESMO.	Supervisor clínico; Equipa de EE-ESMO.	Validação, por parte do supervisor clinico para implementação do projeto.
Perceber os sentimentos vivenciados pelo EE-ESMO no cuidar da grávida/casal com PGT.	- Realização de entrevistas informais à equipa de EE-ESMO; - Identificação de temas predominantes.	Equipa de EE-ESMO;	Realiza entrevistas informais a, pelo menos, dois EE-ESMO.
Identificar estratégias utilizadas pelo EE-ESMO no cuidar da grávida/casal com PGT.			
Identificar aspetos facilitadores e dificultadores, para o EE-ESMO, no cuidar da grávida/casal com PGT.			
Identificar sugestões que possam contribuir para melhorar a prestação de cuidados à grávida/casal com PGT.			
Propor a apresentação dos resultados à equipa de EE-ESMO promovendo o debate e partilha de experiências e emoções com base nas vivências e necessidades identificadas.	- Elaboração de um relatório sobre as vivências identificadas; - Apresentação dos resultados; - Incentivo e moderação do debate entre os participantes através da partilha de ideias, experiências e emoções.	Equipa de EE-ESMO; Espaço reuniões e apresentação de resultados com os meios audiovisuais necessários.	Apresenta resultados e promove a participação da equipa de EE-ESMO (mínimo 2 EE-ESMO).

Tabela 5. Objetivos Pessoais, Atividades, Recursos, Critérios de Avaliação – Internamento de Grávidas

Objetivos Específicos	Data			
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 5
Apresentar o PIF ao supervisor clínico e restante equipa de EE-ESMO.				
Perceber os sentimentos vivenciados pelo EE-ESMO no cuidar da grávida/casal com PGT.				
Identificar estratégias utilizadas pelo EE-ESMO, no cuidar da grávida/casal com PGT.				
Identificar aspetos facilitadores e dificultadores, para o EE-ESMO, no cuidar da grávida/casal com PGT.				
Identificar sugestões que possam contribuir para melhorar a prestação de cuidados à grávida/casal com PGT.				
Propor a apresentação dos resultados à equipa de EE-ESMO promovendo o debate e partilha de experiências e emoções com base nas vivências e necessidades identificadas.				

Tabela 6. Cronograma: EC em Internamento de Grávidas

EXAMES NA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO			12 a 19 de dezembro, 2025
Objetivo Geral: Compreender as vivências do EE-ESMO no cuidar da grávida/casal com história prévia de PGT.			
Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Avaliação
Apresentar o PIF ao supervisor clínico e restante equipa de EE-ESMO	- Conversa informal com supervisor clínico; - Apresentação informal à equipa de EE-ESMO.	Supervisor clínico Equipa de EE-ESMO	Validação, por parte do supervisor clínico para implementação do projeto.
Identificar intervenções do EE-ESMO à grávida/casal com história prévia de PGT.	- Conversa informal com equipa de EE-ESMO; - Realização de notas de campo; - Observação participada.	Equipa de EE-ESMO Grávida /casal com história prévia de PGT	Realiza notas de campo de, pelo menos, 1 EE-ESMO; Observa e participa em, pelo menos, uma consulta.

Tabela 7. Objetivos Pessoais, Atividades, Recursos, Critérios de Avaliação: Exames na Gravidez de Alto Risco

Objetivos Específicos	Data				
	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5
Apresentar o PIF ao supervisor clínico e restante equipa de EE-ESMO					
Identificar intervenções do EE-ESMO à grávida/casal com história prévia de PGT.					

Tabela 8. Cronograma: EC em Exames na Gravidez de Alto Risco

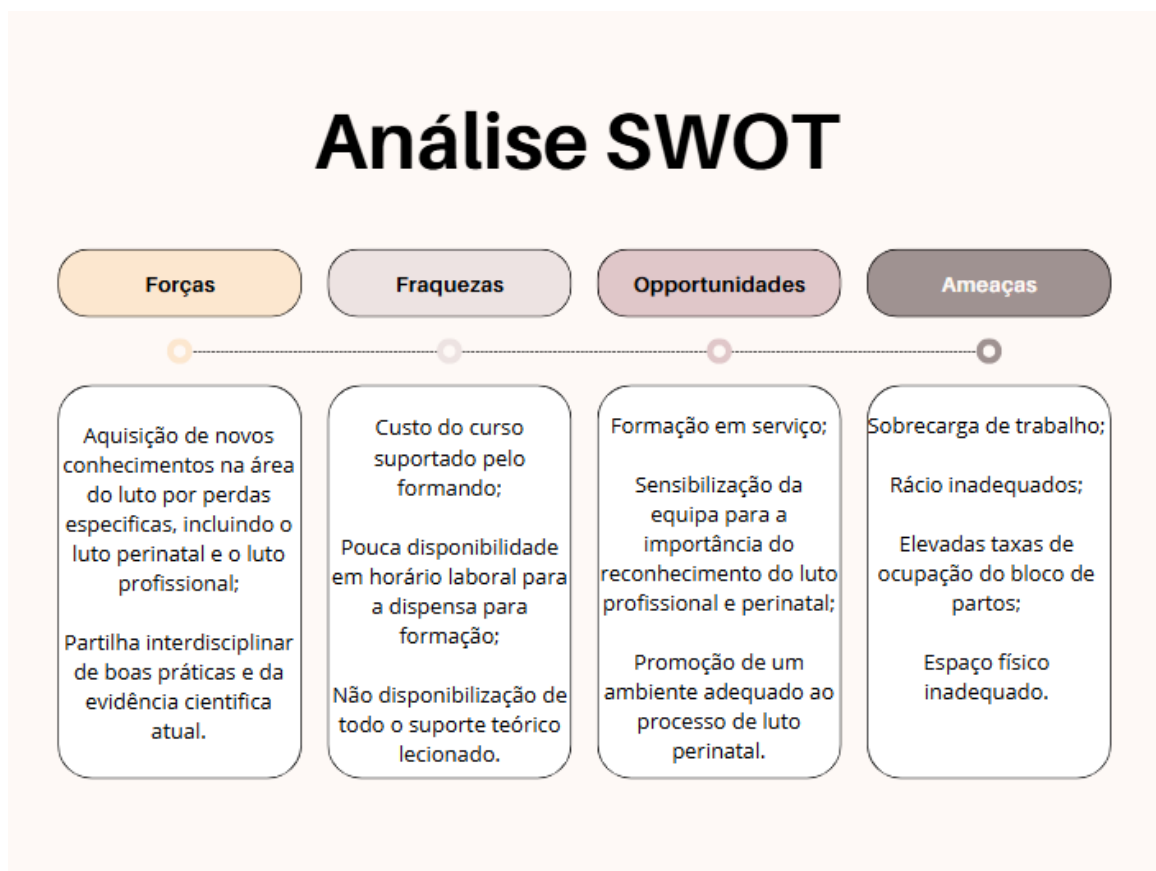
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS		5 de janeiro a 10 de fevereiro, 2026	
Objetivo Geral: Compreender as vivências do EE-ESMO que cuida da mulher/casal com história prévia de PGT ou em processo de luto após PGT			
Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Avaliação
Apresentar o PIF ao supervisor clínico e restante equipa de EE-ESMO.	- Conversa informal com supervisor clinico; - Conversa informal, ou apresentação formal, á equipa de EE-ESMO.	Supervisor clínico; Equipa de EE-ESMO.	Validação, por parte do supervisor clinico para implementação do projeto.
Perceber os sentimentos vivenciados pelo EE-ESMO no cuidar da puérpera/casal com PGT.	- Realização de entrevistas informais com EE-ESMO; - Identificação de temas predominantes.	.	Realiza entrevistas informais a, pelo menos, dois EE-ESMO.
Identificar estratégias utilizadas pelo EE-ESMO no cuidar da puérpera/casal com PGT.			
Identificar aspetos facilitadores e dificultadores, para o EE-ESMO, no cuidar da puérpera/casal com PGT.			
Identificar sugestões que possam contribuir para melhorar a prestação de cuidados à puérpera/casal com PGT.			
Propor a apresentação dos resultados à equipa de EE-ESMO promovendo o debate e partilha de experiências e emoções com base nas vivências e necessidades identificadas.	- Elaboração de um relatório sobre as vivências identificadas; - Apresentação dos resultados; - Incentivo e moderação do debate entre os participantes através da partilha de ideias, experiências e emoções.	Equipa de EE-ESMO; Espaço reuniões e apresentação de resultados com os meios audiovisuais necessários.	Apresenta resultados e promove a participação da equipa de EE-ESMO (mínimo dois EE-ESMO).

Tabela 9. Objetivos Pessoais, Atividades, Recursos, Critérios de Avaliação: Cuidados de saúde Primários

Objetivos Específicos	Data			
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Apresentar o PIF ao supervisor clínico e restante equipa de EE-ESMO.				
Perceber os sentimentos vivenciados pelo EE-ESMO no cuidar da puérpera/casal com PGT.				
Identificar estratégias utilizadas pelo EE-ESMO no cuidar da puérpera/casal com PGT.				
Identificar aspetos facilitadores e dificultadores, para o EE-ESMO, no cuidar da puérpera/casal com PGT.				
Identificar sugestões que possam contribuir para melhorar a prestação de cuidados à puérpera/casal com PGT.				
Propor a apresentação dos resultados à equipa de EE-ESMO promovendo o debate e partilha de experiências e emoções com base nas vivências e necessidades identificadas.				

Tabela 10. Cronograma: EC em Cuidados de Saúde Primários

Apêndice C - Análise SWOT do Curso “Intervenção em Luto por Perdas Específicas”



Apêndice D - Roteiro “Perda Gestacional Tardia: Vivências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”

Perda Gestacional Tardia - Vivências do EESMO

Tempo de preenchimento inferior a 5 minutos.

O meu nome é Maria Xavier e no âmbito do meu projeto de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, pretendo aplicar um questionário a enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) que permita identificar as suas vivências na prática tendo em consideração a temática da Perda Gestacional Tardia (PGT).

De acordo com o regulamento das competências específicas do EESMO, ao mesmo tempo providenciar “cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher [...]” considerando, planeando, implementando e avaliando “intervenção de apoio à mulher, incluindo intervenções significativas, durante o período do feto em caso de morte fetal/neonatal” (Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica).

Os cuidados prestados pelos profissionais de saúde estão associados, de forma muito significativa, às vivências de cada durante o processo de PGT e logo, no entanto, a PGT tem impacto não só nas famílias, mas também nos profissionais, que as acolhem e que são responsáveis pelos cuidados às mesmas, não se podendo por isso esquecer que aqueles que cuidam também necessitam de ser cuidados devendo ser alvo de atenção, apoio e suporte.

A sua participação neste questionário permitirá compreender o impacto emocional e profissional destas situações, bem como identificar áreas de melhoria no apoio prestado às famílias e aos profissionais de saúde.

Agradeço a sua disponibilidade

Perda Gestacional Tardia - Vivências do EESMO

* indica uma pergunta obrigatória

Dados Demográficos

Qual é a sua idade? *

☐ Menos de 30 anos

☐ 30-40 anos

☐ Mais de 40 anos

Género *

☐ Masculino

☐ Feminino

☐ Outro _____

Tempo de experiência como EESMO? *

☐ Menos de 2 anos

☐ 2 a 5 anos

☐ 5 a 10 anos

☐ Mais de 10 anos

Perda Gestacional Tardia - Vivências do EESMO

* indica uma pergunta obrigatória

Vivências Profissionais

No seu serviço existem elementos específicos para o apoio ou prestação de cuidados a famílias em situação de perda gestacional e luto? *

☐ Sim

☐ Não

☐ Outro: _____

Considera que a existência de uma equipa de apoio na prestação de cuidados a famílias em situação de perda gestacional e luto é, de seria, benéfica? *

☐ Sim

☐ Não

☐ Outro: _____

Já prestou cuidados a famílias em situação de PGT? *

☐ Sim

☐ Não

☐ Outro: _____

Do ponto de vista da prestação dos cuidados, que situações considera mais importantes ou desafiadoras? *

☐ PGT

☐ Perda Gestacional Precoce

☐ IMG

☐ RIG

☐ Todas as formas de perda são igualmente importantes/desafiadoras.

☐ Outra: _____

Na sua experiência, qual/qualis o(s) maior(es) desafio(s) na prestação de cuidados a famílias em situação de perda gestacional? *

☐ Componente técnica

☐ Apoio emocional de famílias

☐ Comunicação

☐ Gestão das suas próprias emoções

☐ Todas as respostas anteriores

☐ Outra: _____

Que estratégias encontra para superar os desafios decorrentes da prestação de cuidados a famílias com perda gestacional? *

☐ Não necessita de estratégias específicas

☐ Tentar não se apegar às questões e estas famílias procurarem uma solução dentro da equipa

☐ Mentando algum afastamento destas famílias limitando-me às abordagens essenciais

☐ Se possível, tentar ficar apenas com estas famílias de modo a ter mais disponibilidade para as mesmas e gerir melhor o meu tempo e cuidados

☐ Outra: _____

Considera que uma família em situação de perda gestacional requer mais disponibilidade da sua parte em comparação com outras famílias? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Talvez
- ☐ Outra: _____

Identifique um fator facilitador no acompanhamento da família em situação de perda gestacional? *

A sua resposta: _____

Identifique um fator dificultador no acompanhamento da família em situação de perda gestacional? *

A sua resposta: _____

Agentes Emocionais

Como se sente ao lidar com a família em situação de perda gestacional? *

- ☐ Triste
- ☐ Ansioso
- ☐ Impotente
- ☐ Angustiado
- ☐ Frustrado
- ☐ Outra: _____

Durante ou após a prestação de cuidados em situações de perda gestacional, sente-se emocional e/ou psicologicamente afetado? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Outra: _____

Alguma vez sentiu necessidade de apoio emocional/psicológico, durante ou após a prestação de cuidados em situações de perda gestacional? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Outra: _____

Se respondeu sim na pergunta anterior, que tipo de apoio procura ou procura?

- ☐ Acesso à rede social, não procura/precisa de apoio
- ☐ Junta de apoio
- ☐ Junta da família e amigos
- ☐ Psicólogo ou aconselhador
- ☐ Outra: _____

Existem, na sua instituição, algum tipo de apoio para profissionais que cuidam de situações de perda gestacional ou luto?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Outra: _____

Que tipo de apoio considera/consideraria útil para os profissionais? *

- ☐ Não considero haver necessidade de apoio formal
- ☐ Apoio do psicólogo
- ☐ Reuniões de equipa
- ☐ Outra: _____

Formação

Analise a(s) resposta(s) que considero corretas, no seu ponto de vista enquanto EESMO *

- ☐ A formação académica é suficiente para a aquisição de competências na área do luto e da perda gestacional.
- ☐ A formação académica não é suficiente para a aquisição de competências na área do luto e da perda gestacional.
- ☐ As instituições devem promover a formação profissional na área do luto e da perda gestacional.
- ☐ É uma área muito específica e a formação deve ser procurada por quem manifestar interesse, pelo que não considero necessário ou essencial o investimento académico ou organizacional neste tipo de formações.
- ☐ Outra: _____

Sente necessidade, ao decorrer da sua prática, de obter mais conhecimentos ou formação na área do luto e perda gestacional? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Outra: _____

Já frequentou alguma formação na área do luto ou perda gestacional? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Outra: _____

Sugestões e Melhorias

Que medida considera que poderia ser implementada, no seu contexto profissional, para melhorar o apoio às famílias em situação de PGT? *

A sua resposta: _____

Que medida considera que poderia ser implementada, no seu contexto profissional, para melhorar o apoio aos EESMO que cuidam de famílias em situação de perda gestacional? *

A sua resposta: _____

Deseja de acrescentar algum comentário ou reflexão sobre este tema?

A sua resposta: _____

Agradecimento

A coordenação deste projeto pretende aqui transmitir para a continuidade do trabalho de apoio prestado às famílias, mas essencialmente identificar pontos - chave para o apoio em EESMO que lidam com a PGT pelo que agradeço a sua colaboração e disponibilidade.

Apêndice E - Resultados do roteiro “Perda Gestacional Tardia: Vivências do Enfermeiro Especialista em “Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”

Foram obtidas 30 respostas que se encontram representadas nos seguintes gráficos

DADOS DEMOGRÁFICOS

Qual a sua idade?
30 respostas

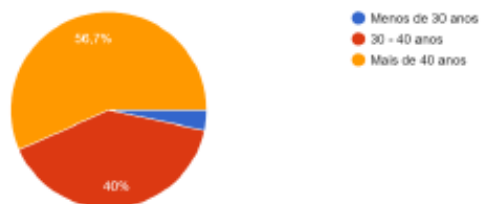


Gráfico 1: Grupos etários dos EESMOs em função no Bloco de Partos

56,7% dos EESMO têm mais de 40 anos de idade.
40% dos EESMO têm idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos.
Apenas 3,3% dos EESMO têm menos de 30 anos.

Gênero
30 respostas

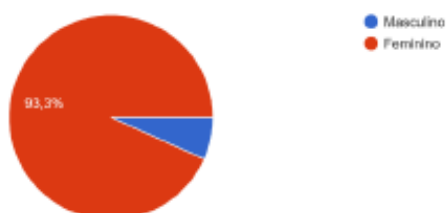


Gráfico 2: Caracterização dos EESMOs em função no Bloco de Partos, por gênero

Apenas 6,7% dos EESMO são do gênero masculino sendo a grande maioria, 93,3% do gênero feminino.

Tempo de experiência como EESMO?
30 respostas

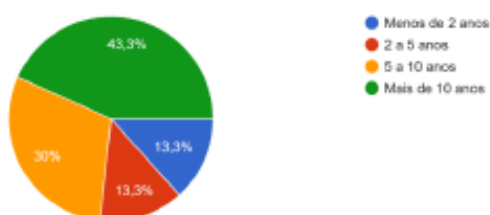


Gráfico 3: Caracterização dos EESMOs em função no Bloco de Partos, por anos de profissão enquanto EESMO

43,3 % dos EESMO têm mais de 10 anos de experiência. 30 % têm entre 5 a 10 anos.
13,3% têm menos de 2 anos de experiência enquanto EESMO à semelhança dos que têm entre 2 a 5 anos.

VIVÊNCIAS PROFISSIONAIS

No seu serviço existem elementos específicos para o apoio ou prestação de cuidados a famílias em situação de perda gestacional e luto?

30 respostas



Gráfico 4: Existência de elementos específicos para o apoio ou prestação de cuidados a famílias em situação de Perda Gestacional e luto.

70% dos EESMO referem não existir elementos de apoio ao luto e perda gestacional dentro das suas equipas. 30% refere ter, nos seus serviços elementos de referência para apoio em situações de luto e perda gestacional

Considera que a existência de uma equipa de apoio na prestação de cuidados a famílias em situação de perda gestacional e luto é, ou seria, benéfica?

30 respostas



Gráfico 5: Opinião dos EESMOs sobre a importância da existência de uma equipa de apoio na prestação de cuidados a famílias em situação de Perda Gestacional e Luto.

3,3 % dos EESMO considera talvez seja benéfico a existência de uma equipa de apoio na prestação de cuidados em situação de perda gestacional e luto. A grande maioria, 96,7% considera que a existência dessa equipa seria benéfica.

Já prestou cuidados a famílias em situação de PGT?

30 respostas

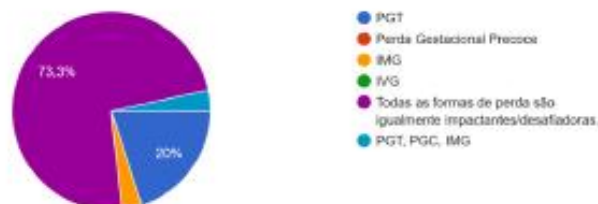


Gráfico 6: Caracterização da equipa de EESMO sobre a sua experiência em situações de Perda Gestacional Tardia.

100% dos EESMO que respondera ao questionário já prestaram cuidados em situação de perda gestacional tardia.

Do ponto de vista da prestação dos cuidados, que situações considera mais impactantes ou desafiadoras?

30 respostas

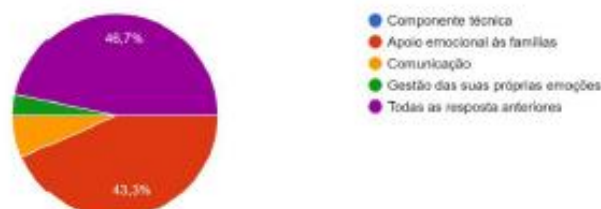


Apenas 20% dos EESMO inquiridos considera que a PGT é mais impactante, relativamente aos restantes tipos de perdas. 73,3% considera que todas as formas de perda são igualmente impactantes ou desafiadoras.

Gráfico 7: Opinião dos EESMO sobre o tipo de perda mais impactante.

Na sua experiência, qual/ quais o(s) maior(es) desafio(s) na prestação de cuidados a famílias em situação de perda gestacional?

30 respostas

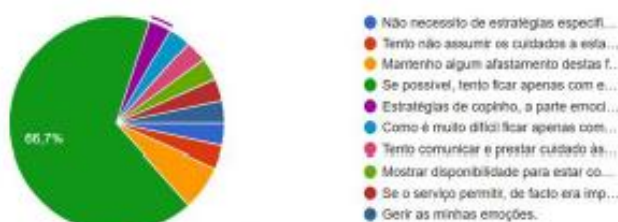


6,7 % considera a Comunicação como o maior desafio na prestação de cuidados a famílias com perda gestacional. Apenas 3,3% refere a gestão das próprias emoções. 43,3% refere como principal desafio o apoio emocional às famílias e 46,7% considera que todas as hipóteses colocadas são desafios na sua prática.

Gráfico 8: Opinião dos EESMOs sobre os maiores desafios na prestação de cuidados a famílias em situação de Perda Gestacional.

Que estratégias encontra para superar os desafios decorrentes da prestação de cuidados a famílias com perda gestacional?

30 respostas



66,7 % dos EESMO refere que se possível tentam ficar apenas com estas famílias de forma a ter mais disponibilidade e melhor gestão de tempo e cuidados. 6,7% assume manter algum afastamento limitando-se às abordagens essenciais. Apenas 3,3% assume tentar não assumir cuidados as famílias com perda gestacional

Gráfico 9: Identificação de estratégias utilizadas pelos EESMOs para superação dos desafios decorrentes da prestação de cuidados em situações de Perda Gestacional

Categoria: Estratégias dos EESMOs para superação dos desafios decorrentes da prestação de cuidados a famílias com perda gestacional			
Subcategorias	Unidades de Registo	Unidade de Enumeração	Total
Apoio Emocional	"A parte emocional é sempre mais complicada"	E1	2
	"O apoio emocional é essencial" "respeitar o tempo e espaço que tipo de abordagem preferem e respeitar as suas decisões"	E2	
	"é difícil prestar apoio emocional...componente emocional faz muita falta ser trabalhada"		
Disponibilidade	"tento gerir o meu trabalho de forma a conseguir dar a disponibilidade que estas famílias necessitam"	E2	3
	"Mostrar disponibilidade"	E4	
	"Se o serviço permitir, de facto era importante estar com estas famílias"	E5	
Comunicação	"Acho que é preciso ser-se extremamente empático e sensível e respeitar acima de tudo estas famílias e o seu luto"	E1	3
	"Tento comunicar"		
	"...escutá-las"	E3	
		E4	
Estratégias de coping	"Estratégias de coping"	E1	2
	"Gerir as minhas emoções"	E5	

Quadro 1. Categorização da pergunta aberta "Estratégias para superar os desafios decorrentes da prestação de cuidados a famílias com perda gestacional"

E1: Estratégias de coping. A parte emocional é sempre mais complicada.

E2: Como é muito difícil ficar apenas com estas famílias, tento gerir o meu trabalho de forma a conseguir dar a disponibilidade que estas famílias necessitam. O apoio emocional é essencial, mas, ainda mais, respeitar o tempo e espaço destas famílias. Procuro sempre perceber que tipo de abordagem preferem e respeitar a sua decisão. Existem famílias que preferem estar no seu luto e não serem constantemente abordadas, outras que claramente precisam mais da nossa presença. É difícil prestar apoio emocional em situações que desconhecemos e acho que essa componente emocional faz muita falta ser trabalhada nos nossos cursos e até na prática. Acho que é preciso ser-se extremamente empático e sensível e respeitar acima de tudo estas famílias e o seu luto.

E3: Tento comunicar e presto cuidados às famílias mantendo um ambiente calmo durante todo o processo.

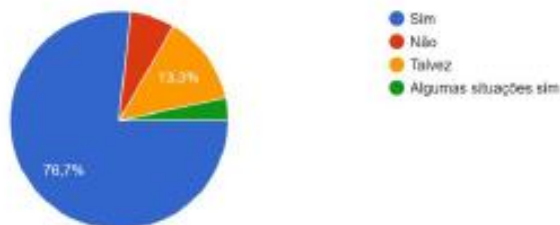
E4: Mostrar disponibilidade para estar com estas famílias e escutá-las.

E5: Se o serviço permitir, de facto era importante estar com estas famílias.

E6: Gerir as minhas emoções.

Considera que uma família em situação de perda gestacional requer mais disponibilidade da sua parte em comparação com outras famílias?

30 respostas



76,7% dos EESMO inquiridos refere que as famílias em situação de perda gestacional requerem mais disponibilidade do EESMO. 6,7% refere que não.

Gráfico 10: Opinião dos EESMOs sobre a disponibilidade necessária para as famílias com Perda Gestacional, comparativamente com outras famílias.

Identifique um fator facilitador no acompanhamento da família em situação de perda gestacional?

30 respostas

Categoria: Fatores facilitadores no acompanhamento da família com perda gestacional			
Subcategorias	Unidades de Registo	Unidade de Enumeração	Total
Comunicação	"facilitar a comunicação"	E1	13
	"Saber escutar"	E6	
	"comunicar"	E8	
	"comunicação"	E9	
	"É mais fácil gerir estas situações quando são famílias que têm capacidade em comunicar os seus sentimentos"	E13	
	"comunicação assertiva"	E14	
	"Comunicar com a família"	E15	
	"ouvir a família"	E15	
	"Informar sobre o que vai acontecer e os seus desejos"	E15	
	"Comunicação"	E21	
	"Comunicação clara e sintetizada"	E25	
	"Comunicação eficaz"	E27	
	"Maior disponibilidade por parte do casal para falar com os profissionais de saúde"	E29	
Disponibilidade	"Estar com o casal"	E1	8
	"mostrar-se disponibilidade"	E1	
	"A disponibilidade de tempo"	E3	
	"Estar presente"	E8	
	"Estar disponível para esclarecer todas as dúvidas"	E10	
	"mostrar disponibilidade"	E15	
	"Maior disponibilidade"	E19	
	"Rácio enfermeiro/grávida ajustado"	E20	
Família	"Disponibilidade emocional"	E28	3
	"Reação da família quando abordada"	E2	
	"O acompanhante"	E7	
Experiência	"Acompanhante presente."	E21	3
	"Experiências anteriores"	E4	
	"Experiência profissional"	E18	
Equipa	"Experiência de situações anteriores identificadas"	E26	1
	"Trabalho de equipa"	E5	
Empatia	"ter empatia"	E6	4
	"Empatia, colocar-me no lugar dessa família"	E11	
	"Empatia"	E17	
Apoio psicológico	"muita empatia"	E27	3
	"O apoio psicológico em sala de partos"	E12	
	"Apoio psicológico regular para os profissionais"	E16	
Fornecer apoio e compreensão	"Acompanhamento psicológico"	E30	2
	"aceitar a forma como estão a viver a situação, apoiando no que precisam"	E15	
	"Compreender o impacto emocional e espiritual que a perda gestacional, seja ela qual for, tem individualmente e na dinâmica familiar"	E24	
Características do profissional	"maturidade emocional"	E18	1
Formação	"Formação na área"	E23	1

Quadro 2. Categorização da pergunta aberta "Fatores facilitadores no acompanhamento da família em situação de perda gestacional"

- E1: Estar com o casal, facilitar a comunicação, mostrar-se disponibilidade.
- E2: A reação da família quando abordada.
- E3: A disponibilidade de tempo para respeitar os tempos da família e cuidar na individualidade
- E4: Experiências anteriores
- E5: Trabalho de equipa
- E6: Saber escutar, ter empatia
- E7: O acompanhante
- E8: Estar presente, comunicar e proporcionar conforto no que depende do EESMO
- E9: Comunicação
- E10: Estar disponível para esclarecer todas as duvidas
- E11: Empatia, colocar-me no lugar dessa família, mesmo nunca ter passado por isso
- E12: O apoio psicológico em sala de partos
- E13: É mais fácil gerir estas situações quando são famílias que têm capacidade em comunicar os seus sentimentos.
- E14: A comunicação assertiva
- E15: Comunicar com a família, mostrar disponibilidade, ouvir a família, mostrar disponibilidade e aceitar a forma como estão a viver a situação, apoiando no que precisam. Informar sobre o que vai acontecer e os seus desejos
- E16: Apoio psicológico regular para os profissionais
- E17: Empatia
- E18: Experiência profissional e maturidade emocional
- E19: Maior disponibilidade
- E20: Rácio enfermeiro/grávida ajustado
- E21: Acompanhante presente. Comunicação
- E22: Vulnerabilidade
- E23: Formação na área
- E24: Compreender o impacto emocional e espiritual que a perda gestacional, seja ela qual for, tem individualmente e na dinâmica familiar
- E25: Comunicação clara e sintetizada
- E26: Experiência de situações anteriores identificadas
- E27: Comunicação eficaz e muita empatia
- E28: Disponibilidade emocional
- E29: Maior disponibilidade por parte do casal para falar com os profissionais de saúde
- E30: Acompanhamento psicológico

Identifique um fator dificultador no acompanhamento da família em situação de perda gestacional?

30 respostas

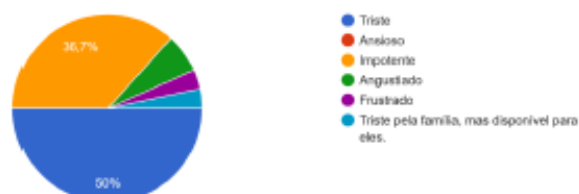
Categoria: Fatores dificultadores no acompanhamento da família com perda gestacional			
Subcategorias	Unidades de Registo	Unidade de Enumeração	Total
Processo de luto	"A negação por parte da família e a procura, por parte destes, de culpados da sua perda, que normalmente recaem em cima da equipa de saúde" "Negação após a notícia de perda gestacional"	E12 E24	2
Reconhecimento do processo de luto	"Não valorizar os seus sentimentos" "A reação da família quando abordada"	E1 E2	2
Gestão de recursos	"Estar a prestar cuidados a famílias em situações opostas, ter limitação na disponibilidade para estar ou acolher a família que vive a sua perda" "Disponibilidade de tempo" "Tempo disponível" "Ter apoio de um psicólogo" "A atividade densa do serviço" "O local, quarto onde ficam" "Mais utentes ao meu cuidado" "Ambiente da unidade" "A carga de trabalho com outras situações ao mesmo tempo, o que não permite disponibilidade e atenção que as famílias necessitam e merecem" "Tempo" "Falta de tempo na prestação de cuidados" "Quando não tenho disponibilidade total para aquela família" "Falta de disponibilidade" "Falta de tempo" "A impossibilidade de ter um elemento que possa ficar apenas dedicado a estas famílias. Ou, na maioria das vezes, quem está com estas famílias tem também outras noutras situações (que não PG) e pode acabar por "descurar" um pouco destas famílias em prol das outras que necessitam de mais cuidados práticos."	E3 E4 E9 E10 E11 E13 E15 E17 E18 E22 E23 E25 E26 E29 E30	15
Comunicação	"Falhas na comunicação" "Comunicação ineficaz"	E5 E19	2
Gestão de emoções	"Os meus sentimentos" "Manter o distanciamento certo" "Dor emocional" "Gestão de sentimentos" "Gerir as próprias emoções"	E6 E8 E21 E27 E28	5
Formação	"Profissionais não saberem lidar com as suas próprias emoções e afastarem-se destas famílias" "falta de formação"	E14 E23	2
Aspetos relacionados com os profissionais	"Experiências pessoais" "Crenças pessoais" "Conseguir ganhar confiança"	E7 E16 E20	3

Quadro 3. Categorização da pergunta aberta "Fatores dificultadores no acompanhamento da família em situação de perda gestacional"

- E1: Não valorizar os seus sentimentos
- E2: A reação da família quando abordada
- E3: Estar a prestar cuidados a famílias em situações opostas, ter limitação na disponibilidade para estar ou acolher a família que vive a sua perda
- E4: Disponibilidade de tempo
- E5: Falhas na comunicação
- E6: Os meus sentimentos
- E7: Experiências pessoais
- E8: Manter o distanciamento certo
- E9: Tempo disponível
- E10: Ter apoio de um psicólogo
- E11: A atividade densa do serviço
- E12: A negação por parte da família e a procura, por parte destes, de culpados da sua perda, que normalmente recaem em cima da equipa de saúde
- E13: O local, quarto onde ficam
- E14: Profissionais não saberem lidar com as suas próprias emoções e afastarem-se destas famílias
- E15: Mais utentes ao meu cuidado
- E16: Crenças pessoais
- E17: Ambiente da unidade
- E18: A carga de trabalho com outras situações ao mesmo tempo, o que não permite disponibilidade e atenção que as famílias necessitam e merecem
- E19: Comunicação ineficaz
- E20: Conseguir ganhar confiança
- E21: Dor emocional
- E22: Tempo
- E23: Falta de tempo na prestação de cuidados; falta de formação
- E24: Negação após a notícia de perda gestacional
- E25: Quando não tenho disponibilidade total para aquela família
- E26: Falta de disponibilidade
- E27: Gestão de sentimentos
- E28: Gerir as próprias emoções
- E29: Falta de tempo
- E30: A impossibilidade de ter um elemento que possa ficar apenas dedicado a estas famílias. Ou, na maioria das vezes, quem está com estas famílias tem também outras noutras situações (que não PG) e pode acabar por “descurar” um pouco destas famílias em prol das outras que necessitam de mais cuidados práticos.

ASPETOS EMOCIONAIS

Como se sente ao lidar com a família em situação perda gestacional?
30 respostas

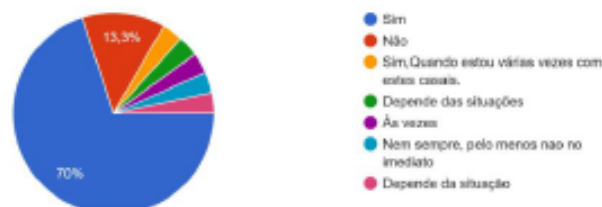


50% dos EESMO refere sentir-se triste ao lidar com famílias em situação de perda gestacional. 36,7 % realça o sentimento de impotência.

Gráfico 11: Sentimentos prevalentes dos EESMOs no lidar com a família em situação de PGT.

Durante ou após a prestação de cuidados em situações de perda gestacional, sente-se emocional e/ou psicologicamente afetado?

30 respostas

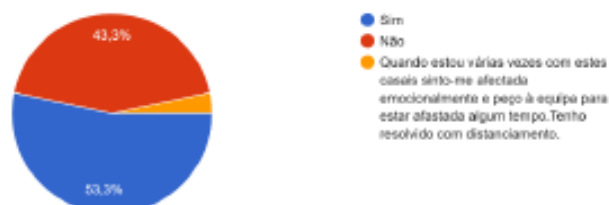


70% dos EESMO refere sentir-se emocional e/ou psicologicamente afetado durante ou após a prestação de cuidados a famílias em situação de perda gestacional.

Gráfico 12: Afeição emocional ou psicológica dos EESMOs durante ou após a prestação de cuidados em situação de PGT.

Alguma vez sentiu necessidade de apoio emocional/psicológico, durante ou após a prestação de cuidados em situações de perda gestacional?

30 respostas



53,3% dos EESMO refere ter já sentido necessidade de apoio emocional/psicológico decorrente da prestação de cuidados em situação de perda gestacional.

Gráfico 13: Necessidade de apoio emocional ou psicológica dos EESMOs durante ou após a prestação de cuidados em situação de perda gestacional.

Se respondeu sim na pergunta anterior, que tipo de apoio procura ou procurou?

17 respostas



52,9% dos EESMO que referem ter sentido já necessidade de apoio emocional procuram esse apoio junto da equipa

Gráfico 14: Caracterização do tipo de apoio procurados pelos EESMOs.

Existe, na sua instituição, algum tipo de apoio para profissionais que cuidam de situações de perda gestacional ou luto?

30 respostas

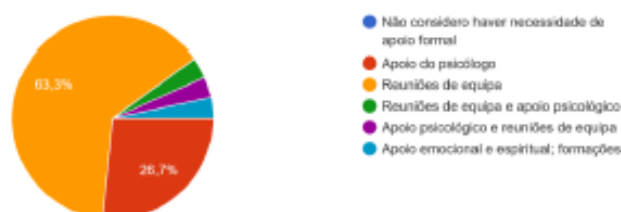


43,3 dos EESMO referem existir apoio institucional para profissionais que cuidam de situações de perda gestacional ou luto. 33,3% refere não existir qualquer tipo de apoio institucional.

Gráfico 15: Existência de apoio, na instituição, para profissionais que cuidam em situações de Perda Gestacional ou luto.

Que tipo de apoio considera/consideraria útil para os profissionais?

30 respostas



63,3% dos EESMO considera como principal fonte de apoio as reuniões em equipa, sendo que 26,7% aponta para o apoio do psicólogo.

Gráfico 16: Opinião dos EESMOs sobre o tipo de apoio útil para os profissionais.

FORMAÇÃO

Assinale a(s) resposta(s) que considera corretas, no seu ponto de vista enquanto EESMO

30 respostas

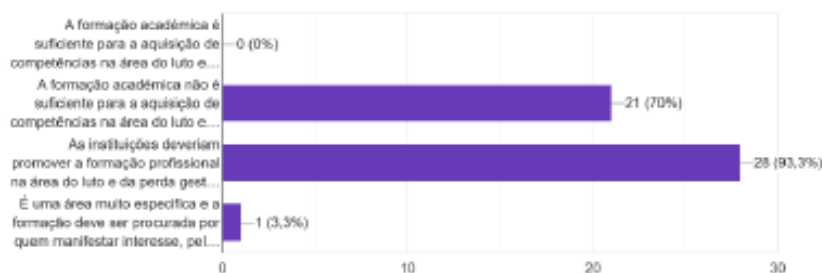
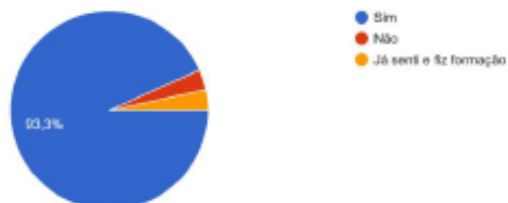


Gráfico 17: Opinião dos EESMOs sobre a oferta de formação disponível, do ponto de vista académico e profissional.

93,3% dos EESMO considera que as instituições deveriam promover formação na área do luto e perda gestacional, sendo que 70% considera a formação académica é insuficiente para a aquisição de competências nesta área.

Sente necessidade, no decorrer da sua prática, de obter mais conhecimentos ou formação na área do luto e perda gestacional?

30 respostas

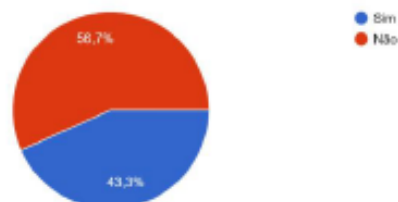


93,3% dos EESMO refere sentir necessidade de obter mais conhecimentos ou formações na área do luto ou perda gestacional.

Gráfico 18: Necessidade dos EESMOs de obter mais conhecimentos ou formação na área de luto e Perda Gestacional.

Já frequentou alguma formação na área do luto ou perda gestacional?

30 respostas



56,7% dos EESMO nunca frequentou alguma formação na área do luto ou perda gestacional.

Gráfico 19: EESMOs que já frequentaram alguma formação na área de luto e Perda Gestacional.

SUGESTÕES E MELHORIAS

Que medida considera que poderia ser implementada, no seu contexto profissional, para melhorar o apoio às famílias em situação de PGT?

30 respostas

Categoria: Medidas a serem implementadas para melhorar o apoio às famílias em situação de perda gestacional			
Sucategorias	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração	Total
Gestão de recursos	“Criação de uma sala de espera específica” “EESMO com mais formação e conhecimento no assunto a lhes prestar cuidados” “alterar os espaços dedicados as estas famílias e terem um enfermeiro só para elas em contexto de sala de partos” “Terem maior disponibilidade de tempo” “Psicóloga disponível aos fins de semana” “Ficar com menos grávidas quando temos estas famílias a cargo” “Encontrar um local mais direccionado a esta famílias. Tentar que fossem acompanhados por um grupo mais restrito de profissionais” “Maior disponibilidade da equipa para prestação de cuidados a estas famílias; existir uma ala/quartos confortáveis sem sons de bebés a nascer” “Ambiente propicio” “Prestação de cuidados mais individualizada” “Quarto mais reservado onde não fosse perceptível o nascimento de outros bebés” “Um espaço físico que limitasse o contacto com outras grávidas, puérperas ou recém-nascidos” “Um bom acompanhamento psicológico com seguimento”	E1 E2 E3 E4 E8 E12 E14 E15 E18 E20 E22 E25 E30	13
Trabalho em Equipa	“Reuniões semestrais sobre o tema” “Equipa multidisciplinar de apoio à PG” “Reflexões em equipa” “Grupos de partilha” “Grupos de partilha entre profissionais.” “Reuniões de equipas médica e de enfermagem + psicólogo” “Equipa multidisciplinar intra-hospitalar dando apoio a várias valências” “Existir um elemento por equipa com formação na PGT” “Formar uma equipa dedicada à perda gestacional” “Reuniões de equipa com partilha de experiências e estratégias de coping”	E3 E5 E6, E7 E10 E15 E17 E19 E21 E28 E29	11
Formação	“formação” “formação na área da comunicação e transmissão de más notícias” “Formação e criação de equipas especializadas na PG”	E3, E9, E11, E13, E16, E23, E28 E7 E24	9

Quadro 4. Categorização da pergunta aberta “Que medidas poderiam ser implementadas para melhorar o apoio às famílias em situação de PGT?”

- E1: Criação de uma sala de espera específica para estas famílias
- E2: Ter os EESMO com mais formação e conhecimento o assunto a lhes prestar cuidados
- E3: Reuniões semestrais sobre o tema, formação, alterar os espaços dedicados as estas famílias e terem um enfermeiro só para elas em contexto de sala de partos
- E4: Terem maior disponibilidade de tempo
- E5: Equipa multidisciplinar de apoio à PG
- E6: Reflexões em equipa
- E7: Reuniões de equipa e formação na área da comunicação e transmissão de más notícias
- E8: Psicóloga disponível aos fins de semana
- E9: Formação
- E10: Grupos de partilha
- E11: Formação tanto a nível emocional/psicológico como a nível teórico/prático mais profundo e específico sobre perda gestacional e luto
- E12: Ficar com menos grávidas quando temos estas famílias a cargo
- E13: Mais formação aos profissionais para estarem melhor apoiados para prestar apoio a estas famílias
- E14: Encontrar um local mais direccionado a esta famílias. Tentar que fossem acompanhados por um grupo mais restrito de profissionais
- E15: Grupos de partilha entre profissionais. Maior disponibilidade da equipa para prestação de cuidados a estas famílias; existir uma ala/quartos confortáveis sem sons de bebés a nascer
- E16: Equipas formadas
- E17: Reuniões de equipas médica e de enfermagem + psicólogo
- E18: Ambiente propício
- E19: Equipa multidisciplinar intra-hospitalar dando apoio a várias valências (consulta, urgência, puerpério e neonatologia)
- E20: Prestação de cuidados mais individualizada
- E21: Existir um elemento por equipa com formação na PGT
- E22: Quarto mais reservado onde não fosse perceptível o nascimento de outros bebés
- E23: Mais formação
- E24: Formação e criação de equipas especializadas na PG
- E25: Um espaço físico que limitasse o contacto com outras grávidas, puérperas ou recém-nascidos
- E26: Já existe um projeto nesse sentido
- E27: Já existe no serviço um projeto e um espaço apropriado para acompanhar estes casais
- E28: Formar uma equipa dedicada à perda gestacional, com formações várias à restante equipa
- E29: Reuniões de equipa com partilha de experiências e estratégias de *coping*
- E30: Um bom acompanhamento psicológico com seguimento

Que medida considera que poderia ser implementada, no seu contexto profissional, para melhorar o apoio aos EESMO que cuidam de família em situação de perda gestacional?

30 respostas



Gráfico 20: Medidas identificadas pelos EESMOs para melhorar o apoio aos profissionais que cuidam em situação de perda gestacional

Categoria: Medidas a serem implementadas para melhorar o apoio aos profissionais que cuidam em situação de perda gestacional			
Subcategorias	Unidades de Registo	Unidade de Enumeração	Total
Apoio aos profissionais	"apoio psicológico/emocional"	E1	10
	"Apoio"	E2	
	"Apoio psicológico da equipa com mais disponibilidade"	E3	
	"Apoio psicológico"	E4	
	"Apoio psicológico / emocional/espiritual"	E5	
	"Apoio regular de psicologia"	E6	
	"apoio psicológico"	E9, E16	
Formação	"Reuniões de equipa com psicólogo"	E21, 24	10
	"formações"	E4, E12, E13, E15, E16, E18, E30	
	"Estratégias de comunicação"	E10	
	"Formação da equipa"	E11	
Trabalho em Equipa	"Formação sobre gestão de emoções"	E28	8
	"Dibriefings após todas as situações de PG vivenciadas pela equipa"	E7	
	"Reuniões de equipa"	E19, E20, E22, E23, E27, E29	
Gestão de recursos	"Sessões de partilha de experiências"	E25	6
	"Diminuição do n. de utentes para o EESMO que cuida de família em PG"	E8, E14	
	"maiores recursos humanos disponíveis para estas famílias"	E12	
	"Garantir maior privacidade, principalmente isolamento acústico"	E16	
	"Permitir mais acompanhantes às pessoas que assim o desejaram neste momento"	E17	
	"Tempo"	E26	

Quadro 5. Categorização da pergunta aberta "Medidas a serem implementadas para melhorar o apoio aos profissionais que cuidam em situação de perda gestacional"

- E1: Ainda não existe apoio psicológico/emocional aos profissionais que acompanham a PG.
- E2: Apoio
- E3: Apoio psicológico da equipa com mais disponibilidade.
- E4: Apoio psicológico e formações.
- E5: Apoio psicológico/emocional/espiritual.
- E6: Apoio regular de psicologia.
- E7: *Dibriefings* após todas as situações de PG vivenciadas pela equipa.
- E8: Diminuição do n. de utentes para o EESMO que cuida de família em PG, formação e trabalho emocional.
- E9: Em situações de existirem famílias neste contexto, deveria ser ativado a apoio psicológico para os EESMO.
- E10: Estratégias de comunicação.
- E11: Formação da equipa.
- E12: Formação na área e maiores recursos humanos disponíveis para estas famílias.
- E13: Formação para os enfermeiros na área.
- E14: Garantir maior privacidade, principalmente isolamento acústico.
- E15: Mais formação sobre o tema.
- E16: Melhores rácios, formação e apoio psicológico.
- E17: Permitir mais acompanhantes às pessoas que assim o desejaram neste momento.
- E18: Poderia haver mais formação nesta área.
- E19: Reunião de equipa após estes eventos.
- E20: Reuniões de equipa.
- E21: Reuniões de equipa com psicólogo.
- E22: Reuniões de equipa com partilha de experiências e estratégias de *coping*.
- E23: Reuniões de equipa sobre o tema.
- E24: Reuniões de trabalho com apoio psicológico.
- E25: Sessões de partilha de experiências.
- E26: Tempo
- E27: Uma reunião periódica para se falar destes casos.
- E28: Formação sobre gestão de emoções.
- E29: Formação
- E30: Reuniões em equipa

Gostaria de acrescentar algum comentário ou reflexão sobre este tema?

11 respostas

Não

A perda de um filho é algo cada vez mais comum durante a gestação, por isso também uma sobrecarga emocional para quem escolheu trabalhar nesta área, cuidar dos profissionais é crucial para que estes se adaptem a esta nova realidade, com a qualidade devida em nome pessoal e dos que cuidados.

.

Não

Acho importante que se aposte cada vez mais na parte emocional seja num contexto de perda gestacional seja num contexto de gravidez/trabalho de parto e parto. Durante os cursos, a parte psicológica e emocional é vagamente abordada e é crucial, cada vez mais, para a prestação de cuidados de excelência. Existem formações que podem ser feitas, é certo, mas todas as formações são caras e exigem tempo fora do horário profissional, pelo que tudo isso deveria ter sido tido em conta e as instituições deveriam compartilhar e ajudar os profissionais de saúde que investem em formações para melhorar os seus cuidados. Seria benéfico para todos.

Acho que temos que melhorar a forma como se fala. Adequar a cada família. Personalizar

Acho um trabalho muito pertinente

Nao

É um tema ainda tabu para muitos colegas

Parabéns pelo desenvolvimento deste tema!

Apêndice F - Apresentação dos Resultados do Roteiro e Sessão de Formação em Serviço “Conversar sobre LUTO”

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE CRUZ VERMELHA PORTUGUESA
1º MESTRADO
2020/2022

ENSINO CLÍNICO, BLOCO DE PARTOS

PERDA GESTACIONAL TARDIA – VIVÊNCIAS DO EESMO

CONVERSAR SOBRE... LUTO

Estudante: Ené, Marta Xavier

Supervisão Pedagógica: Prof. Dra. Maria Macieiras
Supervisão Clínica: EESMO Maria Varalinho

1

PERDA GESTACIONAL TARDIA – VIVÊNCIAS DO EESMO

CONTEXTO — Tema escolhido no âmbito do Projeto de Intervenção Formativa (PIF)

MOTIVAÇÕES — Pessoais e Profissionais; Contexto de Mudança

GRUPOS ALVO — EESMO; Mulheres e famílias em situação de Perda Gestacional (Tardia)

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO — Aplicação de questionário informal aos EESMO

2

SENTIMENTOS^{1,2,3,4}
Ansiedade, Tristeza, Impotência, Fracasso, Insegurança
Vulnerabilidade, Trauma
Incapacidade de expressar emoções -> angústia física, cognitiva, comportamental e espiritual -> sobrecarga emocional

DESAFIOS^{2,4}
Gestão de emoções e sentimentos
Comunicação

ESTRATÉGIAS^{1,2,4}
Proteção Individual
Afastamento

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

3

CAUSAS^{2,3,4,5,7,8,9}
Gestão /Organização
Formação
Apoios

INFLUÊNCIAS^{10,11}
Vivências e Experiências (pessoais e profissionais)
Crenças e Valores
Formação e Educação
Cultura
Espiritualidade

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

4

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

QUESTIONÁRIO

5

VIVÊNCIAS PROFISSIONAIS

EQUIPA ESPECIALIZADA
90% concorda que a existência de membros na equipa, com especialização na área do luto e perda gestacional, seria benéfico.

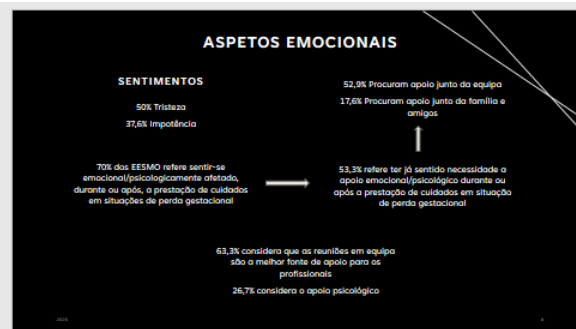
PRINCIPAIS DESAFIOS
6,7 % destaca a comunicação
43,3 % refere o apoio emocional às famílias
46,7% considera todas as hipóteses: gestão das próprias emoções, comunicação, apoio emocional, componente técnica

ESTRATÉGIAS
66,7% refere que tenta assumir cuidados apenas a estas famílias.
6,7 % assume manter algum afastamento, limitando-se às abordagens essenciais.
3,3% assume tentar não assumir cuidados a estas famílias.

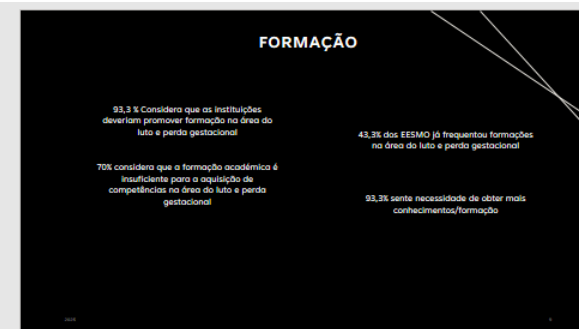
6



7



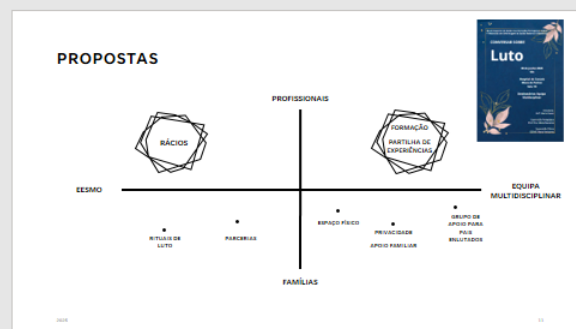
8



9



10



11



12

MORTE

EVENTO DE ORDEM BIOLÓGICA¹³
UNIVERSAL E INEVITÁVEL¹³
SIGNIFICADO CULTURAL, SOCIAL,
RELIGIOSO¹³

"Os tempos da morte e desolação são tempos em que as pessoas precisam umas das outras, e a simples presença de outra pessoa que se interesse é importante¹⁴(p.20)."

2018

13



LUCTUS

14

DEFINIÇÃO

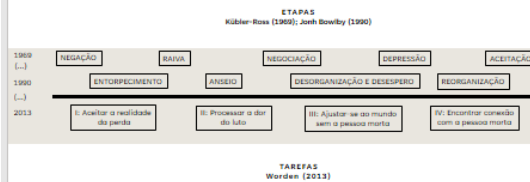
Luto é a resposta à perda de um ente querido, à ausência de entidades ou conceitos e envolve não apenas a dor pela perda física, mas também a necessidade de reconfigurar a percepção do mundo exterior diante da ausência daquilo que foi significativo¹⁵.

Não pode ser visto como um estado patológico e não carece de indicação de tratamento médico, embora cause um afastamento da conduta normal da vida, logo será superado após certo tempo e perturbar esse processo é inapropriado e prejudicial¹⁶.

2018

15

PROCESSO/TEORIAS DO LUTO¹⁵



2018

16

TIPOLOGIA DO LUTO¹⁵

LUTO NORMAL
Transformação no sentido do crescimento pessoal/individual

LUTO COMPLICADO OU PROLONGADO
DSM-5-TR, Perturbação do Luto Prolongado (Associação Americana de Psicologia)¹⁶

LUTO ANTECIPATÓRIO E PREPARATÓRIO

LUTO DESAUTORIZADO

2018

17

LUTO DESAUTORIZADO¹⁷

NÃO RECONHECIMENTO DA RELAÇÃO

NÃO RECONHECIMENTO DA MORTE
(CIRCUNSTÂNCIA)

NÃO RECONHECIMENTO DO ENLUTADO

NÃO RECONHECIMENTO DAS
MANIFESTAÇÕES DO LUTO

NÃO RECONHECIMENTO DA PERDA

2018

18

LUTO PERINATAL

19

LUTO PERINATAL

LUTO COMPLEXO E PROLONGADO¹⁸

Perda real
Expectativas/Futuro
Papel social e familiar
Projeto parentalidade

PREDITORES DO GRAU DE LUTO E ADAPTABILIDADE¹⁸

Id/Vínculo/Investimento
Qualidade da relação do casal
Paridade
Idade Materna
Redes de apoio
Reconhecimento social da perda



20

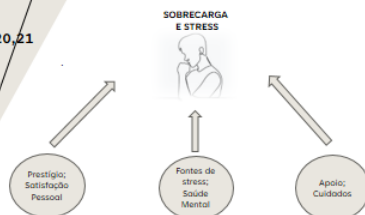
LUTO PROFISSIONAL

Aqueles que cuidam também precisam ser cuidados devendo ser alvo de atenção, apoio e suporte¹⁹.

21

LUTO PROFISSIONAL^{20,21}

SOBRECARGA E STRESS



22

FONTES DE STRESS^{22,23}

Sobrecarga de trabalho
Falta de pessoal
Más condições de trabalho
Equipas conflituosas
Falta de reconhecimento
Pressão na gestão de tempo e cumprimento dos prazos
Contato com a morte e o sofrimento
Contato com os familiares
Expectativas pessoais
Vulnerabilidade
Falta de conhecimentos e opções

Crianças
Família
Vínculo

23

IMPACTO DO LUTO PROFISSIONAL^{22,24}

POSITIVOS

- Aquisição de novas perspetivas de vida;
- Separação do ambiente profissional e pessoal;
- Morte como um processo natural;
- Melhorar os cuidados prestados no futuro;
- Motivação para aprender.

NEGATIVOS

- Redução da sensibilidade face à morte;
- Desumanização dos cuidados; Distanciamento emocional;
- Diminuição da qualidade dos cuidados;
- Dificuldades em compreender prioridades e valores das famílias;
- Enfraquecimento das relações sociais; Afastamento dos colegas;
- Visão mais pessimista em relação à vida;
- Diminuição ou perda de crenças religiosas e espirituais;
- Perda de propósito, frustração e desespero; Revolta;
- Risco de stress traumático secundário, burnout e fadiga por compaixão.

24

STRESS TRAUMÁTICO SECUNDÁRIO²⁵



Condição que pode ocorrer para os profissionais de saúde que experienciam indiretamente o trauma ao ouvir ou testemunhar um evento traumático experienciado por outras pessoas.

- Intrusão
- Evitação
- Excitação

25

BURNOUT^{20,22}



Resposta prolongada ao stress interpessoal crónico no trabalho resultante da perceção de desequilíbrio entre o esforço investido e os resultados obtidos.

- Exaustão emocional
- Despersonalização
- Falta de realização pessoal

26

FADIGA POR COMPAIXÃO²²

COMO SE MANIFESTA?

- Exaustão crónica
- Falta de empatia
- Insegurança nos cuidados
- Sentimento de culpa

O QUE É?

Tensão específica relacionada ao cuidado, que ocorre por meio da reexperiência de eventos traumáticos e da excitação persistente associada ao sofrimento e angústia do utente.

PRINCIPAIS CAUSAS

- Falta de apoio
- Incapacidade de aliviar o sofrimento
- Falta de conhecimento sobre fadiga por compaixão

27

ESTRATÉGIAS DE COPING²²



Estratégias de Coping Pessoal

Estratégias de Coping Institucional

Estratégias Inatas de Coping

28

ESTRATÉGIAS DE COPING²²



Manutenção de um equilíbrio saudável entre vida pessoal e profissional;

Gestão de emoções;

Processamento consciente da morte;

Prática de autocuidado;

Priorização as relações interpessoais.

29

ESTRATÉGIAS DE COPING²²

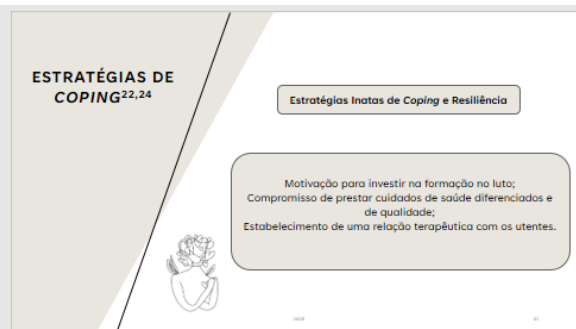


Estratégias de Coping Institucional

Suporte e abertura entre colegas;

Partilha de experiências e emoções dentro da equipa.

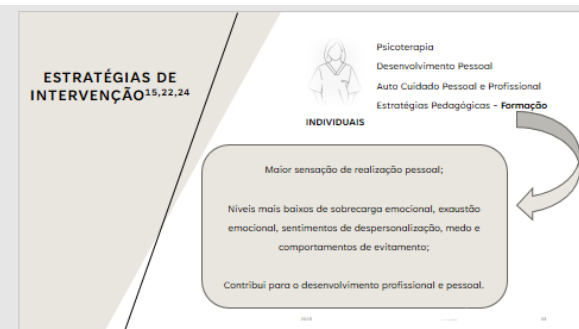
30



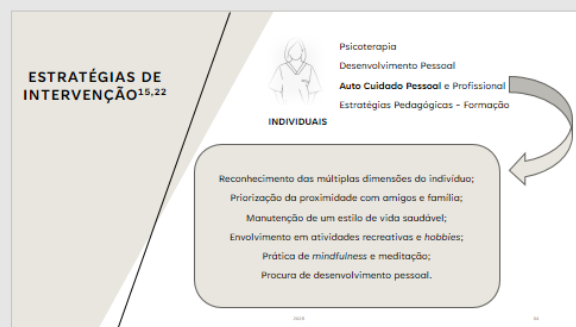
31



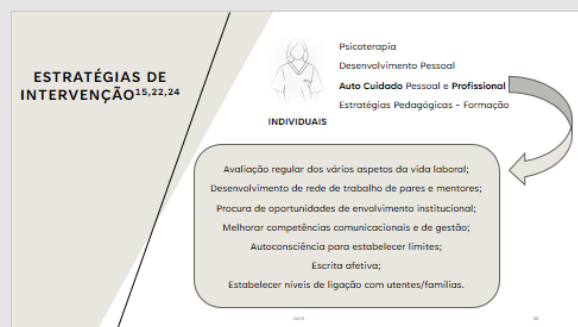
32



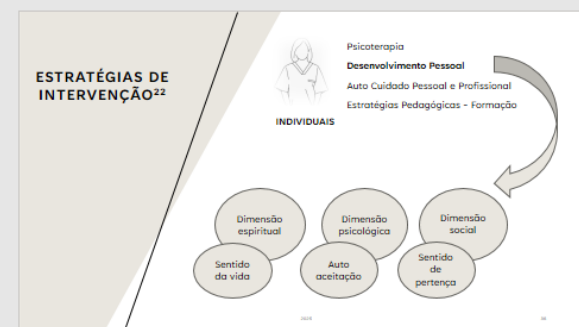
33



34



35



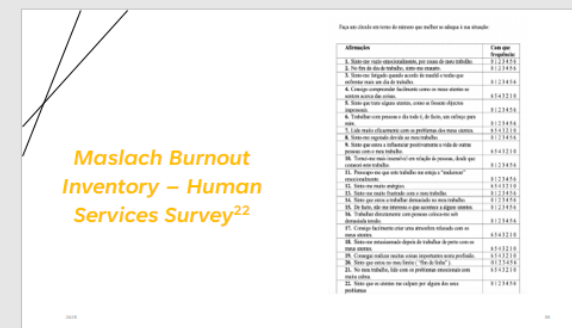
36



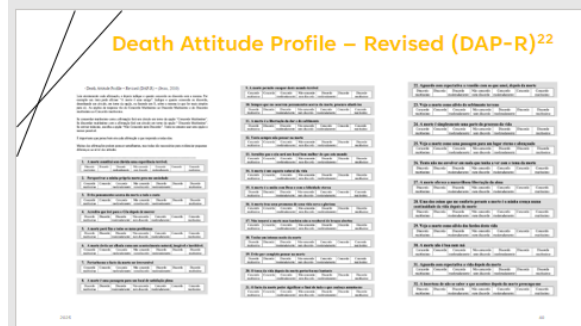
37



38



39



40



41



42

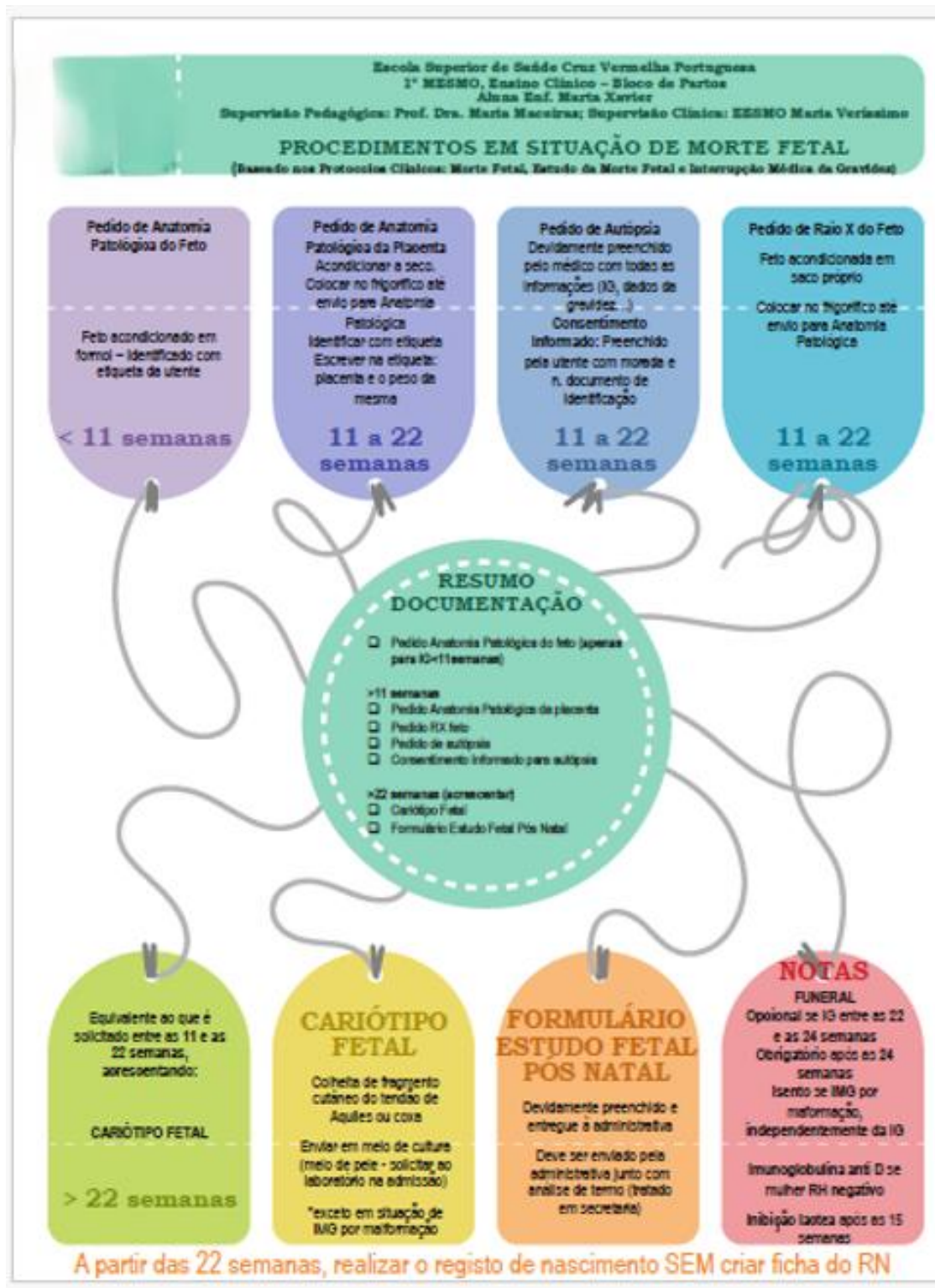
43

- [illegible]

44

- [illegible]

Apêndice G - Poster esquemático sobre “Procedimentos em Situação de Morte Fetal”



Apêndice H - Proposta “Kit de Memórias”

Projeto de constituição do “Kit de Memórias”

1. Responsáveis pelo projeto

Nome	Título Profissional
Marta Cristina Galvão Xavier	Aluna Mestrado
Maria Joaquim Ressurreição Almeida Fonseca Marques Verissimo	Supervisora Clínica
Prof. Dra. Maria Maceiras	Supervisora Pedagógica

2. Contextualização, Fundamentação e Objetivos

A Perda Gestacional, de acordo com a Sociedade Portuguesa de Medicina Materno Fetal, ocorre em 15% das concepções clinicamente conhecidas e representa uma situação devastadora para as famílias e também para os profissionais que procuram incessantemente estratégias que permitam a melhor assistência no processo de perda e luto.

A evidência científica e algumas normas internacionais nomeadamente da *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) e a europeia *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* (RCOG), demonstram que a adoção de rituais de luto, onde se incluem os “kits” de memórias e os cartões com frases motivacionais são rituais eficazes e adequados para a aceitação da perda, devendo por esse motivo serem incentivados.

O apoio psicológico está demonstrado como sendo também essencial no processo de aceitação da perda. Este pode revestir várias formas desde a consulta com profissionais da área da psicologia como a inserção em grupos de apoio, permitindo estes últimos aumentar a sensação de compreensão, empatia, reconhecimento e pertença.

Com base nestes dados, este projeto pretende contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à família em luto, bem como promover o grau de satisfação dos profissionais, nomeadamente os EESMOs, no decorrer e desempenho da sua prática assistencial.

3. Local de Implementação do Projeto

Bloco de Partos do Hospital de _____, em _____, localizada na _____, com o contacto telefónico _____.

4. Constituição do Kit de Memórias

São diversos os objetos que podem ser contemplados no Kit de Memórias, nomeadamente velas, fotografias, pequenos blocos de notas que têm como intuito servir de diário para os pais, entre as mais diversas opções.

Tendo por base algumas práticas já estabelecidas no Bloco de Partos e a dinâmica que envolve o próprio nascimento, este projeto objetivou para inclusão no Kit de Memórias:

- **Saco**, em tecido, que permita concentrar todos os outros objetos;

- **Gorro** e uma **manta**. Estes objetos serão utilizados no bebé após o parto e durante o tempo que permaneça junto dos pais. Quando retirados do bebé, estes objetos ficarão no saco entregue aos pais;

- **Tela**, e as respetivas **tintas**, para impressão digital das superfícies palmares e plantares do bebé, onde deverá também ser inscrita a data e hora do nascimento, bem como o nome do bebé (se já definido).

- **Cartão para escrever mensagem** servirá para que o próprio enfermeiro possa escrever uma frase de apoio aos pais, bem como acrescentar contatos úteis para ajuda no seu processo de luto após alta hospitalar.

Será de referir que cada caso é único e vivido de forma individual. É necessário adequar a cada família a entrega e conteúdo do kit de memórias.

De referir que, caso os pais não pretendam o Kit de Memórias, o mesmo deverá ser guardado em espólio para possibilitar que numa fase posterior os pais possam, caso mudem de ideias, aceder ao seu Kit.

Telas e Tintas para impressão digital	Gorros / Sapatos Manta	Saco	Cartões para escrever mensagem

Apêndice I - Carta para Administração Hospitalar: solicitação de autorização para pedido de apoios no âmbito do “*Kit de Memórias*”

Pedido de Autorização para obtenção de “Kits de Memórias” Carta de apresentação Exmo. Presidente do Conselho de Administração Exmos. Membros do Conselho de Administração Exma. Diretora do Bloco de Partos Exma. Enf. Diretora de Enfermagem do Marta Cristina Galvão Xavier, a exercer funções enquanto enfermeira generalista no Bloco de Partos do Hospital , com o número mecanográfico , estudante do 1º Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa e atualmente a desenvolver o Estágio Profissional /Ensino Clínico no referido serviço, encontro-me a desenvolver um projeto no âmbito da Perda Gestacional, orientado pela Professora Doutora Maria Maceiras e com a supervisão clínica da Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica Maria Marques Veríssimo. Venho por este meio solicitar ao Conselho de Administração autorização para a obtenção de um “Kit de Memórias” através do contacto com instituições na comunidade com interesse em colaborar em projetos de solidariedade. A perda gestacional é uma situação devastadora para as famílias e também para os profissionais que procuram incessantemente estratégias que permitam a melhor assistência no processo de perda e luto. A evidência científica e algumas normas internacionais nomeadamente da <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i> (ACOG) e a europeia <i>Royal College of Obstetricians and Gynecologists</i> (RCOG), demonstram que a adoção de rituais de luto, onde se incluem as “caixas” ou “kits” de memórias são rituais eficazes e adequados para a aceitação da perda, devendo por esse motivo serem incentivados. No serviço em questão existe a preocupação em desenvolver esta prática através da utilização de telas e tintas que permitem impressões digitais, palmares e plantares, do recém-nascido bem como a existência de alguns acessórios como gorros e botas para oferecer aos pais. Contudo os custos destes acessórios estão totalmente a cargo de alguns enfermeiros e familiares dos mesmos pelo que seria benéfico a inclusão de grupos/entidades de solidariedade que pudessem apoiar esta causa. O contacto com as instituições e a dinamização do projeto está programado para ter início após a autorização do Conselho de Administração do Hospital .	Agradecendo desde já o tempo dispensado, ficarei a aguardar resposta tão breve quanto possível. Encontro-me disponível para qualquer outro esclarecimento. Com os melhores cumprimentos Marta C. Galvão Xavier
--	--

Apêndice J - Pedidos de apoio para aquisição dos “Kit de Memórias”

Marta Xavier
martagxavier@gmail.com
963 965 141
Junho, 2025

A/C
xxxxxxxxxxxx

O meu nome é Marta Cristina Galvão Xavier, sou enfermeira no Bloco de Partos atualmente a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa, em Lisboa.

No âmbito do Mestrado, estou a desenvolver um projeto cujo tema central é a Perda Gestacional, orientado pela Professora Doutora Maria Maceiras e, em contexto de estágio (ensino clínico) com a supervisão clínica da Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica Maria Marques Veríssimo.

A designação de Perda Gestacional, que ocorre em 15% das concepções clinicamente conhecidas, engloba um conjunto de situações de perda que podem verificar-se ao longo da gravidez ou após o parto incluindo o aborto espontâneo, a morte fetal ou neonatal, a interrupção da gravidez e o diagnóstico de anomalias congénitas no feto/bebé. É uma situação devastadora para as famílias e também para os profissionais que procuram incessantemente estratégias que permitam a melhor assistência no processo de perda e luto.

A evidência científica e algumas normas internacionais nomeadamente da *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) e a europeia *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* (RCOG), demonstram que a adoção de rituais de luto, onde se incluem os “kits de memórias” são rituais eficazes e adequados para a aceitação da perda, devendo por esse motivo serem incentivados.

A impressão digital das palmas das mãos e das plantas dos pés, através da utilização de pequenas telas e tintas apropriadas, a entrega de um cartão onde se possa escrever uma mensagem aos pais, acessório como gorros e mantas no âmbito das memórias a guardar, são consideradas um meio eficaz de dar aos pais algum conforto na sua perda e facilitar o processo de luto. O desenvolvimento desta prática está associado à qualidade dos cuidados perante os pais enlutados.

Para que este projeto se concretize, solicitamos a colaboração da vossa instituição/associação, por forma a conseguirmos os materiais necessários.

Estou certa de que, com a sua colaboração é possível proporcionar um gesto de amor e lembrança a muitas famílias que precisam de apoio durante esses momentos difíceis.

Agradeço antecipadamente a consideração e generosidade.

Fico à disposição para discutir este projeto mais detalhadamente e explorar como podemos colaborar juntos.

Atenciosamente,
Marta Xavier
(Enfermeira Generalista e Estudante do Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica)

Apêndice K - Relatório de apoios confirmados, no âmbito da aquisição do “Kit de Memórias”

Parcerias (1) Leroy Merlin Oferta de tintas para impressão digital (palmares e plantares) (2) Projeto pro-bono “Por Amor com Muito Amor” (https://www.instagram.com/poramorcummultoamor?igsh=MWN0eWlWlMyA==) Projeto, sem fins lucrativos, da iniciativa e reponsabilidade da Ângela. A Ângela é uma mãe que sofreu uma perda gestacional às 24 semanas de gestação. O Luís António nasceu vivo, foi internado na Neonatologia, mas não sobreviveu, morrendo ao 69 dia após o nascimento. Acumulando com todo o processo de luto e perda, a família deparou-se com o facto de não ter roupa para vestir ao seu bebé para realização do funeral. Foi aconselhada a procurar em lojas de brinquedos, o que não conseguiu fazer. Descreve ainda com sofrimento que o seu bebé foi enterrado apenas com um gorro, uns sapatinhos de lã e uma manta que a sua sogra conseguiu fazer atempadamente. Após esta experiência, a Ângela dedicou-se a fazer Kits direcionados para bebés prematuros com o objetivo de os oferecer a maternidades e serviços de Neonatologia, permitindo que outras famílias que vivenciam a prematuridade, não tenham as mesmas dificuldades. Seja em vida ou em casos de morte, gestacional ou perinatal. Todas as peças são feitas, costidas, ou tricotadas à mão, e doadas. De referir que a Ângela chega ao pormenor de colocar uma etiqueta em cada peça com a impressão do logotipo do hospital ao qual a doação é feita e o nome do projeto. 	Hospitalar Douro-Vouga, Centro Hospitalar Gaia-Espinho, Hospital Garcia de Orta, Hospital de Matosinhos, Hospital de Braga, Hospital Santa Maria (Lisboa) e Centro Hospitalar Médio Tejo. Neste momento a Ângela, através do seu projeto “Por Amor com Muito Amor”, oferece três tipos de Kits: <table><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>“Kit Celebração do Nascimento” Composto por um gorro e uma mascote (minhoca) em lã que entrega num saco com a descrição “O meu primeiro gorrinho e o meu primeiro amiguinho.</td><td>“Kits Perda Gestacional” Composto por um gorro, uns sapatinhos e uma mantinha, em lã.</td><td>“Kits Funeral” Incluem, para além da manta, gorro e sapatinhos de lã, uma peça de roupa (vários tamanhos de acordo com a idade gestacional, mas sempre para prematuros).</td></tr></table> Todos os artigos podem ser doados individualmente e não apenas em forma de kits. Depende das necessidades dos serviços. Após contacto, a Ângela prontificou-se imediatamente a colaborar com a nossa instituição. (3) Sofia's Wish — Perda Gestacional e Neonatal (https://www.instagram.com/sofias_wish?igsh=MV9rZnliGpuQW95Nw==) Sofia's Wish é uma organização sem fins lucrativos que tem como objetivo o apoio a pais após perda gestacional e neonatal. A fundadora da organização é a Ana, uma mãe que passou por uma perda gestacional às 27 semanas. Desde então, a Ana e a sua família, dedicou-se a colaborar com maternidades e serviços de neonatologia, disponibilizando vários artigos e kits de memórias. Após contacto, a Ana disponibilizou-se a colaborar com a nossa instituição no que for preciso, dentro dos artigos que tem para oferta.				“Kit Celebração do Nascimento” Composto por um gorro e uma mascote (minhoca) em lã que entrega num saco com a descrição “O meu primeiro gorrinho e o meu primeiro amiguinho.	“Kits Perda Gestacional” Composto por um gorro, uns sapatinhos e uma mantinha, em lã.	“Kits Funeral” Incluem, para além da manta, gorro e sapatinhos de lã, uma peça de roupa (vários tamanhos de acordo com a idade gestacional, mas sempre para prematuros).	Os artigos estão descritos no formulário, a ser preenchido, que me enviou.  Pedido de doações Por favor seleccione os itens que gostaria de receber da Sofia's Wish. Tentaremos enviar o mais rápido possível dependendo da disponibilidade. martagxavier@gmail.com Mudar de conta  ☐ Não partilhado * Indica uma pergunta obrigatória Nome * A sua resposta Para que hospital vão as doações? * A sua resposta Morada para o envio das doações * A sua resposta Número de telemóvel para receber mensagens dos correios * A sua resposta
								
“Kit Celebração do Nascimento” Composto por um gorro e uma mascote (minhoca) em lã que entrega num saco com a descrição “O meu primeiro gorrinho e o meu primeiro amiguinho.	“Kits Perda Gestacional” Composto por um gorro, uns sapatinhos e uma mantinha, em lã.	“Kits Funeral” Incluem, para além da manta, gorro e sapatinhos de lã, uma peça de roupa (vários tamanhos de acordo com a idade gestacional, mas sempre para prematuros).						

Roupas (incluindo gorros e botinhas)

- ☐ Para idades gestacionais até 12 semanas
- ☐ Para idades gestacionais entre 12 e 20 semanas
- ☐ Para idades gestacionais entre 20 e 28 semanas
- ☐ Para idades gestacionais entre 28 e 40 semanas

Mantas

- ☐ Para idades gestacionais até 20 semanas
- ☐ Para idades gestacionais entre 20 e 40 semanas

Outros itens



- ☐ Caixas de memórias (os itens dentro da caixa variam consoante a disponibilidade)



- ☐ Sacos com corações (ursinho é incluído consoante a disponibilidade)



- ☐ Papel e toalhetes para fazer impressão dos pés e mãos



- ☐ Clay/Barro para fazer a impressão dos pés e mãos



- ☐ Certificado de vida

Comentários adicionais

A sua resposta

Enviar

Limpar formulário

Apêndice L - Certificados de Nascimento



 **CERTIFICADO** 
  


Filha de -----
  

 **Data:** **Hora:**
Local:

 **CERTIFICATE** 
  


Daughter of -----

 **Date:** **Time:**
Location:

CERTIFICADO

Certifica-se que

Filho de _____ e _____

Data _____ Hora _____

_____ Local



*Para sempre nos
nossos corações!!*

CERTIFICATE

This is certify that

Was born to _____ and _____

On _____ In _____

_____ Location



*Will always be
loved!*

Apêndice M - Cartão para inclusão no “Kit de Memórias”



Apêndice N - Metodologia de Pesquisa “Procedimentos para *Kit* de Memórias”

Metodologia para elaboração do guia “Procedimentos para *Kit* de Memórias”

Maio 2020 - Maio 2025

[(luto) AND (rituais) AND (memórias)]

[(grief) AND (rituals) AND (memories)]

Identificação	Registos identificados através da pesquisa em bases de dados N = 31 Cinahl Complete (n = 9) Medline Complete (n = 11) MedicLatina (n = 3) SciELO (n = 8)	
Filtragem	Artigos rejeitados por duplicação (n= 7)	
Elegibilidade	Artigos elegíveis com texto completo (n= 24)	Artigos rejeitados após leitura de título e resumo (n= 9)
Seleção	Artigos elegíveis para leitura de texto integral (n= 15)	Artigos excluídos (n= 9)

Apêndice O - Guia de Procedimento “Kit de Memórias”

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE CRUZ VERMELHA PORTUGUESA, LISBOA

1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

2024/2025

ENSINO CLÍNICO

BLOCO DE PARTOS

HOSPITAL

PROCEDIMENTO

KIT DE MEMÓRIAS NA MORTE FETAL

Aluna: Marta Xavier

Supervisora Pedagógica: Prof. Dra. Maria Maceiras

Supervisora Clínica: EESMO Maria Veríssimo

2025

BLOCO DE PARTOS – HOSPITAL

KITS de Memória na Perda Gestacional

Algumas recomendações encontradas na literatura e nas *guidelines* disponíveis evidenciam que a criação de memórias deve ser fomentada. Rituais como guardar lembranças, prestar cuidados ou apenas estar junto, favorecem a superação do luto, devendo por isso ser dado tempo e espaço para que os pais o possam fazer.

Para constituição dos nosso Kits de Memórias, temos disponível:

Já existente no serviço:

- Gorros e botas (tamanhos variáveis);
- Telas para impressão palmar e plantar;
- Tintas;
- Fotografias (devem ser enviadas para o email e serão disponibilizadas aos pais a partir desse email, caso o pretendam.

Acrescentamos:

- Certificados de Nascimento;
- Cartões de condolências e contatos úteis para os pais;
- Fraldas de pano para *swaddle* do bebé.

Procedimento:

Fraldas de pano para *Swaddle* + gorro

Fotografia

Telas e tintas

Para as fotografias;
Para o contacto do bebé com os pais;
Deve ser oferecido aos pais no momento da alta do bloco de partos, caso o pretendam, senão guardado e identificado com etiqueta da mãe.

Impressões palmares e plantares;
Identificar com nome (data e hora, caso não seja entregue certificado);
Oferecer aos pais caso pretendam, senão guardar, identificado com etiqueta da mãe;

Certificados de Nascimento

Preencher com nome do bebé, nome dos pais, data, hora e local;
Certificado de menina: espaço para impressão palmar ou plantar (pode excluir a tela)
Certificado de menino: Pode incluir impressões palmar/plantar. Opcional
Certificado misto (Estrelinha): preferencial para bebés ainda sem nome ou género desconhecido

A escolha de qualquer certificado é válida e fica a cargo do EESMO.

Envelopes

Tudo o que compõe o Kit de Memórias, à exceção das fotografias, deve ser colocado dentro do envelope A4 para entrega à família ou armazenamento no serviço (identificar com etiqueta da mãe no caso de armazenamento.

Data

Elaboração

Supervisora Pedagógica

Supervisora Clínica

Aprovação

11/07/2025

Aluna de Mestrado: Enf. Marta Xavier

Prof. Dra. Maria Maceiras
Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa

EESMO Maria Veríssimo
Bloco de Partos, Hospital de Cascais

EESMO Carla Gonçalves
Enfermeira Chefe do Bloco de Partos do Hospital de Cascais

Referências Bibliográficas

1. Morim AM, Freitas CM. A perda gestacional na perspetiva do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica: protocolo de uma scoping review. *Studies in Health Sciences* [Internet]. 2024 [cited 2024 novembro 14]; 5(3): 1-13. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/shs/article/view/5373/3640> DOI: 10.54022/shs.v5n3-001

2. Braga NA, Morsch DS. Quando o bebé morre. In: Moreira NE, Braga NA, Morsch D S, editores. Quando a vida começa diferente: o bebé e sua família na UTI Neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2023.157-69.

2025

2. Braga NA, Morsch DS. Quando o bebê morre. In: Moreira ME, Braga NA, Morsch D S, editores. Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2023.157-69.
3. Burden C, Merriel A, Bakhadakhi D, Heazell A. Care of late intrauterine fetal death and stillbirth. BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology [Internet]. 2024 [cited 2024 novembro20]; 132 (1): 1-41. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.17844> DOI: 10.1111/1471-0528.17844
4. Miranda AM, Zangão MO. Mothers' experiences of fetal death. Revista de Enfermagem Referência. 2020 [cited 2024 novembro 3]; 5(3): 1-9. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/d0ca3169138459ca5d8180101b5f86d3/1?pq-origsite=scholar&cbl=204228> DOI: 10.12707/RV20037
5. Helps A, O'Donoghue K, O'Byrne L, Greene R, Leita S. Impact of bereavement care and pregnancy loss services on families: Findings and recommendations from *lup* inquiry reports. Midwifery [Internet]. 2020. [cited 2024 novembro 30]; 91. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613820302138> DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102841>
6. Nazaré E, Fonseca A, Pedrosa AA, Canavarro MC. Avaliação e Intervenção Psicológica na Perda Gestacional. *Perita: Edição Especial. Psicologia e Perda Gestacional*. 2010 [cited 2024 novembro 3]; 3: 37-46. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/144020278.pdf>

2025

Cartões para os pais

Os cartões a serem entregues aos pais assumem dois propósitos:

1. Permitem ao EESMO responsável a inscrição de uma mensagem/frase de apoio. A evidência demonstra que um cartão de condolências com uma nota manuscrita pelo EESMO ou um testemunho real escrito por um casal anônimo que tenha vivenciado uma situação de perda gestacional podem ser facilitadores do processo de luto.
2. No verso, têm contatos úteis para seguimento no luto.

Pais Coragem	Organização sem fins lucrativos, formada por uma equipa multidisciplinar especializada na Perda Parental e oferecem apoio, através de grupos de apoio, reuniões presenciais e <i>online</i> , a todas as famílias que o pretendam. Os grupos de apoio, de acordo com a evidência científica, são o meio mais eficaz de ajuda neste tipo de luto pelo sentimento de empatia, pertença e compreensão, devendo por isso ser incentivados. A partilha de experiências entre casais que passaram por esta situação ajuda à elaboração do luto.
Enf. Leonor Gonçalves	EESMO, na MAC, e Especialista em Enfermagem em Saúde Mental, é uma das responsáveis pela associação Pais Coragem e disponibiliza o seu contacto pessoal
Associação InLuto	Associação, particular, de psicologia clínica na área do luto, com uma vasta equipa especializada nos diferentes tipos de luto. Caso a família pretenda apoio psicológico. Têm também grupos terapêuticos, mas cada família é avaliada, individualmente numa fase inicial.

NOTA:

Mulheres com histórico conhecido de doença psiquiátrica não devem ser referenciadas para grupos de apoio, devendo ter apoio psicológico especializado e individual.

2025

Certificados de Nascimento

Os Certificados de Nascimento pretendem-se como mais uma forma de reconhecer e validar a parentalidade e consequentemente a perda e o luto dos pais que sofrem uma perda gestacional e que passam muitas vezes por esta falta de reconhecimento agravando o processo de luto e de adaptabilidade.

Foram criados 3 modelos (em português e inglês), a adaptar de acordo com a situação e escolha do EESMO. Neles podem também ser impressas as impressões palmares e plantares do bebé.

Devem ser inscritos pelo EESMO: nome do bebé (caso não tenha, deve ser utilizado o certificado da estrela), data e hora de “nascimento” e local (Hospital de Cascais, Bloco de Partos)

Não inviabiliza a utilização das telas.

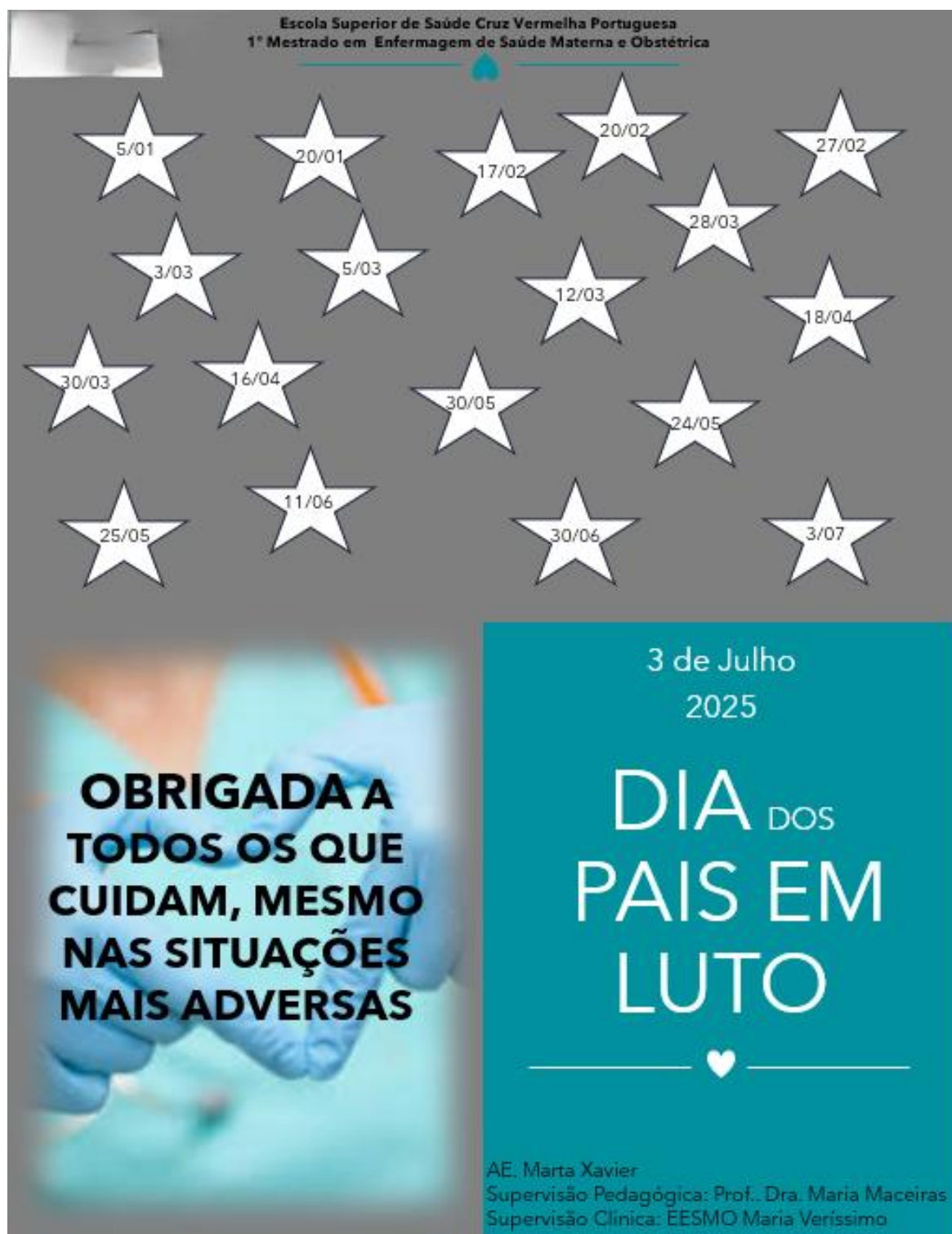
Deve ser entregue dentro de envelope, junto com outros acessórios (gorro e/ou botas, fralda de pano, tela ...)

2025

Apêndice P - Apresentação “Procedimento *Kit de Memórias*”



Apêndice Q - Cartaz “Dia dos Pais em Luto”



Apêndice R - Metodologia de Pesquisa Bloco de Partos: Ação de Formação para equipa multidisciplinar sobre o LUTO, intitulada “Conversar sobre o LUTO”

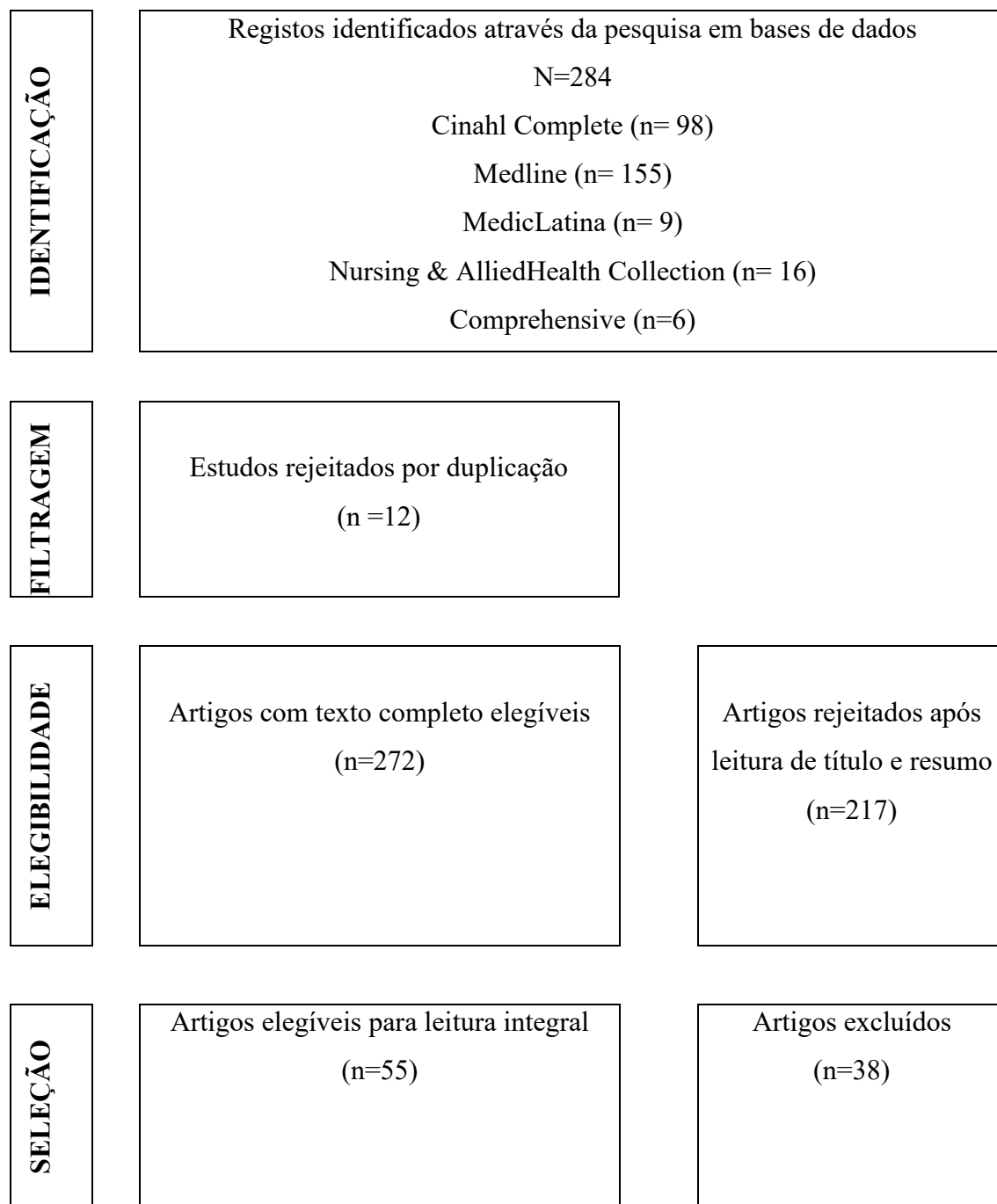
Como metodologia de trabalho foi realizada uma pesquisa com os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) na língua inglesa: Luto, Enfermagem e Perinatal, com o recurso à interseção entre eles através dos operadores booleanos “AND” e “OR” para a equação de pesquisa: [Grief OR Loss OR Bereavement OR Mourning OR Death OR Grieving] AND [Professional OR Nurs* or Midwi*] AND [Obstetric* or Perinatal]. Critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 5 anos, nos idiomas português, inglês, francês e espanhol, com texto integral disponível.

A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCOhost, com seleção de todas as bases de dados, tendo sido obtidos 284 artigos dos quais foram selecionados, após exclusão de duplicados e aplicados os critérios de inclusão e exclusão, 17 artigos elegíveis.

O processo de seleção é esquematizado segundo o modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses*).

Para além dos artigos analisados, a elaboração deste trabalho contou ainda com pesquisa na literatura cinzenta, nomeadamente: “Morte e Luto através de Culturas”, teses de Doutoramento como “O Luto Profissional nos Enfermeiros” e dissertações de Mestrado: “Luto Desautorizado em Tempos de Pandemia”, “. Desenvolvimento e Validação da Escala de Avaliação das Necessidades de Formação no Luto”.

Diagrama PRISMA



Apêndice S - Cartaz Informativo para Sessão de Formação em Serviço: Conversar sobre o Luto



Apêndice T – Plano de Sessão para Sessão de Formação em Serviço: Conversar sobre o Luto

Curso: 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	Ano Letivo 2024/2025
Escola: Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa	
Módulo: Ensino Clínico com Relatório	
Local: Bloco de Partos Hospital	Data: 30 de junho 2025, às 15h
	Duração: 60 minutos
Destinatários: Equipa multidisciplinar dos serviços: Bloco de Partos, Puerpério e Materno Fetal do Hospital	

Tema: Conversar sobre Luto

Objetivos Geral: Compreender as implicações do processo de luto, nos profissionais e famílias, no cuidar pelo EESMO

Objetivos específicos: Reconhecer os diferentes tipos de luto; Identificar manifestações de luto; Identificar estratégias de intervenção, grupais e individuais, no luto profissional.

Interlocutor	Índice	Conteúdos	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Atividades	Materiais e Equipamentos	Duração
Marta Xavier	Apresentação	Apresentação do tema do PIF e contextualização do questionário aplicado previamente. Apresentação dos resultados do questionário correlacionando com os dados da evidência científica pesquisada	Expositivo	Palestra Exposição de conteúdos com recurso a diapositivos	Suporte informático	5 min
	Introdução	Apresentação da temática da formação: "A morte e luto" através da sua definição por autores, manifestações de luto, tipologia do luto	Expositivo	Exposição de conteúdos com recurso a diapositivos Promoção do debate através das questões "O que é o luto?", "O luto tem fim?"	Suporte informático	8 min
	Luto desautorizado	Enfoque na definição de luto desautorizado Definição, implicações e riscos Abordagem do luto perinatal: principais características	Expositivo	Exposição de conteúdos com recurso a diapositivos	Suporte informático	5 min
	Luto Profissional	Pertinência e enquadramento no contexto de bloco de partos e EESMO Definição, manifestações, riscos (<i>Burnout</i> , Fadiga por Compaixão e Sobrecarga de Luto); estratégias de intervenção e estratégias de <i>coping</i>	Expositivo Demonstrativo	Exposição de conteúdos com recurso a diapositivos Promoção da participação e debate através da distribuição de atividades: "Programa ESTAR", "Maslach Burnout Inventory" e "Death attitude profile"	Suporte informático	10 min
Marta Xavier	Conclusão	Considerações finais	Expositivo	Exposição de conteúdos com recurso a diapositivos	Suporte informático	2 min
	Discussão	Livre	Expositivo	Esclarecimento de dúvidas Partilha de ideias/informação		10 min

Apêndice U - Avaliação Sessão de Formação em Serviço: Conversar sobre o Luto

Sessão de Formação em Serviço: Conversar sobre o Luto

B *I* U ↺ ↻

Descrição do formulário

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Boa tarde,

Agradecendo desde já a sua participação na Sessão de Formação "Conversar sobre LUTO", solicito ainda a sua colaboração para o preenchimento do seguinte questionário de avaliação sobre a mesma.

Grata pela atenção,
Marta Xavier

Domínio de clareza da exposição *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

Definição de objetivos no início da formação. *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

Capacidade de transmissão de conhecimentos *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

Esclarecimento de duvidas *

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Classifique os conteúdos programáticos e os métodos de 1 a 5 , sendo que 1 é não concorda e 5 concorda totalmente.

Descrição (opcional)

Conteúdos relevantes para a minha função. *

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Temas coerentes e estruturados *

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Métodos adequados para os temas *

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Os temas atingiram os objetivos *

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Classifique a organização da formação de 1 a 5, sendo que 1 é não concorda e 5 concorda totalmente.

Descrição (opcional)

Qualidade e adequação das instalações *

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Material de apoio pedagógico *

1



2



3



4



5



Originalidade e criatividade *

1



2



3



4



5



Suporte informático *

1



2



3



4



5



Classifique a organização global de 1 a 5, sendo que 1 é não concorda e 5 concorda totalmente

Descrição (opcional)

Duração da sessão *

1



2



3



4



5



Expetativas iniciais correspondidas *

1



2



3



4



5



Organização geral *

1



2



3



4



5



Indique, por favor, o(s) ponto(s) forte(s) da sessão de formação *

Texto de resposta curta

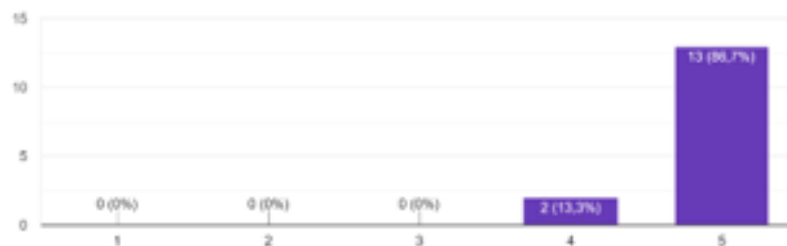
Indique, por favor, o(s) ponto(s) fraco(s) da sessão de formação *

Texto de resposta curta

Apêndice V - Resultados do Questionário de avaliação da Sessão de Formação em Serviço: Conversar sobre LUTO

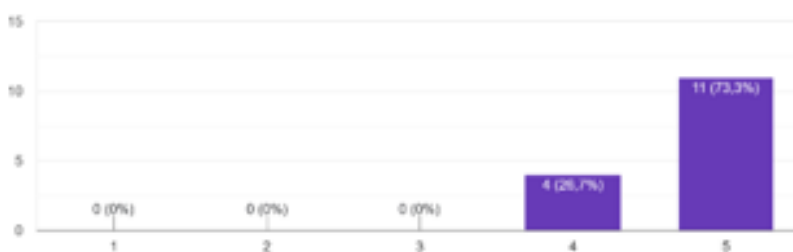
Domínio de clareza da exposição

15 respostas



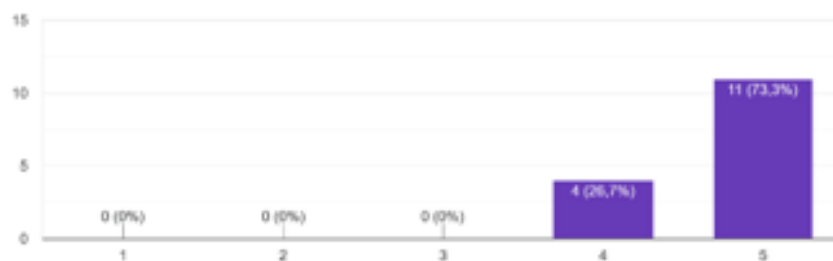
Definição de objetivos no início da formação.

15 respostas



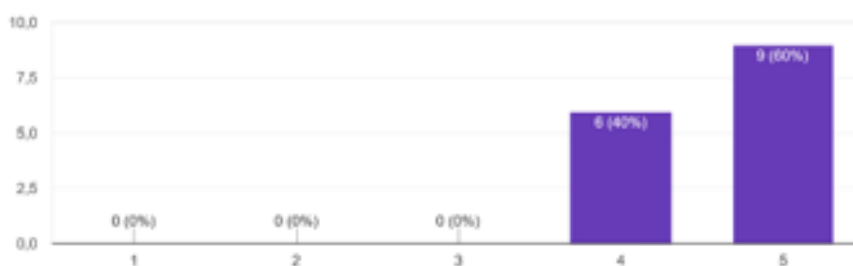
Capacidade de transmissão de conhecimentos

15 respostas



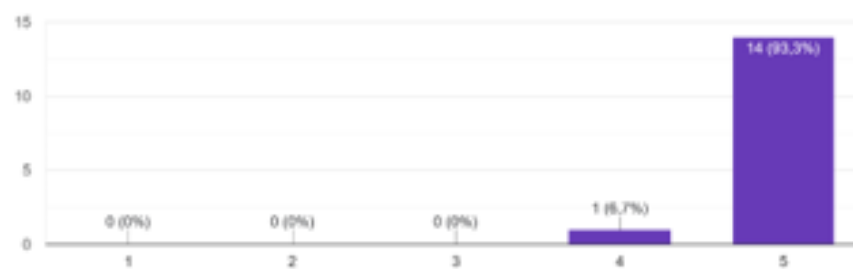
Esclarecimento de dúvidas

15 respostas



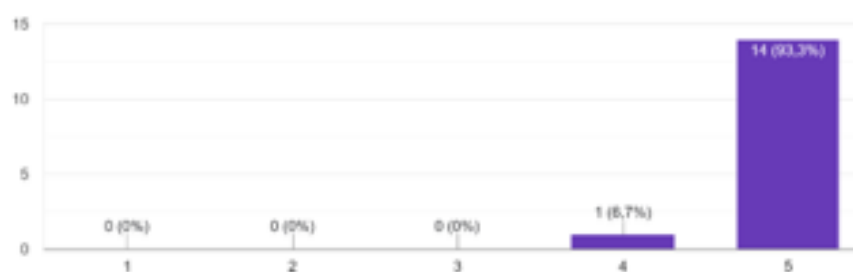
Conteúdos relevantes para a minha função.

15 respostas



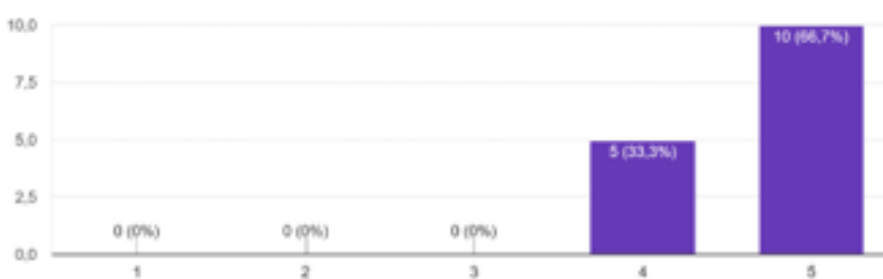
Temas coerentes e estruturados

15 respostas



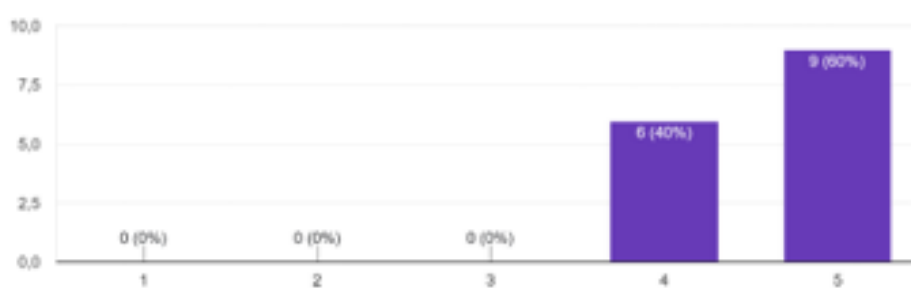
Métodos adequados para os temas

15 respostas



Os temas atingiram os objetivos

15 respostas



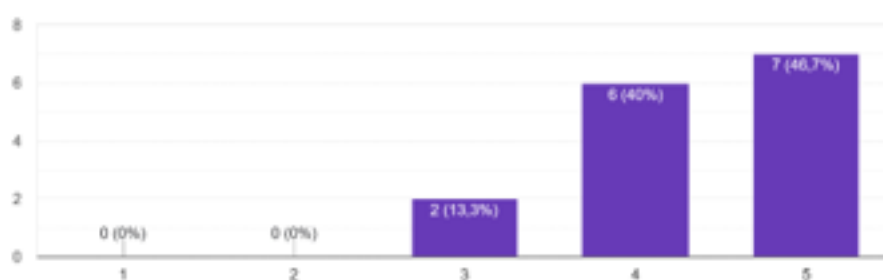
Qualidade e adequação das instalações

15 respostas



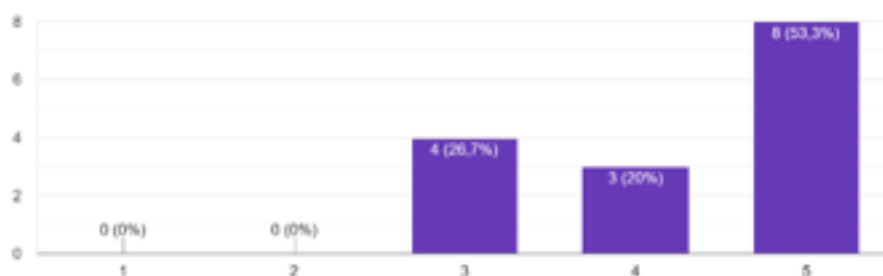
Material de apoio pedagógico

15 respostas



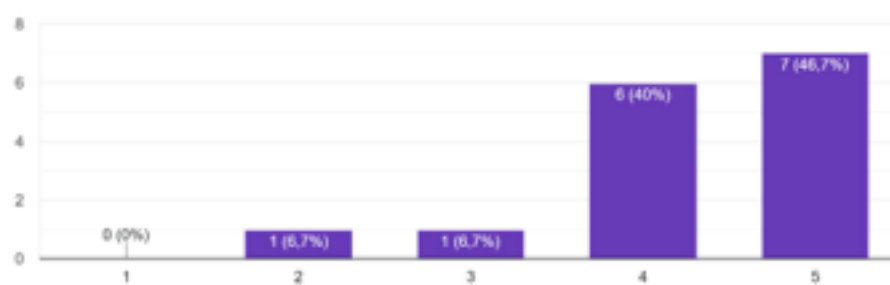
Originalidade e criatividade

15 respostas



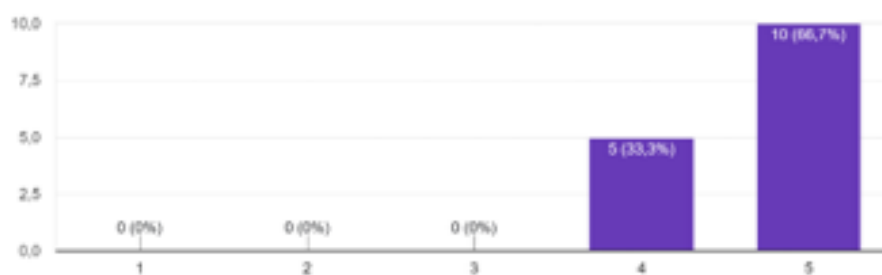
Suporte informático

15 respostas



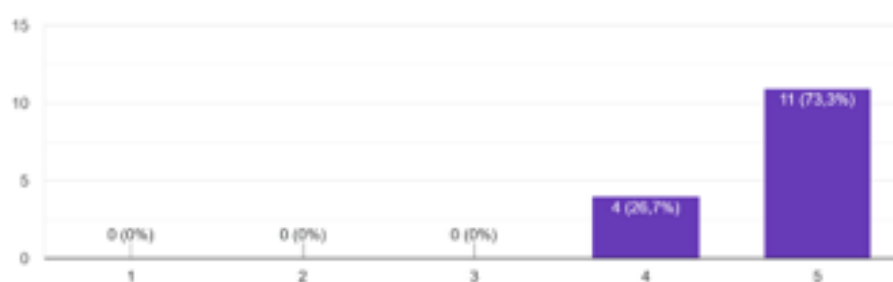
Duração da sessão

15 respostas



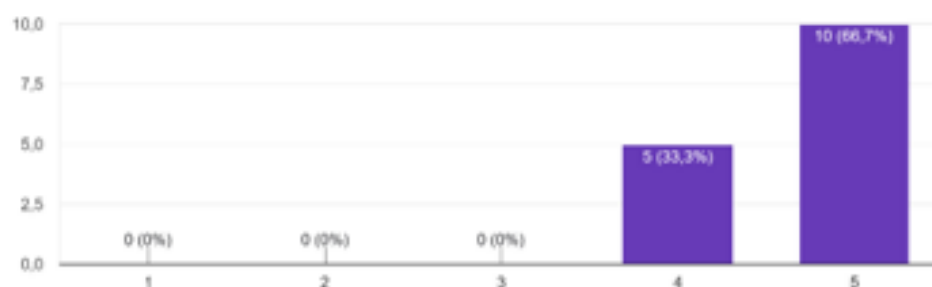
Expetativas iniciais correspondidas

15 respostas



Organização geral

15 respostas



Indique, por favor, o(s) ponto(s) forte(s) da sessão de formação

15 respostas

Clareza e entusiasmo da formadora

A clareza com que os temas foram abordados pela Marta

Apoio no desenvolvimento da empatia e escuta ativa, aprimoramento da abordagem em situações de perda gestacional/morte neonatal, reconhecimento do impacto emocional para o enfermeiro e a importância da partilha e apoio entre colegas, promoção da saúde mental e prevenção do esgotamento. Clareza da formação, a visibilidade da sensibilidade e empatia.

Domínio do tema

Pertinência do Tema

Abordagem de um tema pertinente que por vezes temos dificuldade em falar.

Conversa sobre o tema

A pertinência do tema, a clareza na exposição

O domínio sobre os temas a forma como os abordou

Tema abordado, forma de comunicação super clara e tranquila, assertividade na comunicação e domínio do tema apresentado. Tema super pertinente e imprescindível para os profissionais de saúde.

A aluna tem claramente um grande domínio do tema

Know how so tena

O tema é deveras importante para a prática do esmo

Conceitos que desconhecia. Muito interessante

Clareza de conteúdos

Indique, por favor, o(s) ponto(s) fraco(s) da sessão de formação

15 respostas

Falhas técnicas do computador e microfone

Não houve

Não houve pontos fracos

Nenhum

.

Mais tempo para debate.

Meios audiovisuais

Tempo e meio de transmissão de informação

Poderão ser realizadas mais sessões dentro do tema

Gostaria que tivesse durado mais tempo para podermos conversar mais sobre o tema em partilha conjunta. Mas adorei na mesma 🙏

Nada a apontar

Instalações e tempo reduzido

Não se verificaram

Só o projector que não funcionou. Problema técnico do hospital

Nada a assinalar

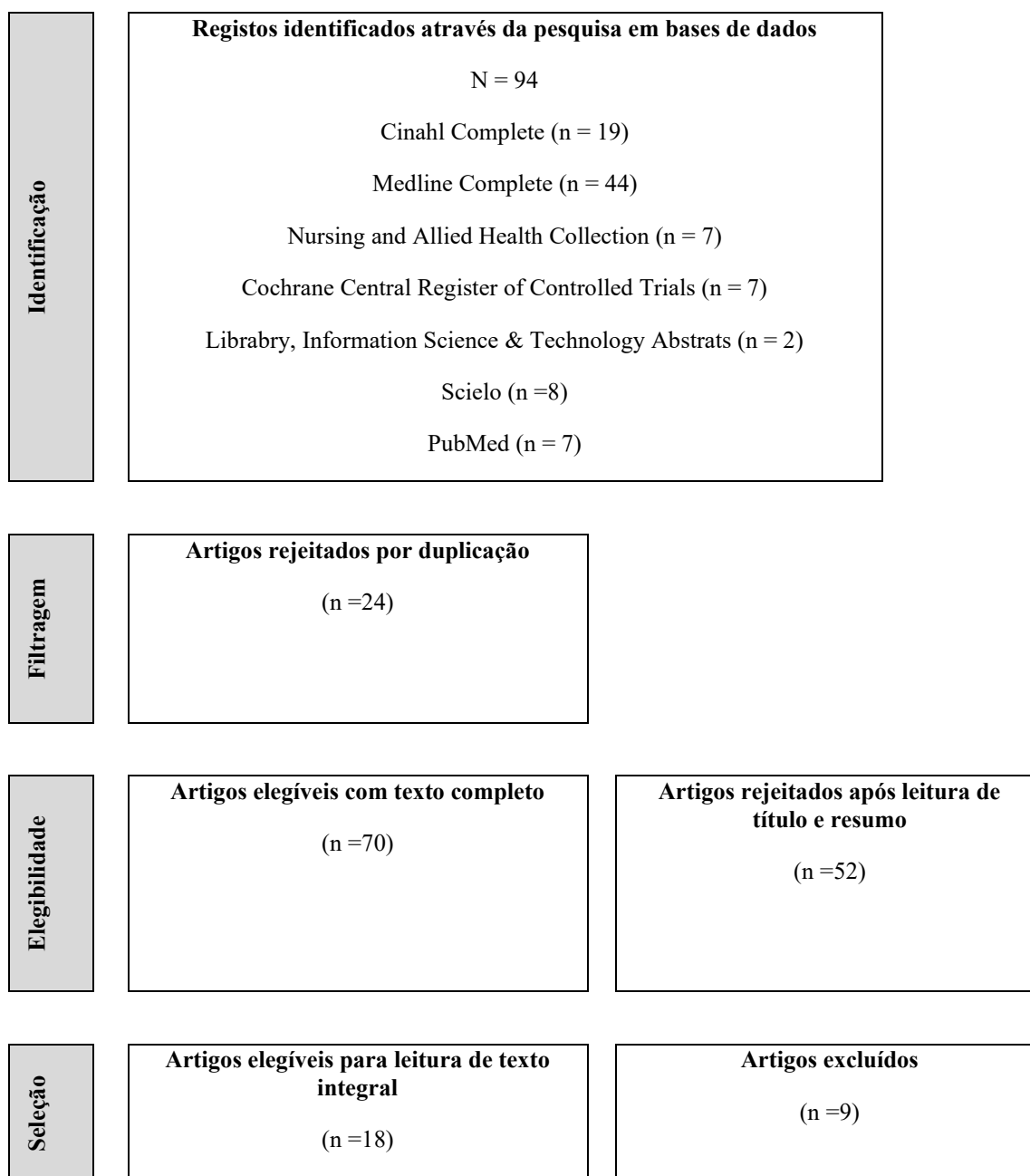
Apêndice W - Metodologia de pesquisa internamento de puérperas: Sessão de Educação para a Saúde “Bebé Arco-Íris: Desafios da Parentalidade”

Como metodologia de trabalho foi realizada uma pesquisa com os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) na língua inglesa: Maternidade, Luto, Gravidez, Bebê Arco-Íris com o recurso à interseção entre eles através dos operadores booleanos “AND” e “OR” para a equação de pesquisa: [(Grief OR Loss OR Bereavement OR Mourning OR Death OR Grieving) AND (Maternity OR Parenting) AND (Pregnancy) AND (Rainbow baby)]. Critérios de inclusão: idiomas português, inglês, francês e espanhol, com texto integral disponível.

A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCOhost, com seleção de todas as bases de dados, na Scielo e PubMed tendo sido obtidos 94 artigos dos quais foram selecionados, após exclusão de duplicados e aplicados os critérios de inclusão e exclusão, 9 artigos elegíveis. O processo de seleção é esquematizado segundo o modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses*).

Para além dos artigos analisados, a elaboração deste trabalho contou ainda com pesquisa livre e pesquisa na literatura cinzenta.

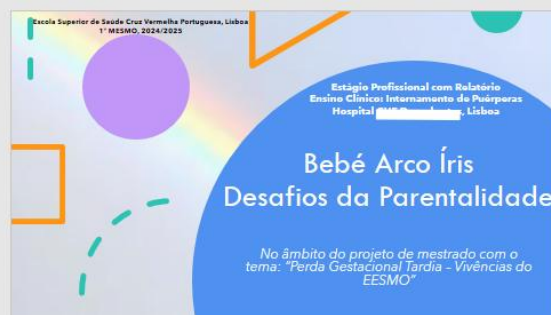
Diagrama PRISMA



Apêndice X - Sessão de Educação para a Saúde: Bebé Arco-Íris: Desafios da Parentalidade



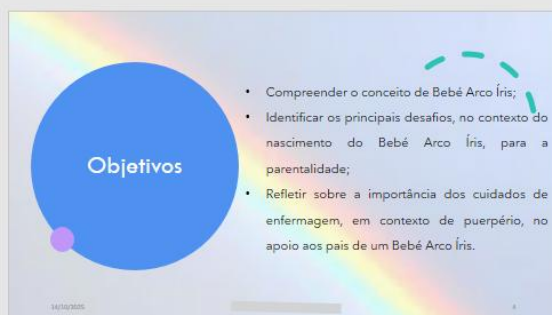
1



2



3



4



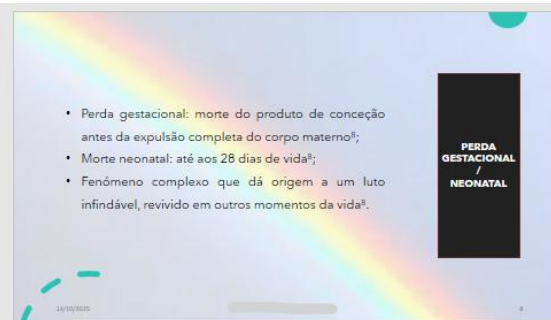
5



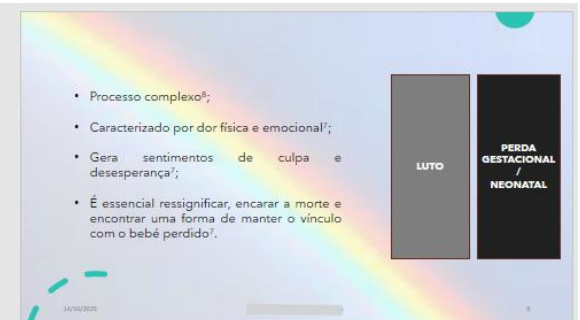
6



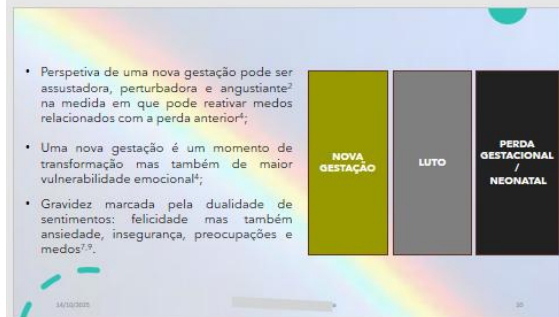
7



8



9



10



11



12

O Bebê Arco Íris

- Pós perda gestacional ou neonatal^{1,2,3,4,5,9} (depois da tempestade)³;
- Símbolo de esperança, renovação, promessa e otimismo¹;
- "Objeto transicional" entre o luto e a esperança⁴;
- Ambivalência de sentimentos^{1,4}: felicidade vs tristeza, esperança vs ansiedade e medo.



13

Do Bebê Arco Íris...

- Medo de esquecimento do bebê perdido^{1,3,4};
- Sentimento de culpa e traição^{3,9};
- Ideia de substituição do bebê perdido pelo bebê arco íris^{1,3,4,9};
- Dificuldade em criar laços^{1,3,4};
- Impacto negativo no processo de vinculação pais-bebê arco íris e no desenvolvimento da criança^{1,3}.



...ao Bebê Penumbra

14

Vinculação Pais – Bebê Arco Íris

- Evitamento na conexão emocional com o bebê, desde a gravidez^{2,4};
- Manifestações distintas^{3,4,5}:
 - Afastamento e falta de investimento (**síndrome da criança de substituição**)^{3,4,5};
 - Postura superprotetora e de superinvestimento (**síndrome da criança vulnerável**)^{3,4,5};
- Risco acrescido do desenvolvimento emocional da criança^{3,4,5}.



15

Implicações para a
prática de
Enfermagem

16

- Os efeitos psicológicos e emocionais devem ser considerados quando se cuida de uma família com um bebê arco íris¹;
- Evitar atitudes de desvalorização face aos receios e preocupações do casal^{2,3};
- Uma atitude empática, sensível e assente numa relação de colaboração facilita a expressão de sentimentos e emoções contribuindo para a otimização do bem estar do casal^{2,3}.



17

Considerações
Finais

18

- O nascimento de um bebê apresenta sempre novos desafios para os pais;
- A perda gestacional/neonatal pode influenciar a construção do vínculo afetivo e o investimento no novo bebê com impacto direto na relação pais-bebê durante a gestação e também após o parto;
- O acompanhamento psicológico e a presença de uma rede de apoio são fundamentais na construção de uma nova experiência de parentalidade pós perda gestacional/neonatal.



14/10/2025 39

19

Referências Bibliográficas

1. Grylls, T., Davidson, W., & Robinson, K. Parenting in Loss: Caring for Your Grieving Baby after a Perinatal Loss. *International Journal of Childbirth Education* (2015) (vol. 3) de referência. doi: 10.1002/ijce.2014. Disponível em: art.
2. Almeida, I. G. Adaptação e estresse da gestante após perda gestacional: revisão (Revista de Educação Física) (2014) (vol. 1) de referência. doi: 10.1002/ijce.2014. Disponível em: art.
3. Silva, M. C. D. (2014). *Experiências de luto e a importância da rede de apoio na perda gestacional/neonatal*. (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo. Disponível em: art.
4. Paul, J., Wilson, K. de C. F., Rodriguez, J., Gomes, M. S. (2014). *Um parto ao belal acorrido: uma jornada de luto e parentesco*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. Disponível em: art.
5. Vold, M. (2014). *Experiências de luto e a importância da rede de apoio na perda gestacional/neonatal*. (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo. Disponível em: art.
6. Lacerda, A. M., Silva, M. C. D., & Gomes, M. S. (2014). *Experiências de luto e a importância da rede de apoio na perda gestacional/neonatal*. (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo. Disponível em: art.
7. Paula, M. C. D. P., Nascimento, C. B. F., & de Oliveira, C. B. F. (2014). *Experiências de luto e a importância da rede de apoio na perda gestacional/neonatal*. (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo. Disponível em: art.
8. Lacerda, A. M., Silva, M. C. D., & Lacerda, D. C. (2014). *Experiências de luto e a importância da rede de apoio na perda gestacional/neonatal*. (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo. Disponível em: art.
9. de Mota, Lacerda, S. T. N., Gonçalves, T. G., & Lacerda, D. C. (2014). *Experiências de luto e a importância da rede de apoio na perda gestacional/neonatal*. (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo. Disponível em: art.

14/10/2025 39

20

Obrigado

Marta Xavier
martaxavier9208@esscyp.eu

14/10/2025 21

21

Apêndice Y - Folheto informativo de Sessão de Educação para a Saúde: Bebê Arco-Íris: Desafios da Parentalidade

Bebê Arco Íris

Desafios da parentalidade

Sessão de Educação para a Saúde
Local: Hospital Cruz Vermelha Portuguesa, piso 3, Internamento de Puérperas
Data: 14/10/2025 às 14h
Destinatários: Enfermeiros da UFON

Acesso online através do link:
<https://us06web.zoom.us/j/83260655495?pwd=aQpiM8nmCIRbQX5x14FI0bfUKX0Pdk.1>

Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa
1º MESMO 2024/2025
Aluna de Mestrado: Marta Xavier
Supervisora Pedagógica: Prof. Doutora Maria Maceiras
Supervisora Clínica: Enf.ª Sílvia Martins



Apêndice Z - Plano de sessão de Sessão de Educação para a Saúde: Bebê Arco-Íris: Desafios da Parentalidade

Escola: Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa	Curso: 1º MESMO
Unidade Curricular: Estágio Profissional com Relatório	Ano Letivo 2024/2025
Ensino Clínico: Internamento de Puérperas	Data: 14 de outubro 2025, às 14h
Local: Hospital Cruz Vermelha, Lisboa, edifício 1, piso 3 (Internamento de Puérperas), sala de enfermagem Ala A	Duração: 30 minutos
Destinatários: Equipa de Enfermagem da UFON (Unidade Funcional de Obstetrícia e Neonatologia)	

Tema: Bebê Arco Íris – Desafios da Parentalidade

Objetivos: Compreender o conceito de bebê arco íris; Identificar os principais desafios, no contexto do nascimento de um bebê arco íris, para a parentalidade; Refletir sobre a importância dos cuidados de enfermagem, em contexto de puerpério, no apoio aos pais de um bebê arco íris.

Interlocutor	Índice	Conteúdos	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Atividades	Materiais e Equipamentos	Duração
Marta Xavier	Apresentação	Contextualização do trabalho a apresentar enquadrado na temática do PIF e no âmbito do ensino clínico. Apresentação dos objetivos propostos.	Expositivo Interrogativo	Palestra Exposição de conteúdos com recurso a diapositivos Promoção da participação do grupo por forma a determinar conhecimentos prévios sobre a temática a apresentar.	Suporte informático	5 min
	Introdução	Introdução ao tema com foco na vivência da parentalidade e nas suas condicionantes.	Expositivo	Exposição de conteúdos com recurso a diapositivos.	Suporte informático	3 min
	Desenvolvimento	“Da Tempestade ao Arco Íris”: Abordagem de alguns conceitos fundamentais para a compreensão do tema, nomeadamente: perda gestacional ou neonatal, luto e nova gestação. Introdução do conceito bebê arco íris.	Expositivo	Exposição de conteúdos com recurso a diapositivos.	Suporte informático	5 min
		“Bebê Arco Íris”; “Do Bebê Arco Íris ao Bebê Penumbra”; “Vinculação Pais – Bebê Arco Íris” Apresentação do conceito de bebê arco íris e dos desafios da parentalidade associada ao seu nascimento.	Expositivo	Exposição de conteúdos com recurso a diapositivos.	Suporte informático	5 min
		“Implicações para a prática de Enfermagem” Realce de alguns cuidados necessários na abordagem e acompanhamento aos pais de um bebê arco íris.	Expositivo	Exposição de conteúdos com recurso a diapositivos.	Suporte informático	2 min
	Considerações Finais	Resumo de ideias a reter.	Expositivo	Esclarecimento de dúvidas Partilha de ideias/informação	Suporte informático	10 min

Apêndice AA - Questionário de avaliação Sessão de Educação para a Saúde: Bebê Arco-Íris: Desafios da Parentalidade

Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde	
Descrição do formulário:	
Título da imagem: Agradecendo desde já a sua participação na sessão de educação para a saúde "Bebê Arco Íris – Desafios da Parentalidade", solicito mais uma vez a sua colaboração para o preenchimento do seguinte questionário de avaliação sobre a mesma. Grata pela atenção, Marta Xavier	
BEBÊ ARCO ÍRIS - DESAFIOS DA PARENTALIDADE 	
Caracterização dos participantes: As duas questões iniciais pretendem fazer uma caracterização geral do grupo de participantes, pelo que solicito que respondam de acordo com a vossa categoria profissional (generalistas, especialistas) e qual a especialidade, bem como o serviço ao qual se encontram alocados.	
Categoria profissional* Escreva aqui a resposta correta	
Serviço* Escreva aqui a resposta correta	
Profetoria e teorização da informação (Resposta: Geral)	
Domínio e clareza da exposição * 1 2 3 4 5 ☆ ☆ ☆ ☆ ☆	
Definição de objetivos no início da formação * 1 2 3 4 5 ☆ ☆ ☆ ☆ ☆	
Capacidade de transmissão de conhecimentos * 1 2 3 4 5 ☆ ☆ ☆ ☆ ☆	
Satisfação de dados * 1 2 3 4 5 ☆ ☆ ☆ ☆ ☆	
Conhecimentos práticos (Resposta: Geral)	
Conhecimentos relativos aos conteúdos * 1 2 3 4 5 ☆ ☆ ☆ ☆ ☆	
Temas contidos e estruturados * 1 2 3 4 5 ☆ ☆ ☆ ☆ ☆	
Métodos adequados para a tarefa * 1 2 3 4 5 ☆ ☆ ☆ ☆ ☆	
Os temas atingiram os objetivos * 1 2 3 4 5 ☆ ☆ ☆ ☆ ☆	
Organização da sessão (Resposta: Geral)	
Qualidade e adequação das instalações * 1 2 3 4 5 ☆ ☆ ☆ ☆ ☆	
Materiais de apoio pedagógico * 1 2 3 4 5 ☆ ☆ ☆ ☆ ☆	
Originalidade e criatividade * 1 2 3 4 5 ☆ ☆ ☆ ☆ ☆	
Suporte informático * 1 2 3 4 5 ☆ ☆ ☆ ☆ ☆	
Organização global (Resposta: Geral)	
Duração da sessão * 1 2 3 4 5 ☆ ☆ ☆ ☆ ☆	
Exatidão das respostas * 1 2 3 4 5 ☆ ☆ ☆ ☆ ☆	
Organização geral * 1 2 3 4 5 ☆ ☆ ☆ ☆ ☆	

Oportunidades de melhoria

Descrição (opcional)

Indique, por favor, o(s) ponto(s) fortes desta sessão de educação para a saúde. *

Texto de resposta longa

Indique, por favor, o(s) pontos(s) fracos desta sessão de educação para a saúde. *

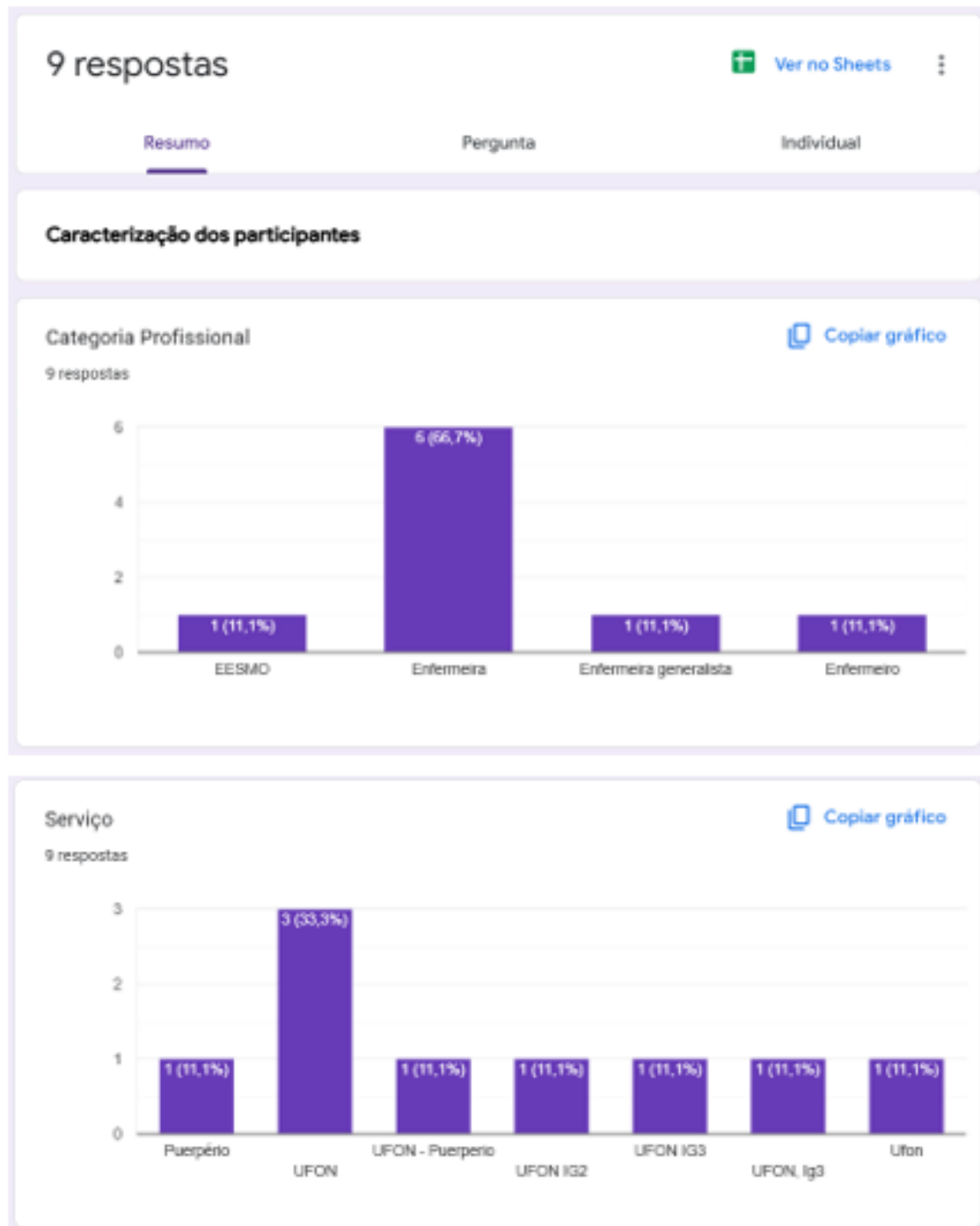
Texto de resposta longa

Obrigada pela colaboração!!

Descrição (opcional)

Apêndice AB - Resultados do questionário de avaliação Sessão de Formação: Bebê Arco-Íris: Desafios da Parentalidade

9 respostas em 16 participantes



Preletora e transmissão de informação

Domínio e clareza da exposição

 Copiar gráfico

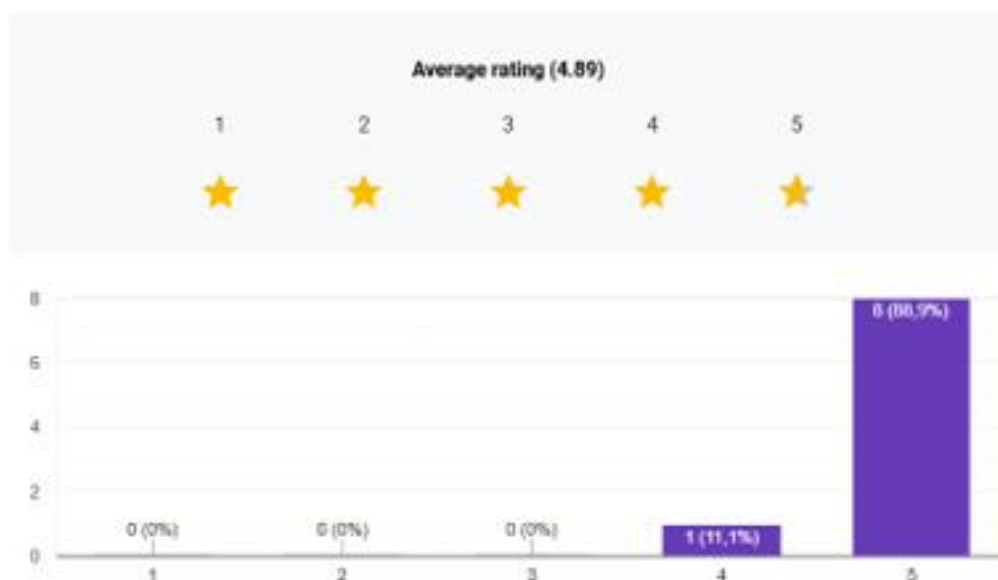
9 respostas



Definição de objetivos no início da formação

 Copiar gráfico

9 respostas



Capacidade de transmissão de conhecimentos

 Copiar gráfico

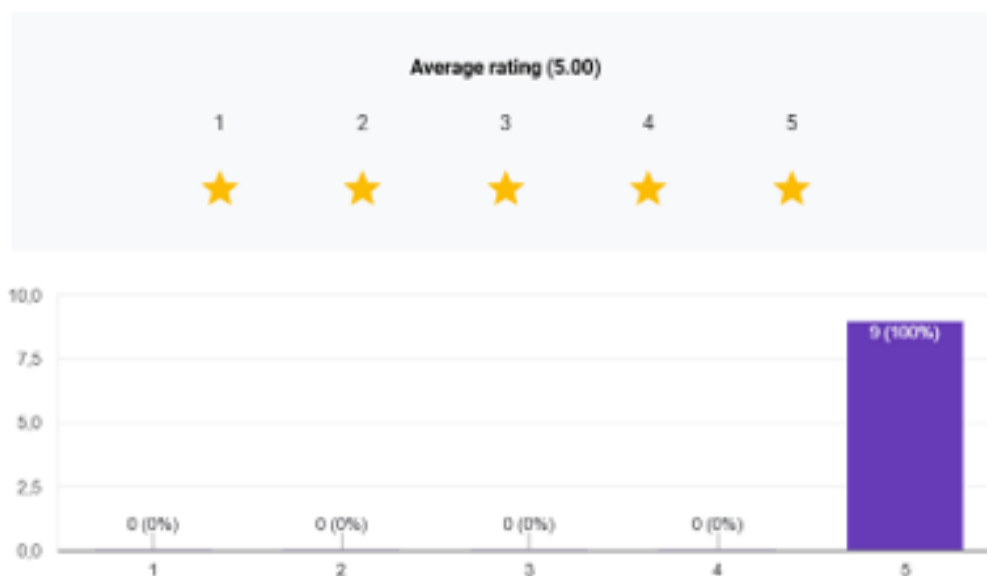
9 respostas



Esclarecimento de dúvidas

 Copiar gráfico

9 respostas

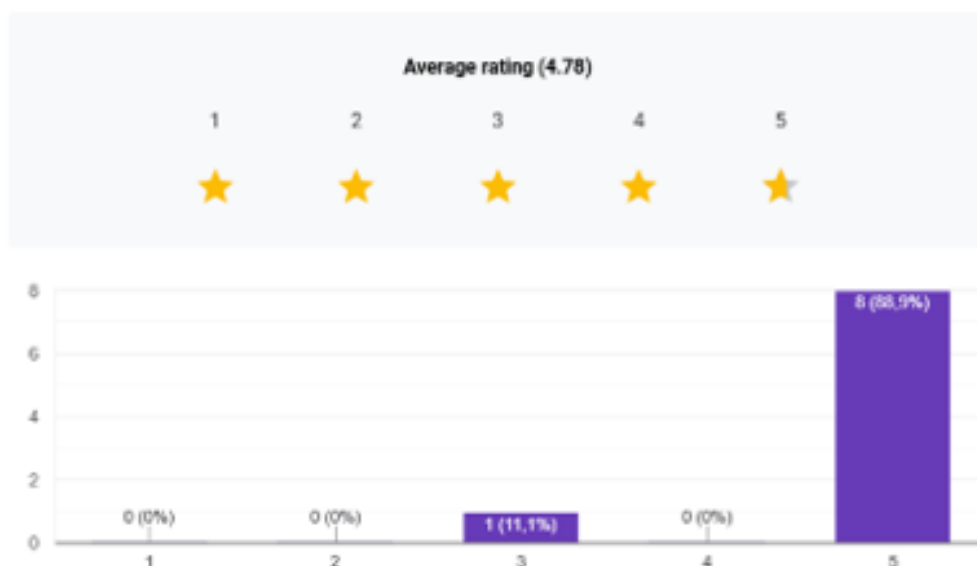


Conteúdos programáticos

Conteúdos relevantes para a minha função

 Copiar gráfico

9 respostas



Temas coerentes e estruturados

 Copiar gráfico

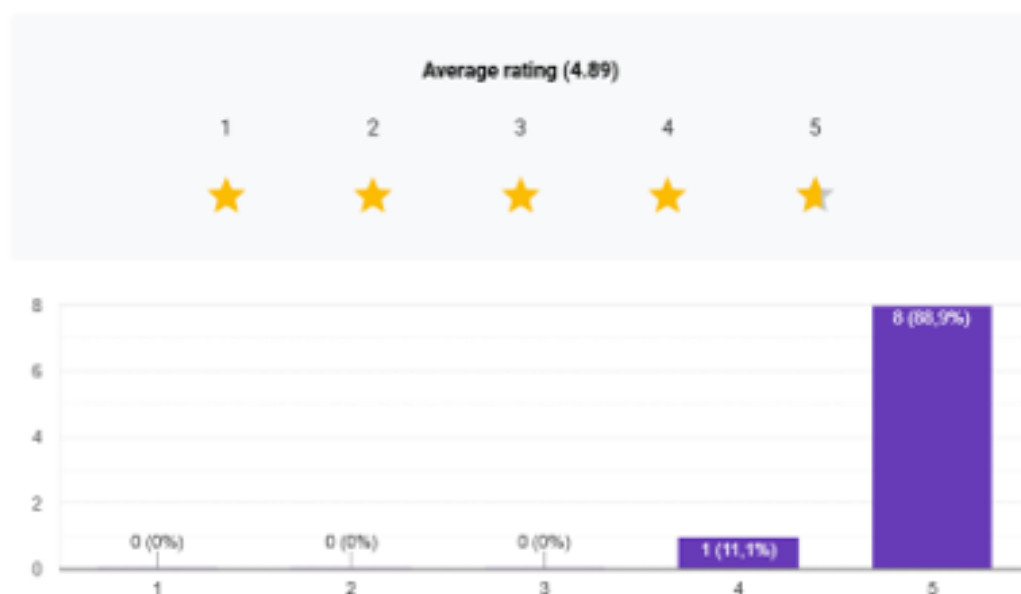
9 respostas



Métodos adequados para o tema

 Copiar gráfico

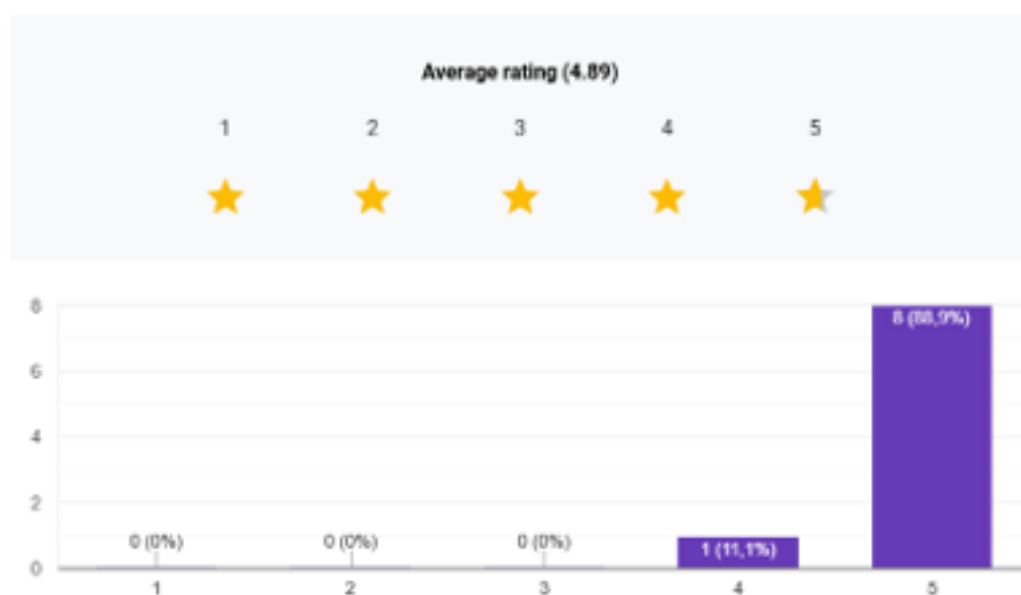
9 respostas



Os temas atingiram os objetivos

 Copiar gráfico

9 respostas

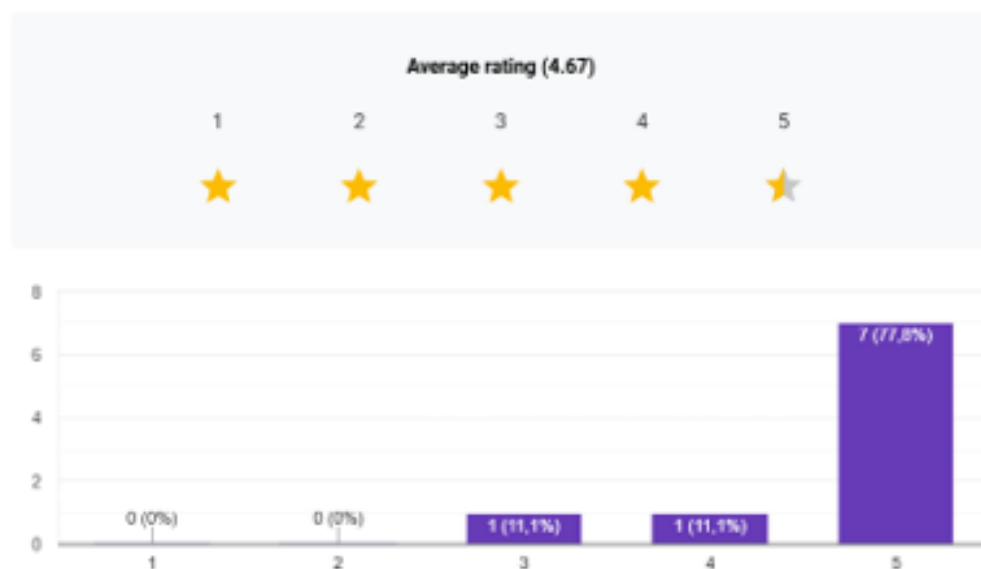


Organização da sessão

Qualidade e adequação das instalações

 Copiar gráfico

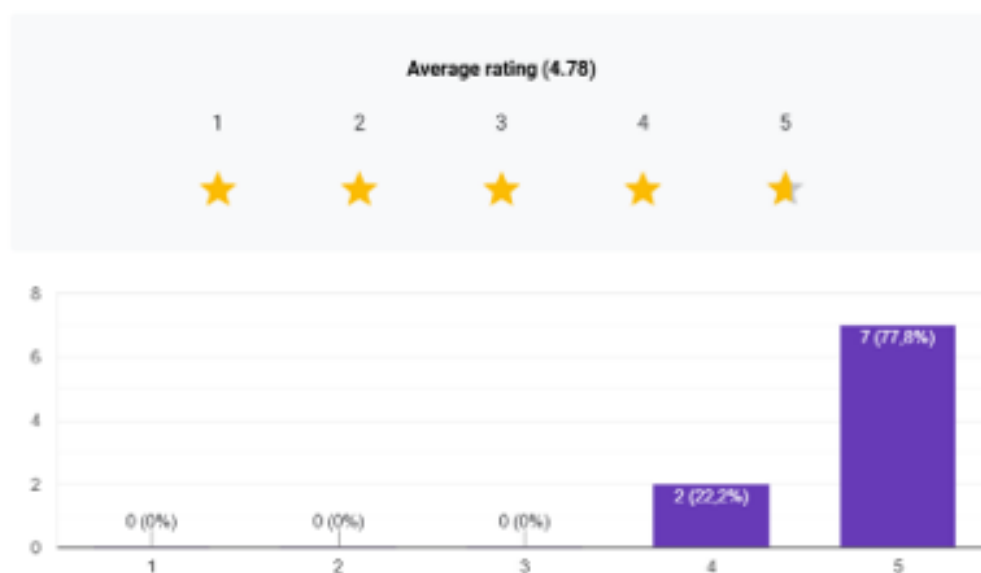
9 respostas



Material de apoio pedagógico

 Copiar gráfico

9 respostas



Originalidade e criatividade

 Copiar gráfico

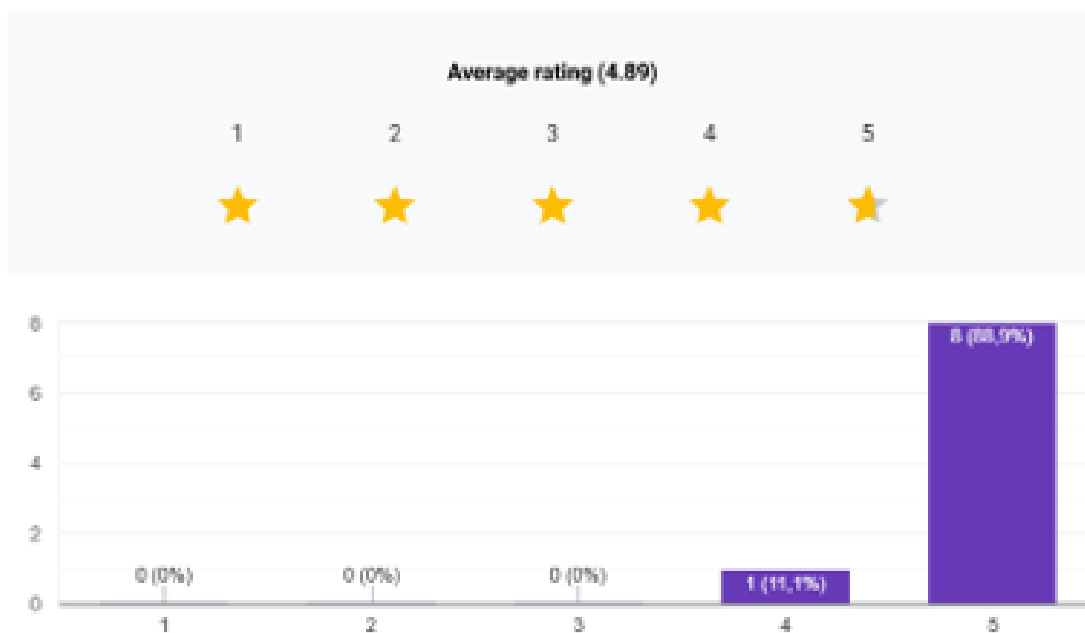
9 respostas



Suporte informático

 Copiar gráfico

9 respostas

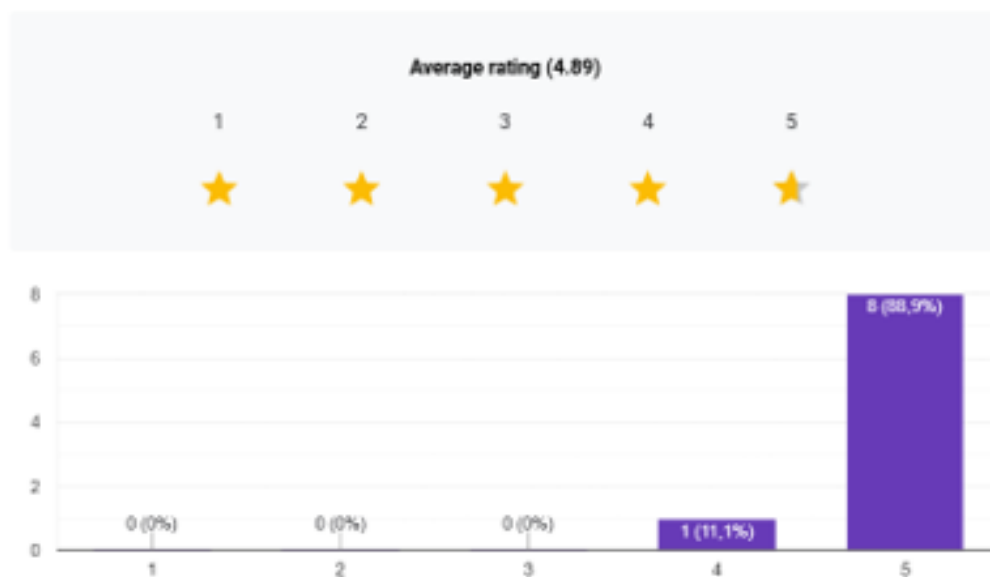


Organização global

Duração da sessão

9 respostas

 Copiar gráfico



Expetativas iniciais correspondidas

9 respostas

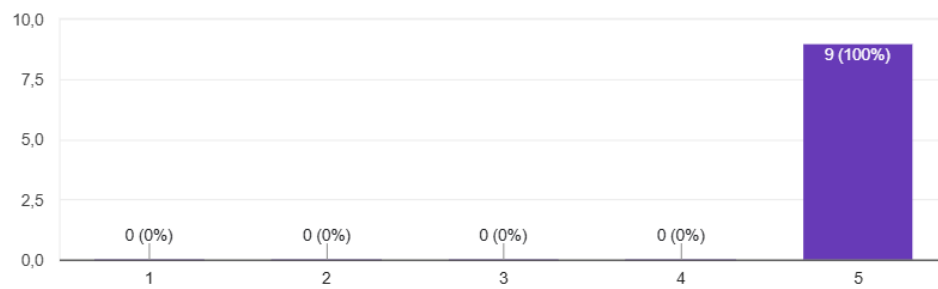
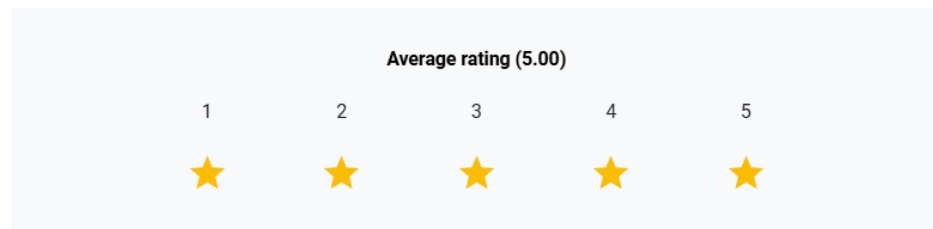
 Copiar gráfico



Organização geral

 Copiar gráfico

9 respostas



Oportunidades de melhoria

Indique, por favor, o(s) ponto(s) fortes desta sessão de educação para a saúde.

9 respostas

Tema muito pertinente

Tema importante para area de atuação, clareza na apresentação o que permitiu uma reflexão sobre varios casos com que lidamos diariamente

Boa exposição do tema e conseguiu ir buscar exemplos práticos de situações vividas no puerpério.

O facto de nos ter colocado a refletir sobre a importância dos Índices Obstétricos não serem só um número, no que diz respeito a aborto

Forma clara e organizada como foi transmitida a informação

És ótima! Continua 🍷

O tema abordado foi bastante benéfico para quem trabalha na área e foi exposto de uma forma clara.

A originalidade do tema

Tema por vezes pouco abordado. Ao ser apresentado, torna-se facilitador para compreendermos as famílias, nomeadamente as mães que passam por estas experiências . Obrigada por esta partilha. Uma mais valia para a nossa equipa.

Indique, por favor, o(s) pontos(s) fracos desta sessão de educação para a saúde.

9 respostas

Não teve pontos fracos

Apesar de ser tudo ótimo acho que teve azar no dia que foi devido ao aumento do trabalho no serviço o que fez com que o tema fosse apresentado com mais rapidez

Não houve.

A sala onde foi realizada a sessão ser de local de trabalho, e não uma sala de formação

Não houve

Nenhum

Teria sido benéfico um período de tempo mais alargado na partilha de dicas práticas para ajudar na abordagem a pais de bebés arco íris

n/a

Obrigada pela colaboração!!

Apêndice AC - Reflexão Crítica segundo Gibbs

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA LISBOA
I MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

**Ensino Clínico
Internamento de Grávidas**

Reflexão Crítica segundo *Gibbs*

Marta Xavier, n.º 9208

Supervisora Pedagógica: Prof.ª Doutora Maria Maceiras

Supervisor Clínico: EESMO Jorge Matias

ANO LETIVO 2024/2025

Reflexão Crítica segundo Gibbs

A utilização de registos reflexivos é uma prática recorrente com resultados muito positivos no desenvolvimento de competências dos estudantes.^{1,2} Designados como registos ou diários de aprendizagem, reflexões ou registos reflexivos podem adotar um formato mais livre ou mais estruturado. O Ciclo Reflexivo de Gibbs enquanto modelo estruturado em seis etapas proporciona uma abordagem completa e sistemática. Permite uma análise aprofundada de um acontecimento ou situação, tornando possível através das diferentes fases refletir sobre o que ocorreu, os pensamentos e sentimentos envolvidos, os pontos positivos e negativos, além de incorporar aprendizagens futuras que contribuem para o crescimento e desenvolvimento profissional e formativo.³

1ª Etapa: Descrição

No decorrer do Ensino Clínico (EC) em contexto de Internamento de Grávidas, enquanto estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pude ter contacto e prestar cuidados a diversas grávidas/famílias de risco que se encontram internadas por motivos de vigilância materno fetal podendo estes internamentos ser breves ou mais prolongados, dependendo de cada situação.

Neste serviço especificamente não existem médicos com presença física permanente. No período da manhã as grávidas são avaliadas por uma obstetra que diariamente se desloca ao serviço, permanecendo o restante tempo apenas sob cuidados e vigilância dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO). Para qualquer eventualidade ou necessidade, deverão ser contactados os obstetras de urgência que se encontram nos serviços de Urgências Obstétrica e Ginecológica e Bloco de Partos (BP). Este contexto proporciona assim uma relação privilegiada entre EESMO e grávidas/família onde, para além dos cuidados prestados no âmbito da gravidez, da vigilância e do tratamento de situações patológicas muitas vezes é o EESMO o principal apoio e suporte no esclarecimento de dúvidas, na partilha de emoções e sentimentos como a angústia e o medo, que sobressaem muitas vezes de acordo com o que cada família está a vivenciar.

Ao longo deste EC estiveram sempre internadas muitas grávidas com ameaça de parto pré-termo (APPT). Uma destas grávidas/família estava internada já no início do meu estágio e pude acompanhá-la ainda ao longo de quase duas semanas. Uma terceira gravidez, agora gemelar, bicoriónica e biamniótica, com rutura prematura de membranas (RPM) e que, aquando do seu internamento, às 32 semanas de gestação, teria já 3 cm de dilatação. Esta grávida, vou chamar-lhe Sra T., caracterizava-se pela sua boa disposição e otimismo. Uma pessoa de trato fácil e bastante comunicativa. Estava internada neste hospital por uma questão de vagas, sendo a sua

residência a 100Km de distância. Recebia diariamente a visita do marido e tinha ainda apoio de uns amigos que residiam perto. Tinha já dois filhos, um com 10 anos de idade e outro com 5 anos. Contava alegremente como o mais novo perguntava diariamente se os manos já tinham nascido. Mais dois rapazes vinham a caminho. O Martin e o Mateus.

Falávamos diariamente dos resultados das ecografias que realizava e dos receios que manifestava, principalmente, sobre o facto de o primeiro bebé estar progressivamente com menos líquido amniótico (LA). Era possível sempre esclarecer algumas dúvidas que tinha e, inclusivamente, prepará-la para os cenários possíveis do parto.

Os momentos de monitorização de cardiocotografia (CTG), neste caso, intermitente, eram sempre momentos de conversa e também de boa disposição. Nesta relação de grávida/família com estudante de enfermagem havia sempre um apoio e motivação mútua. Da minha parte procurava fazer o meu melhor no desenvolvimento das minhas competências e promover algum momento de conversa trivial, enquanto que da parte da grávida/família era sempre, de forma divertida e amável, dada a motivação e apoio para que eu conseguisse monitorizar os dois bebés, o que é sempre uma tarefa difícil no caso de gémeos. A Sra T. dizia sempre *"Veja lá se os consegue apanhar!"* e no final, quando finalmente conseguia dizia *"Já pode ter nota 20!!"*, e ríamo-nos. Ao mesmo tempo ia-me, ela própria, dando algumas coordenadas *"O Mateus está aqui, mas o Martin está atravessado para este lado!"*. O Mateus era o primeiro bebé. Cefálico e cada vez com menos LA na sua bolsa amniótica, apesar do que sempre com um CTG tranquilizador. O Martin, segundo bebé, estava transversa e tinha um CTG igualmente tranquilizador, apesar de ser sempre o mais difícil de monitorizar.

Para mim, tal como para os pais, o Mateus e o Martin tinham já as suas personalidades e falávamos deles como tal, rindo-nos muito com isso.

Apesar de tranquilizador no que se refere ao estado fetal, o CTG vinha, cada vez mais, a registar alguma contratilidade.

No último dia em que estive com esta família, tinha sido dia de ecografia e a Sra. T e o seu marido estavam preocupados porque o médico tinha dito que o Mateus já não tinha LA. *"Aquele médico não fala muito"* disse a Sra. T, *"...mas foi isso que eu percebi"*. O marido apressadamente mostrou-me o relatório e disse *"Está aqui escrito e estive a ver na internet, é isso que quer dizer"*. Anidramnio, dizia o relatório. Tentei esclarecer e tranquiliza-los da forma possível, mas eu própria fui esclarecer as minhas dúvidas com o meu supervisor clínico. Não seria expectável que se conseguisse manter aquela gravidez por muito mais tempo, mas enquanto o CTG estivesse bem, seria para vigiar e esperar.

Foi o último dia em que os vi. Quando voltei ao serviço, e já não os encontrei, perguntei à equipa por esta família. Contaram-me que no mesmo dia em que estive com eles, e abordamos

a questão do relatório da ecografia, a Sra. T começou a referir dor e mais contratilidade. A cervicometria avaliada perante este quadro era de 3 cm de dilatação. Foi transferida para o BP e nessa madrugada nasceram, de parto vaginal, o Mateus e o Martim. 1 Kg e pouco cada um mas, de acordo com os EESMO, bem. Transferidos para o serviço de Neonatologia em ventilação não invasiva. A Sra. T permaneceu internada no Serviço de Puérperas, numa ala adjacente ao Internamento de Grávidas, por mais dois dias e teve alta. Os EESMO do Internamento de Grávidas ainda estiveram com ela uma vez ou outra em que se encontraram nos corredores e ela foi inclusivamente despedir-se, agradecer e levar umas lembranças. Contudo, as últimas notícias não eram as melhores. O Matias não tinha sobrevivido a uma infeção.

2ª Etapa: Pensamentos e Sentimentos

Perante esta notícia surgiram vários sentimentos. Tristeza, incredulidade e frustração, acho que são as principais emoções que podem descrever o que senti naquele momento.

Tristeza pelo desfecho, pela empatia com aquela família e por imaginar o que estariam a passar, por me conseguir colocar no seu lugar e perceber o quão complicado pode ser este seu processo de luto e a dualidade de sentimentos que podem estar a vivenciar. A alegria pelo seu bebé sobrevivente, mas na sombra da perda de um dos bebés. A reação das outras crianças que esperavam ansiosamente pelos dois manos com lhes chamavam de forma carinhosa e que agora teriam de compreender que receberiam apenas um. Todo um reformular do futuro desta família perante a fatalidade. Por outro lado, também fiquei triste pelo Matias, a quem eu já parecia conhecer. Fiquei triste como se perdesse alguém que eu já conhecia, apesar de nunca o ter visto.

Incredulidade porque nunca pensei que este fosse o desfecho. Na minha cabeça surgiram imediatamente as perguntas: "Como e Porquê?". Apesar da situação, de risco, o CTG esteve sempre tranquilizador para os dois fetos, as ecografias não manifestavam preocupações adicionais. A vigilância foi sempre adequada e houve sempre grande empenho, tanto por parte da família como por parte dos profissionais, para manter o bem-estar materno fetal nesta gravidez. Por tudo isto também o sentimento de frustração. Na minha mente era previsível que não se conseguisse manter esta gravidez pelo tempo desejado e que estes bebés teriam necessidade de permanecer em incubadoras na unidade de Neonatologia, mas sempre pela prematuridade, e nunca por comorbilidades.

Percebi no discurso da equipa de EESMO a mesma tristeza manifestando empatia com esta família. Alguns tiveram inclusivamente oportunidade de falar com esta mãe e dar-lhe um abraço quando se despediu. Também eles manifestavam algum espanto no desfecho comentando o facto de que o bebé que não tinha sobrevivido ser inclusivamente aquele que teria bolsa amniótica intacta, sendo de esperar que fosse o que tinha menos riscos.

Percebi, contudo, que, talvez pela sua experiência, não havia lugar à frustração nem a nenhum sentimento de culpa ou que deixasse lugar para qualquer questionamento sobre a “nossa” intervenção. Os EESMO estavam esclarecidos. Nada durante a vigilância e os seus cuidados tinha sido descuidado. Os bebés nasceram bem. A gravidez foi mantida durante o tempo possível, enquanto as condições se mantinham favoráveis e o encaminhamento para o BP tinha também sido atempado e clinicamente adequado. Todos os cuidados tinham sido os corretos, nada de diferente podia ter sido feito.

3ª Etapa: Avaliação

O desenvolvimento do meu tema de projeto de mestrado “Perda Gestacional Tardia – Vivências do EESMO” não se previa uma tarefa fácil neste campo de estágio. No hospital em questão as grávidas/famílias com perda gestacional só muito raramente ficam internadas no Internamento de Grávidas sendo privilegiado o seu internamento em BP. O contacto dos EESMO em funções no Internamento de Grávidas é muito limitado e nenhum dos EESMO teria alguma vez passado por uma situação de diagnóstico em contexto de serviço.

Desta forma, esta situação teve um significado muito especial e expressivo para a temática que pretendo desenvolver pois permitiu-me identificar e explorar as vivências do EESMO perante a perda, mesmo que não enquanto os seus cuidados diretos, mas, sem dúvida, a uma proximidade muito significativa.

Se por um lado esta situação é irrevogavelmente negativa tanto para os pais como para os profissionais, foi positivo tê-la vivenciado no decorrer do meu processo de aprendizagem pois permite a identificação e análise de atitudes, comportamentos e sentimentos meus e dos restantes profissionais.

4ª Etapa: Análise

A natureza excecional da perda perinatal torna-a um evento com repercussões negativas inclusivamente para os profissionais de saúde sendo uma experiência emocionalmente exigente que desencadeia diversas reações físicas, sociais, psicológicas, cognitivas e comportamentais⁴ à semelhança do que acontece nas várias fases do processo de luto⁵ descritas por diversos autores e onde são vivenciados sentimentos de tristeza, impotência e sensação de fracasso^{6,7,8,9}, como aqueles que eu própria vivenciei e que pude identificar nos discursos dos EESMO. O facto de entenderem a perda como algo que não lhes pertence conduz à necessidade da gestão das suas emoções, na medida em que a expressão das mesmas pode ser interpretada como falta de profissionalismo, favorecendo assim comportamentos de evitamento no processo de cuidar e cuidados focados na tarefa enquanto estratégia de proteção individual.^{4,6,7,8,9} A prestação de

cuidados pré-natais exige assim um esforço ou competências psicológicas adicionais.⁴ Este facto é bastante relevante neste contexto clínico em que o distanciamento das famílias é muito dificultado pela proximidade física e temporal requerida em alguns destes internamentos. Neste contexto concretamente, o facto de a equipa ser muito reduzida conduz a que o tempo de contacto entre cada EESMO e família seja elevado favorecendo assim a relação que se estabelece tornando difícil o afastamento propriamente dito, mas obrigando à gestão desta proximidade. Estes aspetos estão ainda contemplados na literatura como fatores de stress profissional potenciadores do processo de luto profissional a par da sobrecarga laboral, falta de pessoal e más condições de trabalho.^{10,11,12,18}

O impacto do luto profissional pode assumir aspetos positivos e negativos dos quais se destacam como essenciais o querer melhorar os cuidados prestados no futuro e a motivação para aprender mas também a redução da sensibilidade face à morte, a desumanização dos cuidados com a devida necessidade de distanciamento emocional e consequentemente a diminuição da qualidade dos cuidados.^{12,18} É então necessário encontrar as devidas estratégias de coping¹² que possam assegurar a vivência do luto profissional por forma a evitar complicações para os profissionais de saúde e neste campo, os EESMO deste serviço em questão manifestaram ter estratégias de coping institucional¹² adequadas na medida em que existe suporte e abertura entre colegas para a partilha de experiências e emoções.

Apesar de que cada EESMO vivencia estes processos de perda de acordo com as suas experiências pessoais e profissionais, crenças, valores, cultura e espiritualidade^{15,16}, todos manifestaram reconhecer a complexidade do luto perinatal através de frases como "Agora vão para casa apenas com um bebé" verbalizadas com uma feição de tristeza e compaixão demonstrando assim a noção de que, para além da perda física há também uma perda de um futuro, de uma perspectiva, de uma vida idealizada¹⁷.

5ª Etapa: Conclusão

Neste caso em particular pude confrontar-me com algumas das minhas limitações e perceber a necessidade de trabalhar a minha relação com as famílias. Com as minhas características pessoais é fácil estabelecer uma relação de alguma afetividade, para além da empatia que continuo a considerar necessária, e deixar-me conduzir não apenas pela ciência, mas pelas minhas crenças e desejos. Este aspeto condiciona a que possa ter expectativas, por vezes, pouco realistas sendo o impacto de desfechos negativos mais significativo para mim. Não se trata de fazer prevalecer a atitude pessimista, mas sim de me permitir colocá-la como hipótese.

A confiança que devo manter na qualidade dos meus cuidados, assegurando sempre que são os melhores e mais adequados, deve ser-me útil para que não me sinta culpabilizada por situações que estão fora do meu alcance. É importante, em cada situação, refletir sobre se poderia ter feito diferente ou melhor, mas também ter o discernimento para perceber o que não depende de mim e da minha prestação.

A rede de apoio, as estratégias de coping manifestaram-se, corroborando com o que nos diz a literatura, essenciais para ultrapassar as dificuldades que nos trazem estes processos. O poder falar com a equipa, sem receio de julgamentos, poder ouvir como os que com mais experiência se comportam, se defendem, mas também como encontraram estratégias para resolver estes conflitos sem prejuízo da qualidade dos cuidados prestados. A rede de apoio familiar e de amigos com quem possamos partilhar estes acontecimentos, o conseguir separar a vida profissional da vida pessoal, todos estes aspetos são de extrema importância para ultrapassar com sucesso estes processos de luto inevitáveis.

6ª Etapa: Planear ação

Não considero que possa fazer um planeamento futuro para estas situações, considerando o ambiente em questão, Internamento de Grávidas. Muitas das vezes não conhecemos os desfechos, ou conhecemos os desfechos até ao BP e depois frequentemente perdemos o contacto.

É difícil prever o que iremos sentir perante estas notícias, mas considerando que, no meu caso em particular, esses sentimentos estão diretamente relacionados com as expectativas e o tipo de relação que estabeleci com a família, julgo que o importante é fazer uma gestão mais adequada da relação sem me afastar e assim condicionar os cuidados e estabelecer expectativas realistas de acordo com as situações clínicas. Julgo que a própria experiência me vai ajudar neste sentido.

Manter a prestação de cuidados de qualidade, baseados na evidência científica, seguindo os devidos protocolos de atuação e zelando sempre pela segurança por forma a que, de modo algum, me possa sentir culpabilizada e evitar a sensação de fracasso ou frustração.

No entanto, é importante também aceitar que o luto profissional existe, que muitas das vezes estes processos são inevitáveis, mas que conseguir resolvê-los é o mais importante continuando sempre a contar com a minha rede de apoio, pessoal e profissional, tendo também em conta as minhas estratégias individuais de coping.

Não conseguirei evitar o luto, mas deverei conseguir vivenciá-lo, resolvê-lo, resignificá-lo.

Referências Bibliográficas

1. Monteiro I, Loureiro F. Learning report: SWOT analysis of an adolescent death experience in the context of clinical teaching. *RevSALUS – Revista Científica da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia* [Internet]. 2023 [cited 2025 novembro 30]; 3(1). Available from: <https://revsalus.com/index.php/RevSALUS/article/view/488/331>.
2. Mota AR, Loureiro F. Clinical practice experience in a neonatal care unit: analysis according to the SWOT methodology. *RevSalus – Revista Científica da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia* [Internet]. 2024 [cited 2025 novembro 30]; 6(1). Available from: <https://revsalus.com/index.php/RevSALUS/article/view/659/478>.
3. Gibbs G. *Learning by doing*. First. Sharpe R, editor. Oxford Brookes University 2013. 134p.
4. Schmalfuss JM, Matsue RY, Ferraz L. Mulheres em situação de perda fetal: limitações assistenciais de enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2019 [cited 2024 novembro 25]; 72(3): 381-384. Available from: <https://www.scielo.br/rben/a/t7mkLN3f36xTDSkTZSDsT4x/?format=pdf&lang=pt> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0261>.
5. Gama MG. *O Luto Profissional nos Enfermeiros* [Tese de Doutoramento]. [Lisboa]: Universidade católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde; 2013. 264p.
6. Morim AM, Freitas CM. A perda gestacional na perspectiva do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica: protocolo de uma scoping review. *Studies in Health Sciences* [Internet]. 2024 [cited 2024 novembro 14]; 5(3): 1-13. Available from: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/shs/article/view/5373/3640> DOI: 10.54022/shsv5n3-001
7. Monteiro VL. *Perda Gestacional e Processo de Luto: Vivências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica* [Dissertação de Mestrado]. [Viseu]: Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu; 2013. 129 p.
8. Silveira GM. *Vivência do luto inesperado por perda gestacional tardia* [Dissertação de mestrado]. [Lisboa]: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2020. 97p.
9. Meireles JC. *Atitude do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica perante as Famílias que Vivenciam a Morte Fetal* [Dissertação de mestrado]. [Lisboa]: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2023. 103p.
10. Gray, P., Senabe, S., Naicker, N., Kgalamono, S., Yassi, A., & Spiegel, J. Workplacebased. *Organizational Interventions Promoting Mental Health and Happiness among Healthcare Workers: A Realist Review*. *International Journal of Environmental Research and Public*

- Health. 2019 [cited 2023 junho 5]; 16(22): 4396. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph16224396>
11. Kave YV, Sonti BS, Morton DG, James S. Supporting the needs of midwives caring for women with perinatal loss in South Africa. *British Journal of Midwifery* [Internet]. 2023 [cited 2023 maio 20]; 31(1): 16-22. Available from: <https://doi.org/10.12968/bjom.2023.31.1.16>
12. Anibal SA. Desenvolvimento e Validação da Escala de Avaliação das Necessidades de Formação no Luto (ENFL) [Dissertação de Mestrado] [Lisboa]: Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida; 2024. 118p.
13. Mashamba E. K. Ramavhoya I. T. The stress of the midwife: Experiences of advanced midwives working in obstetric emergency units in Johannesburg, South Africa. *African Journal of Reproductive Health* [Internet]. 2021 [cited 2023 maio 20]; 25(5): 93-104. Available from: [file:///C:/Users/Admin/Downloads/ajol-file-journals_49_articles_221384_submission_proof_221384-377-542299-1-10-202212%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/ajol-file-journals_49_articles_221384_submission_proof_221384-377-542299-1-10-202212%20(1).pdf) - DOI: 10.29063/ajrh2021/v25i5.10
14. Fernández-Basanta S, Coronado C, Bondas T, Llorente-García H, Movilla-Fernández MJ. Desvendando a dor da perda involuntária da gravidez: uma meta-etnografia das experiências emocionais de parteiras e enfermeiras. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2022 [cited 2023 maio 20]; 36(3):599-613. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/scs.13028> - DOI: 10.1111/scs.13028.
15. Basanta SF, Coronado C, Bondas T, Fernández MJ. Primary healthcare midwives' experiences of caring for parents who have suffered an involuntary pregnancy loss: a phenomenological hermeneutic study. *Midwifery* [Internet]. 2021 [cited 2024 novembro 25]; 92. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613820302357>
16. Fai CM, Arthur DG. Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *Journal of advanced nursing* [Internet]. 2009 [cited 2024 novembro 25]; 65(12): 2532-2541. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05141.x>
17. Oliveira CM. Um amor sem colo: A utilidade dos rituais de luto na perda gestacional [Dissertação de Mestrado]. [Porto]: Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação; 2020. 47p.

Apêndice AD – Projeto de Melhoria Continua dos Cuidados na Comunidade - Assistência no Luto Gestacional/Perinatal

Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa
1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

PROJETO DE MELHORIA CONTINUA DOS CUIDADOS NA COMUNIDADE: ASSISTÊNCIA NO LUTO GESTACIONAL/PERINATAL



Trabalho elaborado por:
Marta Xavier, n. 9208

Supervisora Clínica:
EESMO Liliana Nunes

Supervisora Pedagógica:
Professora Doutora Maria Maceiras

ÍNDICE

1. Introdução	1
2. Identificação e descrição do problema	1
3. Percepção do problema	6
4. Objetivos	10
5. Percepção das causas	10
6. Planeamento e execução de tarefas e atividades	12
7. Verificação dos resultados	13
8. Estandarização e treino da equipa	13
9. Reconhecimento e partilha do sucesso	13
10. Considerações éticas	13
11. Considerações finais	13
12. Referências bibliográficas	15

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Guia Orientador para Assistência no Luto Gestacional/Perinatal	17
---	----

1. Introdução

O presente trabalho baseia-se na metodologia de organização de Projetos de Melhoria Contínua dos Cuidados de Enfermagem publicado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), realizado no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa em Lisboa. O seu desenvolvimento insere-se nas atividades de ensino clínico em contexto de Cuidados de Saúde Primários, de forma a compreender a relevância da articulação e partilha de informação entre os vários prestadores ou unidades de saúde para a qualidade e continuidade de cuidados no luto gestacional/perinatal.

A estrutura deste trabalho assenta na proposta de Pedro Salvada, adaptada às necessidades específicas dos projetos de enfermagem, organizando-se em oito fases: (1) identificação e descrição do problema; (2) percepção do problema; (3) formulação de objetivos iniciais; (4) percepção das causas; (5) planeamento e execução das tarefas e atividades; (6) verificação dos resultados; (7) definição de medidas corretivas, estandarização e formação da equipa; e (8) reconhecimento e partilha do sucesso¹.

2. Identificação e descrição do problema

O presente projeto enquadra-se no referencial conceptual e nos enunciados descritivos de enfermagem definidos pela OE, uma vez que se centra no utente e tem como foco a prestação de cuidados orientados para a **satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem**².

Vivenciar uma perda gestacional/perinatal é um acontecimento que muda a vida. O foco das consequências pode variar de acordo com os pais, o género e a cultura³. Contudo, de uma forma geral, o luto gestacional/perinatal é considerado um luto complexo na medida em que engloba não só a perda real, mas também a perda de expectativas, sonhos, projeto de vida e a concretização da parentalidade^{4,5}. Muitas vezes incompreendido, é categorizado como um tipo de luto desautorizado na medida em que não é reconhecido pela sociedade conduzindo a sentimentos de desvalorização por parte da mulher/família podendo culminar em situações de luto prolongado⁶. O respeito, que se impõe, pela individualidade da mulher/família são uma permissão para

a **satisfação do cliente** bem como a procura constante da empatia e o envolvimento dos conviventes significativos no processo de cuidados.

Do ponto de vista da **promoção da saúde**, este projeto foca-se na identificação da situação de saúde da mulher/família do ponto de vista da vivência da perda, do grau de luto e adaptabilidade, da sua rede de apoio, particular e comunitária; na promoção do potencial de saúde através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de luto e de vida após a perda; no apoio e orientação cognitiva e de novas capacidades possibilitando a mulher/família a encontrar estratégias de coping eficazes. O luto deve ser vivenciado e não evitado, por mais doloroso que possa ser, pois é através dele que os pais entram em contato com a nova realidade, até que consigam superá-la e, a seu tempo, atribuir-lhe um novo significado⁷.

A **prevenção de complicações** visa identificar alterações no processo normal de luto, de adaptabilidade ou de recursos, disponíveis e utilizados, que potencialmente possam conduzir a um luto complicado, prolongado ou disfuncional e desta forma intervir ou referenciar para outros profissionais ou recursos da comunidade, nomeadamente psicologia ou grupos de apoio ao luto. O apoio da psicologia clínica é defendido na literatura e é uma premissa da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno Fetal (SPOMM)⁸.

A promoção e garante da adequada vivência do luto que possibilite a **readaptação funcional** da mulher/família enlutada é o foco dos cuidados de enfermagem. A adaptação individual e familiar, a otimização das capacidades da mulher/família e o aproveitamento dos recursos da comunidade são aspetos a monitorizar.

Por outro lado, a perda gestacional/perinatal e o consequente luto têm impacto não só nas famílias, mas também nos profissionais que as acolhem e que são responsáveis pelos cuidados às mesmas⁹. Apesar das competências que estão inerentes à profissão e ao estatuto do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), a evidência científica diz-nos que é essencial um maior investimento na educação nesta área⁷. A formação e preparação específica acerca do luto perinatal permite que os profissionais possam adquirir confiança nas suas habilidades e elevem o padrão de cuidados¹⁰, promove o estabelecimento do vínculo e a relação terapêutica com as famílias¹¹, evita o afastamento e proporciona a aquisição da experiência

2

necessária para a sua própria gestão de emoções e sentimentos¹⁰, possibilitando também reduzir o estigma e estabelecer cuidados respeitosos, incluindo reconhecimento e apoio para respostas ao luto e provisão para as necessidades físicas e psicológicas. É essencial o investimento na formação académica¹¹, mas também uma cultura organizacional que incentive o apoio ao luto através da formação⁸.

Neste sentido, do ponto de vista da **organização dos cuidados de enfermagem**, a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem que promova a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional, de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente as necessidades de cuidados a cada mulher/família é essencial não só para a continuidade e qualidade dos cuidados bem como para a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional. A prática de enfermagem pode ainda beneficiar com utilização de diretrizes e protocolos que orientem e balizem os cuidados aos casais perante uma perda gestacional. A existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade dos cuidados deve ser promovida¹¹.

A relevância da informação de enfermagem para a governação em saúde é consensual, não apenas pelos imperativos de natureza legal e ética como pela sua importância para as decisões clínicas, continuidade e qualidade dos cuidados, gestão, formação, investigação e processos de tomada de decisão¹².

Em 2007, a OE em conjunto com o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) definiu um conjunto mínimo de normas para o desenvolvimento de Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE) integrado no Sistema Nacional de Informação de Saúde cujos princípios gerais são: possibilitar a gestão da informação e a produção de conhecimento; os sistemas de informação e os registos eletrónico devem contemplar a utilização obrigatória da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIEP[®]); as aplicações informáticas devem ser desenvolvidas de modo a permitirem a documentação da prática de enfermagem e garantir o desenvolvimento, a descrição e acompanhamento dos cuidados de enfermagem em todos os contextos da sua prática; e, por último, os registos eletrónicos de enfermagem devem possibilitar a optimização dos Resumos Mínimos de Dados¹³.

3

O desenvolvimento de uma estrutura de partilha de informação e de articulação do SIE interinstitucional visa melhorar de forma significativa, e através da continuidade dos cuidados, o acesso e a qualidade dos cuidados de enfermagem. A informatização e a intercomunicabilidade nos SIE pretende viabilizar uma maior circulação e partilha de informação com resultados numa melhor prestação e mais rápido serviço aos utentes¹⁴.

No que respeita aos focos de enfermagem e ao Core de Focos do Resumo Mínimo de Dados o projeto integra-se nos focos do luto e luto familiar que se entendem, respetivamente, por: “Emoção: sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa, antecipatória ou real; choque e descrença (fase de choque); exaustão, cansaço extremo e letargia, angústia mental, reações de perda e pranto, chorar ou soluçar, alarme, descrença, raiva, negação (fase de reação); ajuste, aceitação, reorientação, expressão de sentimentos de perda, aceitação da realidade da perda, ausência de stress somático, expressão de expectativas positivas sobre o futuro (fase de aceitação)” e “Processo de luto: experienciado pela família após a perda de um ente querido ou de um bem material ou imaterial, com manifestação de sofrimento acompanhado por sintomas físicos e emocionais em mais do que um membro da família, ambiente familiar de luto e sofrimento, tristeza partilhada e desorganização temporária das rotinas familiares”^{15(p. 021)}.

Do ponto de vista do utente, foco dos cuidados, é definida a família, como “Grupo: Unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes.”^{15(p. 115)}. A identificação da resposta afetiva ou adaptativa da pessoa/família à perda tem por base intervenções de enfermagem como apoiar o luto/processo de luto familiar e avaliar o luto¹⁴.

A problemática assenta sobre o luto gestacional/perinatal que decorre em contexto de uma perda intrauterina ou até ao 7º dia de vida do recém-nascido podendo se categorizar como: **Perda gestacional precoce**: decorre quando há interrupção inesperada da gravidez após a mesma ser clinicamente reconhecida e até às 24 semanas de gestação, excluindo a gravidez ectópica e a gravidez molar; **Perda Gestacional Tardia**: ocorre intraútero, numa gestação com 24 ou mais semanas, ou no caso de fetos com

4

peso >500gr, independentemente da idade gestacional¹⁵; **Morte Fetal**: Todas as perdas que se verifiquem antes da expulsão completa ou da extração do produto de concepção, independentemente da idade gestacional; **Nado Morto**: morte intrauterina após as 28 semanas de gestação, que pode ocorrer antes do início do trabalho de parto ou durante o mesmo; **Morte Neonatal Precoce**: ocorre até ao 7º dia de vida; **Morte Neonatal Tardia**: ocorre do 7º ao 28º dia de vida; **Morte Perinatal**: engloba a perda gestacional tardia e a morte neonatal precoce¹⁶; **Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG)**: em Portugal é legal e permitida por opção da mulher até às 10 semanas de gestação (10 semanas + 6 dias), contadas desde a data da última menstruação (DUM) e confirmadas por ecografia, mediante consulta prévia num centro de saúde ou hospital, com um período de reflexão obrigatório de 3 dias, e pode ser realizada no SNS ou clínicas autorizadas, com direito a apoio psicológico e social, sendo também permitida mais tarde em casos específicos como violação ou malformação fetal grave¹⁷; **Interrupção Médica da Gravidez**: até às 10 semanas: Por opção da mulher, após consulta e 3 dias de reflexão; até às 12 semanas: Para evitar perigo grave para a vida ou saúde física/psicológica da grávida, ou se houver previsão de malformação fetal incurável; até às 24 semanas (ou mais): Se houver previsão de doença fetal grave ou inviabilidade do feto¹⁸.

A perda gestacional/perinatal ocorre maioritariamente em contexto hospitalar, sendo posteriormente transferida a responsabilidade do acompanhamento para os cuidados de saúde comunitários. A ausência ou insuficiência de articulação da informação entre os diferentes níveis de cuidados compromete a continuidade, a personalização e a humanização da assistência às famílias em luto. A OE reconhece a continuidade e coordenação dos cuidados como dimensões fundamentais da qualidade, sendo responsabilidade do enfermeiro assegurar uma transição segura e eficaz entre contextos assistenciais. A inexistência de mecanismos formais de comunicação e partilha de informação relevante sobre situações de luto gestacional/perinatal dificulta a identificação precoce das famílias, atrasando a intervenção comunitária.

3. Percepção do problema

De acordo com dados demográficos mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2023 registaram-se 136 óbitos neonatais (133 em 2022), dos quais 86 ocorreram no período neonatal precoce. A taxa de mortalidade neonatal precoce foi de 1,0‰, semelhante à registada em 2022. A mortalidade perinatal, que corresponde à mortalidade fetal tardia (para efeitos estatísticos são considerados, neste indicador, fetos-mortos com 28 ou mais semanas de gestação) e à mortalidade neonatal precoce reflete o comportamento evidenciado por estes dois fenómenos. Em 2023, o número de óbitos perinatais diminuiu para 259 (291 em 2022), em resultado da redução do número de óbitos fetais tardios. Neste ano, os óbitos fetais tardios representaram 66,8% e a mortalidade neonatal precoce 33,2% do total de óbitos perinatais. Registaram-se 259 óbitos fetais de mães residentes em Portugal, menos 32 do que em 2022 (291 óbitos fetais). Este valor poderá não corresponder à totalidade dos óbitos fetais ocorridos, uma vez que a obrigatoriedade de registo estabelecida pelo Código do Registo Civil é imposta, com exceções, apenas para fetos-mortos com idade gestacional igual ou superior a 22 semanas completas. Em 2023 observaram-se 173 óbitos fetais com idade gestacional igual ou superior a 28 semanas completas, o que representa uma diminuição de 15,2% relativamente a 2022. A taxa de mortalidade fetal tardia, que compara o número de fetos mortos de 28 e mais semanas com o total dos nados-vivos e fetos mortos de 28 e mais semanas ocorridos no período considerado, em 2023, foi de 2,0‰¹⁹.

Importa salientar que, qualquer que seja a fase da sua gravidez, uma mulher, sente-se, por norma, mãe no momento em que vê um teste de gravidez positivo pelo que o sentimento de perda é partilhado por todos que por ela passam independentemente da idade gestacional em que ocorre².

Luto/Processo de luto (tipos de luto, processo de luto)

O luto é a reação individual, a resposta normal, saudável, dinâmica e universal, à perda de um ente querido e comporta diferentes manifestações psicológicas, comportamentais ou somáticas por parte de quem o vivencia. Não pode ser visto como um estado patológico e não carece de indicação de tratamento médico, embora

naturalmente cause um afastamento da conduta normal da vida, logo será superado após certo tempo e perturbar esse processo é inapropriado e prejudicial¹⁸.

São várias as teorias sobre o luto e vários os autores que o têm estudado sendo que algumas ideias são consensuais: o luto é um processo que se caracteriza por várias fases, etapas ou tarefas; o luto não tem um fim em si. É, ao longo do processo, integrado na história de vida da pessoa enlutada¹⁸.



Quadro 1. Processo/Teorias do Luto¹⁸

Na literatura são descritas as diversas tipologias do luto: **Luto normal**: processo que conduz à transformação no sentido de crescimento individual/pessoal; **Luto complicado ou prolongado** (anteriormente denominado como patológico): reconhecido no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – 5 – TR, Perturbação do Luto Prolongado); **Luto antecipatório e preparatório**: associado à doença terminal, é o luto que ocorre antes da morte. É uma forma de preparação para a perda, permitindo que familiares e doentes comecem a ajustar-se à nova realidade, lidando com a finitude e as mudanças futuras; **Luto desautorizado**: resulta da falta de reconhecimento: da relação do enlutado com o objeto da perda, da circunstância da morte/perda, das manifestações do luto, do próprio enlutado e/ou da própria perda. Este tipo de luto tem um risco aumentado de alterações no seu processo normal e por esse motivo de conduzir a uma perturbação de luto prolongado.

Luto gestacional/perinatal (reconhecimento legal do luto gestacional/perinatal)

No caso da perda gestacional, estar em luto pode ser uma tarefa complexa. Além da perda real de um filho, é preciso ainda lidar com a perda das expectativas, do sonho e da família idealizada. O casal que sofre uma perda gestacional não é privado somente da convivência com o filho, mas também do seu projeto de vida e parentalidade¹⁹. Este facto assume maior relevo uma vez que este luto é muitas vezes incompreendido e desvalorizado por outros, desde profissionais de saúde, restante família e sociedade na medida em que é encarado como um luto por alguém que não se conheceu, que não deixou lembranças, que não viveu configurado a tipologia de luto desautorizado. Esta incompreensão pode conduzir a processos de luto silenciosos e vivenciados em isolamento, refletindo-se muitas vezes na ausência de estratégias de coping, ou na sua utilização de formas desadequadas e ineficazes culminando em lutos não adaptativos e prolongados⁵.

Legislação

A reforma do Código do Trabalho de 2009, efetuada pela Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, introduziu o direito da trabalhadora a licença, em caso de interrupção da gravidez, com duração entre 14 e 30 dias²⁰.

O artigo 251.º do Código de Trabalho refere que o familiar tem direito a faltar “até vinte dias consecutivos, por falecimento de parente que seja descendente no 1.º grau na linha reta ou por perda gestacional.” Este direito aplica-se a ambos os progenitores²¹.

No âmbito das mais recentes alterações ao Código do Trabalho, introduzidas pela Lei n.º 13/2023, de 3 de abril, foi adicionado um novo direito na parentalidade: o direito a faltar ao trabalho, por motivo de luto gestacional, ou seja, por luto pela perda de um filho durante o período de gestação. Assim, nos casos em que não haja lugar à licença por interrupção da gravidez (perdas gestacionais precoces, não abrangidas por baixas médicas), a trabalhadora pode faltar ao trabalho, por motivo de luto gestacional, até 3 dias consecutivos. Por seu lado, o pai também tem **direito a faltar ao trabalho, até 3 dias consecutivos, por motivo de luto gestacional**, mas apenas quando se verifique o

8

gozo, por parte da mãe, da licença por interrupção da gravidez ou de falta por motivo de luto gestacional²². Estas faltas ao trabalho são consideradas faltas justificadas e não determinam a perda de quaisquer direitos sendo, pois, consideradas como prestação efetiva de trabalho (paga integralmente pela entidade patronal)²³. Estando isentas da apresentação de baixa médica, para o seu gozo, a trabalhadora e o trabalhador têm que informar os respetivos empregadores, apresentando, logo que possível, prova comprovativa da morte do bebé durante a gestação. São exemplos: declaração de estabelecimento hospitalar, ou centro de saúde. A violação, pelo empregador, deste novo direito atribuído aos trabalhadores, constitui prática de contraordenação grave²².

Assistência no luto gestacional/perinatal

De acordo com o regulamento das competências específicas do EESMO, ao mesmo compete providenciar “cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher (...)” concebendo, planeando, implementando e avaliando “intervensões de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neonatal”²⁴ (p.13564).

Os cuidados recebidos pelos profissionais de saúde estão associados, de forma muito significativa, às vivências do casal durante o processo de perda gestacional e luto podendo contribuir como fator facilitador ou dificultador²⁵.

Existem várias diretrizes, internacionais, publicadas por organizações como *United Kingdom's RCOG, ACOG e Perinatal Society of Australia and New Zealand*, que visam orientar os profissionais de saúde, nomeadamente, o EESMO, nos cuidados biopsicossociais em situações de perda gestacional. Em Portugal, as únicas diretrizes encontradas para o apoio à assistência nestes casos foram publicadas pela SPOMMF e incluem, sobretudo, orientações de conduta clínica.

As diretrizes fazem ainda recomendações para a assistência a estas mulheres/famílias em cada fase concreta desde o diagnóstico. Relativamente à fase de alta hospitalar, as recomendações são explícitas e ditam que **a mulher deve ser referenciada à consulta de puerpério**⁶ sendo que os cuidados pós-natais devem incidir no acompanhamento para avaliação e vigilância de quaisquer problemas de saúde física ou mental em curso. As recomendações são perentórias no que respeita aos cuidados

9

na comunidade referindo que todos os serviços/colaboradores responsáveis pelo cuidado da mulher durante a gravidez e após o parto devem ser informados e que todas as consultas pré-natais existentes devem ser canceladas – as maternidades devem manter uma lista das especialidades que provavelmente precisam de ser contactadas e também devem notificar⁷.

4. Objetivos

4.1. Objetivo geral

- Promover a comunicação efetiva entre as unidades hospitalares e os cuidados de saúde primários, favorecendo a humanização, continuidade e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a famílias em luto gestacional/perinatal.

4.2. Objetivos específicos

- Analisar os mecanismos de comunicação existentes entre as unidades hospitalares e os cuidados de saúde primários;
- Identificar lacunas na transmissão de informação relevante para os cuidados de enfermagem;
- Propor um circuito de comunicação estruturado entre as diferentes unidades de saúde que garanta a transmissão atempada de informação pertinente para a continuidade dos cuidados de enfermagem;
- Assegurar o contato precoce das unidades de cuidados de saúde primários com as famílias enlutadas.

5. Percepção das causas

No sentido de identificar e compreender a assistência, a nível dos cuidados de saúde primários a famílias em situação de luto gestacional/perinatal e quais as principais lacunas, barreiras e, consequentemente, as suas causas, foi realizada uma análise SWOT baseada na informação disponibilizada pelos EESMO da UCC.

10

Análise SWOT:

	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Fatores Internos	FORÇAS - Equipa motivada; - Recursos disponíveis, nomeadamente, psicologia clínica e apoio social.	FRAQUEZAS - Falta de conhecimento na área do luto gestacional/perinatal; - Falta de protocolos ou diretrizes que orientem a assistência a famílias em luto gestacional/perinatal.
Fatores Externos	OPORTUNIDADES - UCC integrada em ULS; - Sistemas de informação, dentro da ULS/SNS, permitem a partilha de informação e articulação interinstitucional - Elaboração e divulgação de protocolos e diretrizes internas que visam colmatar as lacunas na partilha de informação; - Promoção de boas práticas através da discussão/ sensibilização e formação dos profissionais envolvidos.	AMEAÇAS - Inexistência de um circuito formal de comunicação entre hospital e cuidados de saúde primários; - Inexistência de referênciação interinstitucional ou alertas no sistema informático; - Falhas na transmissão de informação relevante para os cuidados de enfermagem; - Atrasos no contacto da equipa comunitária com as famílias; - Descontinuidade dos cuidados e risco de respostas pouco adequadas às necessidades emocionais.

11

a) Critérios de qualidade

- Existência de comunicação estruturada aquando da alta hospitalar;
- Informação relevante acessível aos enfermeiros dos cuidados de saúde primários;
- Contacto comunitário precoce com a família.

b) Indicadores

- % de situações de luto comunicadas à unidade de cuidados de saúde primários;
- % de notas de alta com informação de enfermagem específica;
- Tempo médio entre alta hospitalar e primeiro contacto comunitário;
- % de registos de acompanhamento documentados.

6. Planeamento e execução de tarefas e atividades

- Elaboração de um protocolo/diretrizes institucionais sobre os procedimentos clínico-administrativos em situação de perda gestacional/neonatal (Apêndice I);
- Elaboração de diretrizes que orientem as consultas/assistência a famílias em situação de luto gestacional/perinatal, incluindo a referênciação para as especialidades de psicologia clínica ou apoio social (Apêndice I);
- Adaptação de um registo de alerta no processo individual de saúde sobre a situação de cuidados em luto gestacional/perinatal;
- Definição de um procedimento de comunicação hospital-comunidade para situações de luto gestacional/perinatal (Apêndice I);
- Planeamento de reuniões;
- Colaboração com outros grupos de trabalho: psicologia, apoio social.

12

7. Verificação dos resultados

- Monitorização periódica dos indicadores definidos;
- Avaliação da adesão dos profissionais ao circuito estabelecido;
- Análise da qualidade e completude da informação transmitida;
- Discussão dos resultados em equipa.

8. Estandarização e treino da equipa

Após a avaliação dos resultados, as conclusões e os indicadores obtidos devem ser partilhados com toda a equipa, de modo a uniformizar conhecimentos e garantir que todos os profissionais implementam as mesmas diretrizes e orientações na prestação de cuidados a famílias em luto gestacional/perinatal.

9. Reconhecimento e partilha do sucesso

A partilha do sucesso deve envolver todos os elementos da equipa, com o objetivo de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da prática profissional, devendo ser analisadas novas intervenções e estratégias de melhoria.

10. Considerações éticas

- Respeito pela confidencialidade da informação;
- Partilha de dados estritamente necessários à continuidade dos cuidados;
- Intervenção centrada na família e no respeito pelo processo de luto.

11. Considerações finais

A elaboração de um projeto de melhoria contínua permitiu-me refletir sobre todas as suas etapas, com vista à implementação de diretrizes que sustentem boas práticas e cuidados de qualidade baseados na evidência científica.

Foi possível identificar as principais lacunas na assistência a famílias em situação de luto gestacional/perinatal em contexto de cuidados de saúde primários e como as mesmas implicam na qualidade dos cuidados e na prática profissional.

Do ponto de vista dos ganhos em saúde, este projeto visa não só as famílias como os profissionais e a própria instituição nomeadamente na promoção da vivência do

13

processo de luto normal e readaptação funcional, na prevenção de complicações como o desenvolvimento de luto prolongado, promoção da satisfação profissional e da melhoria da resposta institucional na comunidade.

14

12. Referências bibliográficas

- Ordem dos Enfermeiros. Guia para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem [Internet]. Secção Sul da Ordem dos Enfermeiros; 2013 [citado 2026 janeiro 22]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/PublishingImages/2%20Concurso%20Padrões%20de%20Qualidade_2015/Guia%20para%20elaborar_ão%20projetos%20qualidade%20RS.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem [Internet]. Lisboa: Divulgar; 2002 [citado 2026 janeiro 22]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padrões-de-qualidade-div-cuidados.pdf>
- Burden C, Merriel A, Bakhadakhi D, Heazell A. Care of late intrauterine fetal death and stillbirth. BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology [Internet]. 2024 [citado 2026 janeiro 22]; 132 (1): 1-41. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.17844> DOI: 10.1111/1471-0528.17844
- Silveira GM. Vivência do luto inesperado por perda gestacional tardia [Dissertação de mestrado]. [Lisboa]: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2020. 97p.
- Oliveira CM. Um amor sem colo: A utilidade dos rituais de luto na perda gestacional [Dissertação de Mestrado]. [Porto]: Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação; 2020. 47p.
- Nogueira M. Luto Desautorizado em Tempos de Pandemia [Dissertação de Mestrado]. [Lisboa]: Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida; 2021. 55p.
- Meireles JC. Atitude do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica perante as Famílias que Vivenciam a Morte Fetal [Dissertação de mestrado]. [Lisboa]: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2023. 103p.
- Normas de Orientação Clínica: Estudo das Situações de Morte Fetal após as 24 semanas [Internet]. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno Fetal; 2018 [citado 2026 janeiro 20]. 6p. Disponível em: <https://www.spmmf.pt/wp-content/uploads/2028/11/Estudo-das-Situações-de-Morte-Fetal-após-as-24-Semanas.pdf>
- Schmalfluss JM, Matsue RY, Ferraz L. Mulheres em situação de perda fetal: limitações assistenciais de enfermeiros. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2019 [citado 2026 janeiro 25]; 72(3): 381-384. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/reben/a/7mKLN3f56xTDBK7Z5DzT4x/?format=pdf&lang=pt> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0261>
- Monteiro VL. Perda Gestacional e Processo de Luto: Vivências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia [Dissertação de Mestrado]. [Viseu]: Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu; 2013. 129 p.
- Silva AC, Pires CS, Silva SA, Frias AM. A assistência do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica na vivência da perda gestacional: uma revisão narrativa [Internet]. 2023 [citado 2024 outubro 30]; 1: 159-174. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/231014651.pdf> DOI: 10.37885/231014651
- Ordem dos Enfermeiros. Sistemas de Informação de Enfermagem. Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde [Internet]. Outubro 2007 [citado 2026 janeiro 25]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SI-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf
- CPE @ Versão 2 [Internet]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cpe.pdf>
- Neonatal and perinatal mortality: Country, regional and global estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2006 [citado 2024 novembro 15]. Disponível em:

15

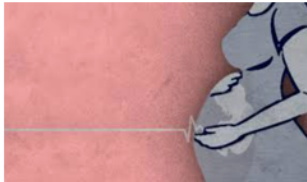
- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43444/9241563206_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y;
- SNS 24 [Internet]. [citado 2026 janeiro 15]. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/saude-da-mulher/interrupcao-voluntaria-da-gravidez/>
 - Decreto-Lei n.º 48/95 de 15 de março. Código Penal [Internet]. Lisboa: Diário da República; 1995 [citado 2026 janeiro 25]. Artigo 142.º. Interrupção da gravidez não punível. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675-216056058>
 - Estatísticas Demográficas 2023 [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP; 2023 [citado 2024 outubro 30]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=4394883678PUBLICACOESmo=2
 - Gama MG. O Luto Profissional nos Enfermeiros [Tese de Doutoramento]. [Lisboa]: Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde; 2013. 264p.
 - Salgado HQ, Polido CA. Luto Perinatal: Como lidar. 1ªed. São Paulo: Ema Livros. 2018. 127p.
 - Código do Trabalho. Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro. Artigo 38.º: Licença por interrupção da gravidez. Diário da República, 1.ª série. [citado em 2026 janeiro 28]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2009-34546475>
 - Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro. Aprova a revisão do Código do Trabalho [Internet]. Diário da República, 1.ª série, n.º 30. Artigo 251.º - Falta por motivo de falecimento de cônjuge, parente ou afim; 2009 [atualizado 2023 maio 1; citado 2026 janeiro 24]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2009-34546475>
 - Código do Trabalho. Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro. Artigo 38.º-A, n.º 1: Falta por luto gestacional. Diário da República, 1.ª série. [citado em 2026 janeiro 28]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2009-34546475>
 - Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro. Código do Trabalho [Internet]. Lisboa: Assembleia da República; 2009 [citado 2026 janeiro 28]. Diário da República, 1.ª série. Artigo 65.º, n.º 2: Regime de Licenças, faltas e dispensas. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2009-34546475>
 - Regulamento n. 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República, 2ª série – n. 85. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>
 - Ferreira LM, Góis GM, Faria MC, Correia MJ. O Luto por morte perinatal e/ou malformação do bebé. Análise Psicológica. [Internet] 1990; [citado 2026 janeiro 15]; 4(VIII): 399-402. Disponível em: <http://hdl.handle.net/104008.12/2908>
 - Galtán OL, Morera HS, Zuluaga D, Barrero A. Consecuencias en la salud mental de los padres ante un diagnóstico de muerte fetal o neonatal: Revisión sistemática. Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión [Internet] 2022. [citado 2026 janeiro 10]; 8(1). Disponível em: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enf/article/view/1885/2294> DOI: <https://doi.org/10.31243/en.uta.v8i1.1885.2023>
 - Takaki MI, Sant'Ana D de MG. A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. Cogitare Enfermagem. [Internet] 2004. [citado 2026 janeiro 20]; 9(1): 79-83. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1708/1416>
 - Miranda AM, Zangão MO. Mothers' experiences of fetal death. Revista de Enfermagem Referência. 2020 [citado 2024 novembro 3]; 5(3): 1-9. Available from: <https://www.proquest.com/openview/d0ca3169138459ce5d8180101b5f86d3/1?pq-origsite=scholar&cbl=204228> DOI: 10.12707/RV20037

16

Apêndice AE – Guia Orientador para Assistência no Luto Gestacional/Perinatal

Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa
1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

GUIA ORIENTADOR PARA ASSISTÊNCIA NO LUTO GESTACIONAL/PERINATAL



Trabalho elaborado por:
Marta Xavier, n. 9208

Supervisora Clínica:
EESMO Liliana Nunes

Supervisora Pedagógica:
Professora Doutora Maria Maceiras

ÍNDICE

Objetivos	1
Intervenientes	1
Fluxograma	1
Orientações para consulta de vigilância	3
Nova Gestação	8
Considerações legais	9
Considerações éticas	9
Luto profissional	10
Referências bibliográficas	12

Apêndices

Apêndice I – Protocolo de atendimento administrativo em caso de perda gestacional	16
Apêndice II - Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo	18
Apêndice III – Escala de luto perinatal	20
Apêndice IV – Folheto com contactos úteis para utentes com perda gestacional	22

1. OBJETIVO

Capacitar a equipa multidisciplinar para a assistência uniformizada a famílias em contexto de luto gestacional/perinatal.

2. INTERVENIENTES

Médicos, enfermeiros e administrativos da UCC, USF e UCSP Mafra.

3. FLUXOGRAMA

O fluxograma seguinte pretende uniformizar o atendimento à família após perda gestacional/neonatal.

Identificação/Referenciação da mulher/família com perda gestacional

Idealmente a **unidade hospitalar** deve informar, via email, a unidade de cuidados de saúde primários aquando da alta da puérpera. Idealmente, a **nota de alta** deve estar **anexada ao email**. Na impossibilidade de envio da nota de alta, algumas informações são essenciais para o melhor e atempado atendimento, nomeadamente: **idade gestacional na altura da perda, data do parto/expulsão do produto de concepção**.

Na falta de informação por parte da unidade hospitalar, é possível que a unidade de cuidados de saúde primários tenha conhecimento da ocorrência da perda pela própria utente ou familiar significativo. Neste caso, o funcionário que receber a informação deve acionar os mecanismos necessários para a continuidade do acompanhamento.

Procedimentos subsequentes

- Desmarcar todos os agendamentos relacionados com a gravidez (consultas, preparação para o parto...);
- Agendar consulta de vigilância do puerpério com enfermeiro de família (USF) ou EESMO (UCSP), de acordo com a necessidade e protocolo (2 semanas após a alta para perdas com IG < 24 semanas ou 4 semanas após o parto para perdas com IG > 24 semanas de gestação);
- Informar enfermeiro de família/EESMO.

O fluxograma representado abaixo deve estar disponível nos serviços administrativo de modo a uniformizar o atendimento à utente/família em luto gestacional (Apêndice I).

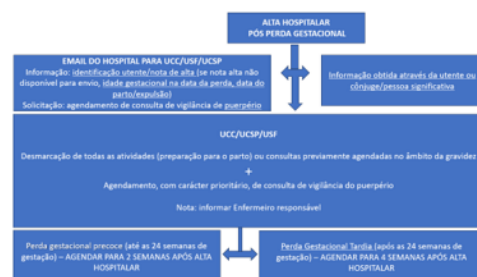


IMAGEM 1. Fluxograma – Protocolo de atendimento administrativo em caso de perda gestacional

2

4. ORIENTAÇÕES PARA A CONSULTA VIGILÂNCIA

Os cuidados de enfermagem prestados a mulheres em situação de perda gestacional implica fazer uma **avaliação precoce do processo de luto**, no sentido de se programarem as intervenções ajustadas a cada caso. Esta avaliação deverá ser efetuada através de instrumentos disponíveis para avaliação do luto gestacional/perinatal que embora desenhados para complementar não devem substituir a avaliação clínica¹.

O instrumento adaptado para avaliação do luto gestacional/perinatal, no caso de gestações com mais de 22 semanas, é a **Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)** (Apêndice II). Desenvolvida em 1987 como instrumento específico para identificar a depressão no período pós-parto, este instrumento tem sido útil no rastreio de sintomas depressivos e de ansiedade em mulheres após a perda gestacional dado o seu foco no humor, ansiedade e sentimentos de culpa, que são muito comuns em mulheres que sofrem uma perda gestacional^{1,2}.

A opção das autoras pela tradução e adaptação da **Perinatal Bereavement Grief Scale (PBGS)** (Apêndice III) deveu-se ao facto de esta ser específica para avaliação das reações de luto face às diversas perdas envolvidas, bebé e gravidez, valorizando ambas, e porque permite ser usada em situação de perda de gravidez precoce (até às 22 semanas de gestação)¹.

O apoio após uma perda, em qualquer idade gestacional, deve ser contínuo, próximo e multidisciplinar e incluir familiares, amigos e profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais)^{4,5}.

Apesar de ainda não existirem normas de orientação estandardizadas para a abordagem ao luto associado à perda gestacional, vários estudos e recomendações de boas práticas concordam com a abordagem holística, realçando a importância de **individualizar o acompanhamento de acordo com as características sociais, psicológicas, físicas, culturais, espirituais, religiosas e étnicas de cada utente**¹.

Na gestão do processo de luto gestacional devem ser demonstrados **empatia, respeito e apoio** durante o atendimento, de forma a atenuar o estigma que acompanha estas situações^{4,5,6}. A **comunicação** reveste um papel fundamental na abordagem ao

3

utente em luto, sendo importante criar o **correto ambiente físico**, com **direito à privacidade e adaptar a comunicação verbal e não verbal** à pessoa que se acompanha. A escolha de certos termos pode ser sensível nestas situações, devendo o profissional utilizar a linguagem que os pais usam para descrever o filho, a gravidez ou o feto⁴.

O que não dizer	O que deve dizer
"Ainda é nova. Vai ver que vai engravidar outra vez e vai correr tudo bem!"	"Lamento muito! Não consigo imaginar a sua dor!"
"Agora o bebé está num lugar melhor."	"O que posso fazer por si? Como posso ajudar?"
"Agora tens um anjinho a olhar por si!"	"Para o que precisar, estou aqui!"
"Foi o melhor. Se não vingou foi porque não tinha de ser. Podia haver algo de errado com o bebé!"	"O seu bebé será sempre lembrado!"
"Tudo acontece por uma razão."	"Tome o seu tempo. Não precisa ser forte agora!"
"Antes agora que mais tarde"	
"Estava tão no início que nem era um bebé!"	
"O tempo cura tudo"	

Tabela 1. Comunicação

O estabelecimento de uma **relação terapêutica** que permita adequar a consulta às necessidades do casal. O apoio oferecido deve ter como objetivo **empoderar as escolhas dos pais**. A **escuta**, a criação de um espaço livre de juízo de valor para o esclarecimento de dúvidas e medos, assim como o **reconhecimento e valorização dos sentimentos** são pilares para se conseguir uma eficiente e terapêutica comunicação profissional-utente^{4,5}.

Importa realçar que a perda gestacional representa um momento desafiante para toda a família, podendo implicar com o equilíbrio e bem-estar das relações entre os seus membros. A intimidade e a **sexualidade** do casal podem ser afetadas, sendo importante abordar estes assuntos durante as consultas e a eventual necessidade de encaminhamento para terapia psicosssexual¹.

4

A orientação comunitária é um passo fundamental na abordagem do bem-estar dos casais que sofreram uma perda. A equipa de família deve incentivar a ligação a recursos comunitários, como os grupos de partilha, que podem auxiliar na aceitação do luto e na atenuação da sensação de solidão^{6,7}. No caso de pessoas migrantes é oportuno investigar a ligação a redes de entreejuda da comunidade migrante, pilares do processo de integração no país de acolhimento⁸.

Sempre que possível e adequado, devem ser disponibilizados à família os contactos de alguns grupos de apoio e suporte ao luto (Apêndice IV).

ENTIDADE	ACESSIBILIDADE	CONTACTOS
Associação Pais Coragem - Apoio ao Luto Parental	Instituição pública Lisboa	Email: coragem.pais@gmail.com Enf. Leonor Gonçalves -- 967225886
InLuto – Associação Portuguesa de Cuidados Integrados no Luto	Instituição privada Lisboa	Email: geral@inluto.pt Tlm. 962078099
Associação Amara	Organização sem fins lucrativos	Email: amara@amara.pt Tlm. 996835413
CORDÃO (Projeto UMA A UMA)	Organização pública – Digital	Email: hello@cordao.pt
Associação Acreditar	Organização sem fins lucrativos	Email: acreditar@acreditar.pt Tlm. 217221150
Grupos de Apoio ao Luto Gestacional		Sites
Amor para além da lúia		https://amorparalemdalua.com
Amor borboleta		https://www.instagram.com/amor_de_borboleta

Tabela 2. Grupos de apoio e suporte ao luto

Após uma perda gestacional, independentemente da idade gestacional importa manter o seguimento da mulher e do casal, avaliando o planeamento de gravidezes futuras, a gestão do luto e despiste de psicopatologia, atuando em cuidados transculturais e na dimensão social e familiar de cada um⁹.

4.1. Consulta vigilância (1º mês, 3º mês, 6º mês, 1ano)^{1,10}

- o A consulta deve ocorrer num local onde não se realize a consulta de saúde materna ou de saúde infantil;
- o Cumprimente a mulher/casal de forma cortês e calorosa;
- o Apresente-se dizendo o seu nome e cargo que desempenha;
- o Envolve-se numa conversa neutra e agradável, propicia ao relaxamento e conhecimento mútuo;
- o Explique a finalidade da consulta;
- o Só então comece a colher as informações necessárias:

1º Mês	3º Mês	6º Mês	1 Ano
Estado emocional*; Rede familiar; Rede social; Validar necessidade de encaminhar para psicologia ou grupos de apoio; Preparar regresso ao trabalho; Contraceção/ Sexualidade	Estado emocional*; Validar necessidade de encaminhar para psicologia; Retorno às rotinas diárias; Contraceção/ Sexualidade.	Estado emocional*; Validar necessidade de encaminhar para psicologia; Avaliar desejo de engravidar novamente; Planear consulta pré-concepcional (se aplicável)	Estado emocional*; Realidade familiar atual; Se boa rede de suporte ponderar alta; Caso não seja possível, manter contactos anuais.

*Avaliar escala de luto perinatal (PBOS adaptada) se perda gestacional com <22 semanas ou Escala de Edimburgo se perda gestacional > 22 semanas (Apêndice III e Apêndice IV)

Tabela 3. Orientações para consulta

4.2 Registos em sistema informático (SClínico®)

Foco	Luto	"Emoção: sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa, antecipatória ou real; choque e descrença (fase de choque); exaustão, cansaço extremo e letargia, angústia mental, reações de perda e pranto, chorar ou soluçar, alarme, descrença, raiva, negação (fase de reação); ajuste, aceitação, reorientação, expressão de sentimentos de perda, aceitação da realidade da perda, ausência de stress somático, expressão de expectativas positivas sobre o futuro (fase de aceitação)"
	Luto Familiar	"Processo de luto: experienciado pela família após a perda de um ente querido ou de um bem material ou imaterial, com manifestação de sofrimento acompanhado por sintomas físicos e emocionais em mais do que um membro da família, ambiente familiar de luto e sofrimento, tristeza partilhada e desorganização temporária das rotinas familiares"
Ação	Apoiar	Ajudar social ou psicologicamente alguém a ser bem-sucedido, a evitar que alguém ou alguma coisa fracasse, a suportar o peso, a manter-se em posição e aguentar.
	Avaliar	Avaliar: Estimar a dimensão qualidade ou significado de alguma coisa
Cliente	Família	"Grupo: Unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes."
Diagnóstico	Luto	Luto
	Luto Disfuncional	Luto
	Risco de Luto Disfuncional	Luto
Intervenções	Apoiar o Processo de Luto	Apoiar
	Apoiar o Processo de Luto Familiar	Apoiar
	Avaliar o Luto	Avaliar

Tabela 4 – Processo de Enfermagem de acordo com a CIPE®

5. NOVA GESTAÇÃO

Considerando a maioria dos autores, é imperativo relembrar que não existe um ponto final no luto, podendo prolongar-se em dois a quatro meses, ou por um a dois anos. Pode concluir-se que está terminado quando é integrado harmoniosamente na vivência do presente¹.

A perspectiva de uma nova gestação pode ser assustadora, perturbadora e angustiante¹² na medida em que pode reativar medos relacionados com a perda anterior. Uma nova gestação é um momento de transformação, mas também de maior vulnerabilidade emocional¹³. A gravidez é geralmente marcada pela dualidade de sentimentos: felicidade, mas também ansiedade, insegurança, preocupações e medos^{14,15}.

O nascimento do “bebê arco íris”, símbolo de esperança, renovação, promessa e otimismo, enquanto objeto transicional entre o luto e a esperança pode também ser marcado pela mesma ambivalência de sentimentos, com risco de repercussões no processo de parentalidade e vinculação com o novo bebê^{16,17}.

A literatura distingue dois tipos de manifestações possíveis, para os quais o EESMO deve estar alerta durante a vigilância da gravidez bem como na vigilância do puerpério:

- o **Síndrome da criança de substituição**^{18,17,14}: manifestada por afastamento e falta de investimento. Nestas situações existe um evitamento na conexão emocional¹¹ com o bebê desde a gravidez, associado a sentimento de medo de esquecimento do bebê anterior, sentimento de culpa e traição, a ideia de substituição do bebê perdido pelo bebê arco-íris com dificuldade em criar laços^{19,10}.
- o **Síndrome da criança vulnerável**^{13,17,18}: postura superprotetora e de superinvestimento.

Qualquer uma das manifestações pode ter um impacto negativo no processo de vinculação e no desenvolvimento da criança pelo que, ao longo do acompanhamento da mulher/família durante o período pré-concepcional, vigilância da gravidez e puerpério, o EESMO deve ter em atenção estas possíveis manifestações de forma a intervir da melhor forma para a vivência de uma gravidez e parentalidade saudáveis.

8

A EPDS deve ser aplicada tanto nas consultas de vigilância da gravidez bem como no pós-parto.

6. CONSIDERAÇÕES LEGAIS

Algumas alterações no código do trabalho têm demonstrado o reconhecimento do luto gestacional, concedendo um período significativo de faltas justificadas a ambos os pais. Embora possam parecer poucos dias, já é um pequeno passo para o reconhecimento do luto gestacional, para o reconhecimento de uma perda que, mesmo podendo acontecer cedo na gravidez, é sempre a perda de um filho.

LEGISLAÇÃO ATUAL ^{1,20,21,22}
Detalhes importantes sobre o Artigo 251º e Perda Gestacional:
• Direito a Faltas: Permite ao pai e à mãe faltar ao trabalho por até 20 dias seguidos após uma perda gestacional (baixa médica). • Equiparação: A lei equipara a perda gestacional à morte de um descendente de 1.º grau, reconhecendo-a como uma perda parental
Outras disposições relevantes:
• Interrupção da Gravidez (Aborto): Em caso de interrupção da gravidez, a trabalhadora tem direito a uma licença específica, de 14 a 30 dias, com atestado médico • Luto Gestacional (3 dias): Existe também um direito a 3 dias de falta justificadas para luto gestacional, fora do âmbito do artigo 251º, mas relacionado com as alterações legislativas recentes para a parentalidade (sem necessidade de baixa médica). • Faltas Justificadas: Estas faltas são justificadas e não implicam perda de retribuição nem de direitos. • Comprovação: É necessário informar o empregador e apresentar, logo que possível, prova (como declaração médica ou de hospital/centro de saúde).

Tabela 5. Legislação

7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

- o Respeito pela confidencialidade da informação;
- o Partilha de dados estritamente necessários à continuidade dos cuidados;
- o Intervenção centrada na família e no respeito pelo processo de luto.

9

8. LUTO PROFISSIONAL

A perda gestacional/perinatal tem impacto não só nas famílias, mas também nos profissionais que as acolhem e que são responsáveis pelos cuidados às mesmas, não se podendo por isso descuidar que aqueles que cuidam também necessitam de ser cuidados devendo ser alvo de atenção, apoio e suporte²³.

Naturalmente a prestação de cuidados à população está diretamente ligada a uma perceção de papel de prestígio e elevada satisfação pessoal. Contudo, enfermeiros e médicos estão sujeitos a diversas fontes de stress identificadas e descritas na literatura sejam elas pessoais, como a vulnerabilidade, expectativas pessoais e falta de conhecimento e aptidões, decorrentes da própria profissão como o contato com a morte e sofrimento, o contato com as famílias e o vínculo estabelecido com as mesmas, ou decorrentes da organização institucional como a sobrecarga de trabalho, pressão na gestão de tempo e cumprimento de prazos, falta de reconhecimento e equipas conflituosas. Profissionais de saúde têm por isto um risco acrescido de desenvolver burnout e fadiga por compaixão^{24,25}.

BURNOUT: Resposta prolongada ao stress interpessoal crónico no trabalho resultante da perceção do desequilíbrio entre o esforço investido e os resultados obtidos ^{14,21} .
FADIGA POR COMPAIXÃO: Característico das profissões de ajuda. Tensão específica relacionada ao cuidado, que ocorre por meio da reexperiência de eventos traumáticos e da excitação persistente associada ao sofrimento e angústia do utente ²⁶ .

Quadro 1. Burnout versus Fadiga por compaixão

10

É necessário que os profissionais de saúde tenham em consideração algumas estratégias de coping úteis.

	Estratégias de coping ^{23,26}	Estratégias de intervenção ^{13,23,27,28}
Pessoais	Equilíbrio saudável entre vida pessoal e vida profissional; Priorização das relações interpessoais, da proximidade com amigos e família; Gestão de emoções; Processamento consciente da morte.	Prática de autocuidado: - Manutenção de um estilo de vida saudável; - Envolvimento em atividades recreativas e hobbies; - Práticas de mindfulness e meditação.
Institucionais	Suporte e abertura entre colegas; Partilha de experiências e emoções dentro da equipa.	Reuniões de equipa; Debriefing; Apoio de pares; Autocuidado em equipa; Autocuidado institucional; Grupos terapêuticos.
Inatas e de resiliência	Investimento na formação; Compromisso de prestar cuidados de saúde diferenciado e de qualidade; Estabelecimento de uma relação terapêutica com os utentes.	O investimento na formação proporciona um maior grau de satisfação pessoal, níveis mais baixos de sobrecarga emocional, exaustão emocional, medo e comportamentos de evitamento contribuindo assim para o desenvolvimento pessoal e profissional. Práticas de follow up; Estabelecer níveis de ligação com utentes e famílias.

Tabela 6. Estratégias de coping e intervenção para profissionais de saúde

11

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Direção Geral da Saúde. Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde [Internet]. 2005 [citado 2026 janeiro 28]. Disponível em: https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/Saude_Mental_e_Gravidez_primeira_infancia_Folheto_DGS_2005.pdf
2. Lee, D. T., Wong, C. K., Ungvari, G. S., Cheung, L. P., Haines, C. J., & Chung, T. K. (1997). Triagem da morbilidade psiquiátrica após aborto espontâneo: aplicação do Questionário Geral de Saúde de 30 itens e da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo. *Medicina psicossomática* [Internet]. 1997 [citado 2026 janeiro 25] 59(2), 207–210. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00006842-199703000-00014>
3. Koch, C. Santos C. Santos M.R. Tradução portuguesa, adaptação e validação da *Perinatal Bereavement Grief Scale* (PBGs) em mulheres com perda de gravidez. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet]. 2012 [citado 2026 janeiro 28] Série III (6) – 123-130. Disponível em: https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000100012&lng=pt&nml=iso&tlng=pt&script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000100012&lng=pt&nml=iso&tlng=pt
4. Schott J., Henley A., Kohner N. Pregnancy loss and the death of a baby: guidelines for professionals. 3rd ed. Sands UK/Bosun Publications; 2017.
5. Shakespeare C., Merriel A., Bakhtakhi D., Blencowe H., Boyle FM, Flenday V, et al. The RESPECT Study for consensus on global bereavement care after stillbirth. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2020 [citado 2026 janeiro 20] 149(2):137-47. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.13110>
6. Morin F, Chalmers B, Ciofani L, de Montigny F, Gower S, Hanvey L, et al. Loss and grief. In: Public Health Agency of Canada. Family-centred maternity and newborn care: national guidelines. Public Health Agency of Canada [Internet]. 2020 [citado 2026 janeiro 21]. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/maternity-newborn-care-guidelines.html>
7. Ayebare E, Lavender T, Mweteise J, Nabisiere A, Nendela A, Mukhwana R, et al. The impact of cultural beliefs and practices on parents' experiences of bereavement following stillbirth: a qualitative study in Uganda and Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*. [Internet]. 2021 [citado em 2026 janeiro 28] 21(1):443. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34172018/> DOI: <https://doi.org/10.1186/s12984-021-03912-4>
8. Sardinha J. Estratégias identitárias e esquemas de integração: os posicionamentos das associações angolanas, brasileiras e da Europa de Leste em Portugal. *Rev Migrações*. [Internet]. 2010 [citado 2026 janeiro 23] (6):59-80. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt>
9. Borelli A, Machado I, Piedade F. Aborto espontâneo e luto gestacional – Valorizar e gerir: um relato de caso. *Rev Port Med Geral Fam* [Internet]. 2024 [citado 2026 janeiro 20] vol.40, n.3, pp.300-305. Disponível em: <https://doi.org/10.32388/rpmgf.v40n3.13450>
10. Shakespeare, C., Merriel, A., Bakhtakhi, D., Blencowe, H., Boyle, F. M., Flenday, V., Gold, K., Horey, D., Lynch, M., Mills, T. A., Murphy, M. M., Storey, C., Toolan, M., Siasakos, D., & RESPECT (Pesquisa sobre Princípios de Cuidados para Natimortos Baseados em Evidências para Estabelecer Consenso Global sobre Tratamento Respeitoso). O Estudo RESPECT para consenso sobre o cuidado global ao luto após natimorto. *Revista internacional de ginecologia e obstetria: órgão oficial da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria* [Internet]. 2020 [citado 2026 janeiro 23] 149(2), 137–147. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13110>
11. CPE @ Versão 2 [Internet]. Disponível em: <https://www.ordenenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cpe.pdf>

12

12. Resende, I. G. Adaptação e vivência da gravidez após perda gestacional anterior [Dissertação de Mestrado]. [Porto]: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2021. 121p. Disponível em: <file:///C:/Users/Adriano/Downloads/conten%2010.pdf>
13. Fleck JA, Ribeiro K de OF, Rodrigues E, Soares NM. Da perda ao bebê arco-íris: uma jornada de luto e perseverança. *Rev. DELOS* [Internet]. 2025 [citado 2026 janeiro 25]; 18(66): e4724. Disponível em: <https://ojs.revistadelos.com/ojs/index.php/delos/article/view/4724>
14. Paula, M. D. S. P., Nascimento, C. B. F., & de Oliveira Cardoso, M. R. Ocupar-se de ser mãe de um bebê arco-íris. *Revista NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity* [Internet]. 2025 [citado 2026 janeiro 25]:1711. Disponível em: <https://submission.pepsic.scielo.br/index.php/nufen/article/view/25764/1614>
15. da Silva Tavares, S. T. N., Gonçalves, T. G., & Levandowski, D. C. Sobre (viver) entre partidas e chegadas: investimento em nova geração após perda gestacional. *Revista Subjetividades* [Internet]. 2023 [citado 2026 janeiro 25]; 23(2), 1-12. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/rmes/article/view/12756/7184>
16. Smith, T., Davidson, W., & Roberson, A. Permission to Love/Celebrating Your Rainbow Baby after a Reproductive Loss. *International Journal of Child Birth Education* [Internet]. 2018 [citado 2026 janeiro 25]; 33(4). Disponível em: <https://research.ebsco.com/c/view74e/viewer/pdf/g6vdceta2v>
17. Silva, M. C. D. Crianças arco-íris: A experiência de maternidade após perda gestacional/neonatal [Dissertação de Mestrado]. [Uberlândia]: Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia; 2020. 45p. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/30814/3/ExperienciaDeMaternidade.pdf>
18. Vidal, M. Gravidez após morte perinatal: sobre a relação da mãe com o bebê sobrevivente. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [citado 2026 janeiro 23]; 15, 3185-3190. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15sup2/3185-3190.pdf>
19. Código do Trabalho. Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro. Artigo 38.º: Licença por interrupção da gravidez. *Diário da República*, 1.ª série. [citado 2026 janeiro 28]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2009-34546475>
20. Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro. Aprova a revisão do Código do Trabalho [Internet]. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 30. Artigo 251.º - Faltas por motivo de falecimento de cônjuge, parente ou afim; 2009 [atualizado 2023 maio 1; citado 2026 janeiro 24]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2009-34546475>
21. Código do Trabalho. Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro. Artigo 38.º-A, n.º 1: Falta por luto gestacional. *Diário da República*, 1.ª série. [citado 2026 janeiro 28]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2009-34546475>
22. Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro. Código do Trabalho [Internet]. Lisboa: Assembleia da República; 2009 [citado 2026 janeiro 28]. *Diário da República*, 1.ª série. Artigo 65.º, n.º 2: Regime de Licenças, faltas e dispensas. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2009-34546475>
23. Schmalfuss JM, Matsue RY, Ferraz L. Mulheres em situação de perda fetal: limitações assistenciais de enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2019 [citado 2026 janeiro 25]; 72(3): 381-384. Disponível em: <https://www.scielo.br/rben/a7mkLN3F56xT6kT5DxT4x/7format=pdf&lang=pt> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0261>
24. Gray, P., Senabe, S., Naicker, N., Kgalamono, S., Yassi, A., & Spiegel, J. Workplacebased. Organizational Interventions Promoting Mental Health and Happiness among Healthcare Workers: A Realist Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019 [citado 2026 janeiro 5]; 16(22): 4396. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16224396>

13

25. Anibal SA. Desenvolvimento e Validação da Escala de Avaliação das Necessidades de Formação no Luto (ENFL) [Dissertação de Mestrado] [Lisboa]: Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida; 2024. 118p.
26. Fernández-Basanta S, Coronado C, Bondas T, Llorente-García H, Movilla-Fernández MJ. Desvendando a dor da perda involuntária da gravidez: uma meta-etnografia das experiências emocionais de parteiras e enfermeiras. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2022 [citado 2026 janeiro 20]; 36(3):599-613. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/scs.13028> - DOI: 10.1111/scs.13028.
27. Kave YV, Sonti BS, Morton DG, James S. Supporting the needs of midwives caring for women with perinatal loss in South Africa. *British Journal of Midwifery* [Internet]. 2023 [cited 2026 janeiro 20]; 31(1), 16-22. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjom.2023.31.1.16>
28. Gama MG. O Luto Profissional nos Enfermeiros [Tese de Doutoramento]. [Lisboa]: Universidade católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde; 2013. 264p.

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ADMINISTRATIVO EM CASO DE PERDA GESTACIONAL

O fluxograma seguinte pretende uniformizar o atendimento à família após perda gestacional/neonatal.

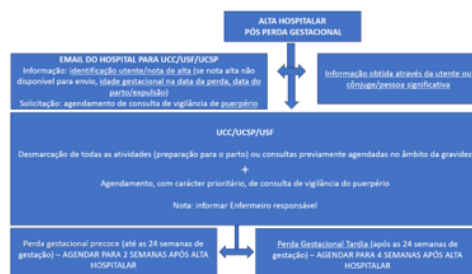
Identificação/Referenciação da mulher/família com perda gestacional

Idealmente a **unidade hospitalar** deve informar, via email, a unidade de cuidados de saúde primários aquando da alta hospitalar. Idealmente a **nota de alta** deve estar **anexada ao email**. Na impossibilidade de envio da nota de alta, algumas informações são essenciais para o melhor e atempado atendimento, nomeadamente: **idade gestacional na altura da perda, data do parto/expulsão do produto de concepção**.

Na falta de referenciação por parte da unidade hospitalar, é possível que a unidade de cuidados de saúde primários tenha conhecimento da ocorrência da perda pela própria utente ou familiar significativo. Neste caso, o funcionário que receber a informação deve acionar os mecanismos necessários para a continuidade do acompanhamento.

Procedimentos subseqüentes

- Desmarcar todos os agendamentos relacionados com a gravidez (consultas, preparação para o parto...);
- Agendar consulta de vigilância do puerpério com enfermeiro de família (USF) ou EESMO (UCSP), de acordo com a necessidade e protocolo (2 semanas após a alta para perdas com IG < 24 semanas ou 4 semanas após o parto para perdas com IG > 24 semanas de gestação);
- Informar enfermeiro de família/EESMO;
- A utente receberá via email a data e hora de agendamento da consulta.



COMUNICAÇÃO

A fragilidade atual da utente/família, que passa por um processo de luto gestacional, requer algum cuidado na forma como é acolhida e como se comunica com a mesma requerendo uma atenção especial na forma de abordagem. **Disponibilidade e empatia** são essenciais no atendimento.

O que não dizer	O que deve dizer
"Ainda é novo. Vai ver que vai engravidar outra vez e vai correr tudo bem!"	"Lamento muito! Não consigo imaginar a sua dor!"
"Agora o bebé está num lugar melhor."	"O que posso fazer por si? Como posso ajudar?"
"Agora tem um anjinho a olhar por si!"	"Para o que precisar, estaremos aqui!"
"Foi o melhor. Se não vingou foi porque não tinha de ser. Podia haver algo de errado com o bebé!"	"O seu bebé será sempre lembrado!"
"Tudo acontece por uma razão."	"Some o seu tempo. Não precisa ser forte agora!"
"Antes agora que mais tarde"	
"Estava tão no início que nem era um bebé!"	
"O tempo cura tudo"	

3

APÊNDICE II - Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

Nos últimos 7 dias

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas	☐ Tanto como dantes ☐ Menos do que antes ☐ Muito menos do que antes ☐ Nunca
2. Tenho tido esperança no futuro	☐ Tanta como sempre tive ☐ Menos do que costumava ter ☐ Muito menos do que costumava ter ☐ Quase nenhuma
3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.	☐ Sim, a maioria das vezes. ☐ Sim, algumas vezes. ☐ Raramente. ☐ Não, nunca
4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.	☐ Não, nunca. ☐ Quase nunca. ☐ Sim, por vezes. ☐ Sim, muitas vezes.
5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.	☐ Sim, muitas vezes. ☐ Sim, por vezes. ☐ Não, raramente. ☐ Não, nunca
6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.	☐ Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las. ☐ Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes. ☐ Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente. ☐ Não, resolvo-as tão bem como antes.
7. Tenho-me sentido tão infeliz que duro mal.	☐ Sim, quase sempre. ☐ Sim, por vezes. ☐ Raramente. ☐ Não, nunca.
8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.	☐ Sim, quase sempre. ☐ Sim, muitas vezes. ☐ Raramente. ☐ Não, nunca.
9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro.	☐ Sim, quase sempre. ☐ Sim, muitas vezes. ☐ Só às vezes. ☐ Não, nunca.
10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma.	☐ Sim, muitas vezes. ☐ Por vezes. ☐ Muito raramente. ☐ Nunca.

4

As respostas são cotadas de 0, 1, 2, 3 de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente 3, 2, 1, 0.

<8 pontos Depressão improvável -> Manter apoio; 9-11 pontos Depressão possível -> Suporte. Rastrear de 2 a 4 semanas. Manter acompanhamento em Cuidados de Saúde Primários; >= 12 pontos Depressão provável -> Acompanhamento em CSR. Ponderar avaliação diagnóstica e tratamento com Psiquiatria

5

APÊNDICE III - Escala de Luto Perinatal

A escala apresenta-se sob a forma de afirmações e pretende-se que as participantes respondam sobre a frequência, e não a intensidade, em que ocorreram na última semana, usando uma escala tipo *Likert* de 4 pontos, em que o valor 1 corresponde a "raramente" ou "nunca" (menos de 1/ dia), o valor 2 corresponde a "às vezes" (1 a 2 dias), o valor 3 a "muitas vezes" (3 a 4 dias) e o valor 4 a "sempre" ou "quase sempre" (5 a 7 dias). Engloba 15 itens. Do item 1 ao 7, as afirmações relacionam-se com a **perda da gravidez**, o item 8 pretende avaliar a **resposta física à perda**, os itens 9 e seguintes, até ao 15, referem-se à **perda do bebé**¹.

O score da PBGS é uma soma simples dos scores individuais dos itens e pode variar entre 15 e 60. Um score elevado representa uma manifestação mais intensa de luto, ou seja, um luto menos resolvido¹.

Escala de Luto Perinatal

	1	2	3	4
1. Deu por si a caminhar como uma mulher grávida.				
2. Sentiu que o bebé ainda estava dentro de si.				
3. Sonhou que ainda estava grávida.				
4. Sentiu-se fisicamente mal sempre que pensou no abortamento.				
5. Quis ter o bebé nos seus braços.				
6. Sentiu-se como se ainda estivesse grávida.				
7. Deu por si a planejar coisas para o bebé como se ainda estivesse grávida.				
8. Sentiu que foi fácil pensar noutras coisas que não no bebé que perdeu.				
9. Acariciou a sua barriga ou segurou-a como se ainda estivesse grávida.				
10. Sentiu como se dentro de si houvesse um espaço vazio.				
11. Sentiu saudade do bebé.				
12. Quis/Sentiu vontade de vestir roupas de grávida.				
13. Imaginou se teria tido um rapaz ou uma rapariga.				
14. Imaginou como teria sido o bebé.				
15. Sonhou com o bebé.				
Score				

(1) Raramente /Nunca; (2) Às vezes (1 a 2 vezes por semana); (3) Muitas vezes (3 a 4 vezes por semana); (4) Sempre ou quase sempre (5 a 7 vezes por semana)

APÊNDICE IV – FOLHETO COM CONTACTOS ÚTEIS PARA AS UTENTES COM PERDA GESTACIONAL

ENTIDADE	ACESSIBILIDADE	CONTACTOS
Associação Pais Coragem - Apoio ao Luto Parental	Instituição pública Lisboa	Email: coragem.pais@gmail.com Enft. Leonor Gonçalves – 967225886
InLuto – Associação Portuguesa de Cuidados Integrados no Luto	Instituição privada Lisboa	Email: geral@inluto.pt Tlm. 962078099
Associação Amara	Organização sem fins lucrativos	Email: amara@amara.pt Tlm. 936835413
CORDÃO (Projeto UMA A UMA)	Organização pública – Digital	Email: helio@cordao.pt Ttl. 217221150
Associação Acreditar	Organização sem fins lucrativos	Email: acreditar@acreditar.pt Ttl. 217221150
Grupos de Apoio ao Luto Gestacional		Sites
Amor para além da lua		https://amorparalemlua.com
Amor borboleta		https://www.instagram.com/amor_de_borboleta

ENTIDADE	ACESSIBILIDADE	CONTACTOS
Associação Pais Coragem - Apoio ao Luto Parental	Instituição pública Lisboa	Email: coragem.pais@gmail.com Enft. Leonor Gonçalves – 967225886
InLuto – Associação Portuguesa de Cuidados Integrados no Luto	Instituição privada Lisboa	Email: geral@inluto.pt Tlm. 962078099
Associação Amara	Organização sem fins lucrativos	Email: amara@amara.pt Tlm. 936835413
CORDÃO (Projeto UMA A UMA)	Organização pública – Digital	Email: helio@cordao.pt Ttl. 217221150
Associação Acreditar	Organização sem fins lucrativos	Email: acreditar@acreditar.pt Ttl. 217221150
Grupos de Apoio ao Luto Gestacional		Sites
Amor para além da lua		https://amorparalemlua.com
Amor borboleta		https://www.instagram.com/amor_de_borboleta

Anexos

Anexo I – Submissão do artigo intitulado “A efetividade das intervenções do enfermeiro obstetra na promoção da integridade do períneo na grávida e parturiente – uma revisão sistemática da literatura” à revista científica *Salutis Scientia*

Re: Pedido de submissão de artigo

S9 Sara Almeida 9207 <saraalmeida9207@esscvp.eu>
To: Marta Aires de Sousa
Cc: Manuela Néné; Marta Xavier 9208; Cláudia Presa 9301; salutisscientia@esscvp.eu

Artigo RSL- A Influência das I... 778 KB
Declaração de autores (1)_sig... 13 MB

2 attachments (14 MB) Save All Attachments

Boa tarde Exmos. Senhores(as) Revisores(as) e Editores(as),
após revisão sugerida, reencaminhamos novamente para apreciação.
Em anexo consta a declaração de autores devidamente assinada e o artigo revisto.

Grata pela atenção e em nome do grupo,
Sara Almeida.

Marta Aires de Sousa <msousa@esscvp.eu> escreveu (sexta, 6/03/2026 às 14:05):
Cara Autora,

Acusamos a recepção do artigo. No entanto, o mesmo necessita de revisão:

- Usar o template actual relativo à tipologia de artigo escolhida, disponível no site. O novo modelo inclui o ORCID.
- Corrigir afiliação (1): Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha - Lisboa, área de ensino de Enfermagem, Lisboa.
- Colocar asterisco no nome da autora para correspondência (exemplo: Francisca Melo1*)
- Retirar palavra "Resumo" e "Abstract"
- Retirar subtítulos dentro do resumo e abstract
- Saltar 1 linha entre todos os parágrafos
- Saltar 2 linhas antes de cada grande título azul
- Na lista final de referências, rever bem a norma:
 - Colocar Refs a preto
 - Não devem ter maiúsculas dentro dos títulos
 - Todos os artigos devem ter data (só ano), volume, páginas.
 - As revistas devem vir na abreviatura internacional e sem pontos entre palavras (ex: Int. J. Environ. Res. Public Health, retirar pontos após Int, J, etc)
 - Rever a pontuação do ano, volume, páginas (sem espaços)
 - Mais de 6 autores, listam-se só 3, seguido de et al; O et al deve ser precedido de vírgula.
 - Só devem colocar link no caso de sites. Retirar dos artigos
- As tabelas devem estar apenas a preto e branco
- Retirar maiúsculas dentro do título das Tabelas/Figuras
- Os títulos das Tabelas são a preto (como têm no título da Figura 1)
- O fundo da Figura 1 deve ser branco, sem padrão
- Retirar frase "colocar o texto da legenda aqui"
- Apagar Figura 2 que não existe

Ficamos a aguardar nova submissão com estes pontos corrigidos assim como nova declaração de autores (nova versão em anexo)

Re: SS-357 - Carta Decisão

W webservices... Ontem
para mim v

Salutis Scientia
Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior de
Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

Data: 2026-05-05 18:59

Referência artigo: SS-357

Título: A influência das intervenções do enfermeiro obstetra na promoção da integridade do períneo na grávida e parturiente - uma revisão sistemática da literatura

Cara Autora,

Informamos que o artigo foi aceite e será publicado com a brevidade possível.
De seguida enviaremos as provas do artigo para validação.

Melhores cumprimentos

Salutis Scientia
Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior de
Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa
Av. de Ceuta, Edifício Urbiceuta, piso 6
1350-125 Lisboa

Anexo II - Certificado de Participação “II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem”: Coautoria do trabalho apresentado intitulado “Benefícios do Método Canguru para os Pais”





CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

"Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente!"

Certifica-se que Marta Crstina Galvão Xavier participou no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, realizado por via online de 2 a 6 de junho de 2025, pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa Lisboa, com uma carga horária de 31 horas.

Pela Comissão Organizadora do II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem.

Autorizado por: MARIA TENSIA DOS REIS LOPES
SILVIA GALVAO
Num. de identificação: 07100000
Data: 2025-06-21 17:25:00+01'00'





CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

"Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente!"

Certifica-se que Sara Almeida participou como preletor no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, apresentando "Benefícios do Método Canguru para os pais", sob a forma de poster/comunicação oral, realizado por via online de 2 a 6 de junho de 2025, pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa Lisboa.

Foram co-autores: Cláudia Presa; Marta Xavier; Joana Marques

Pela Comissão Organizadora do II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem.

Assinado por: MARIA TERESA DOS REIS LOPEZ
SILVIA GALVÃO
Título do Seminário: 01160608
Data: 2025-06-27 09:32:52 +01'00'



Anexo III - Certificado de Participação na Formação “Intervenção no Luto por Perdas Específicas”



CERTIFICADO

Certifico que a(o) aluna(o):

Marta Xavier

participou no curso "Intervenção no Luto em Perdas Específicas",
organizado pela InLuto - Associação Portuguesa de Cuidados
Integrados no Luto, com carga horária de 24 horas, nos dias 16, 17, 23 e
24 de Maio de 2025.

Alexandra Coelho
Coordenador

Lisboa, 19 de outubro de 2025

Anexo IV - Certificado de Participação “I Congresso Nacional do Luto Perinatal”



Anexo V - Declaração de participação na formação “*Amamentação On Going*”



DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que

Marta Xavier

participou na ação de formação **AMAMENTAÇÃO ON GOING**
de 09-10-2025 a 10-10-2025, com a duração de **10 horas** e com o seguinte conteúdo
programático:

- 18. Amamentação como relação na família e na sociedade
- 19. Código Internacional de Marketing dos Substitutos de leite materno
- 20. Comunicação na amamentação
- 21. Problemas mamários: feridas nos mamilos, ingurgitamento, obstrução de ductos e mastite
- 22. Hipoglicémia e icterícia no recém-nascido
- 23. Anatomia da mama e Fisiologia da lactação, principais funções e composição do leite materno
- 24. Extração e conservação do leite materno
- 25. O sono do recém-nascido, sonolência fisiológica, co-sleeping, bed sharing e a mítica segunda noite
- 26. Comportamentos normais do recém-nascido nos primeiros dias
- 27. Sinais de boa pega, transferência de leite, sinais de fome e saciedade, livre demanda e posições para amamentar
- 28. Perda de peso no recém-nascido amamentado, quando suplementar? Formas de administração de leite materno extraído
- 29. Amamentação no parto distócico e na gemelaridade
- 30. Melhores práticas para o recém-nascido não amamentado
- 31. Amamentação e contraceção
- 32. O papel do pai na amamentação
- 33. Preparar a amamentação (apoio pré-parto)
- 34. Apoio pós-parto nos primeiros dias em casa

Lisboa, 10 de Outubro de 2025

Anexo VI - Protocolo Clínico - “Estudo da Morte Fetal”

	Protocolo Clínico - Estudo de Morte Fetal	HC.PC.108 Pág. 1 / 9
--	---	----------------------------------

1. Objetivo

Uniformização de condutas – definição de procedimentos clínicos e cuidados na admissão e estudo etiológico da morte fetal, com o objetivo de identificar a população em risco, minimizar as recorrências e fazer o aconselhamento para gravidez futura, de acordo com a evidência científica atual.

2. Interventes

Médicos e Enfermeiros do Departamento da Mulher – Unidade de Ginecologia/Obstetrícia.

3. Definições

Morte de feto com mais de 22 semanas de gestação (inclusive). Nos casos em que se desconheça a idade gestacional deve ser considerado o peso fetal $\geq$ 500g.

Excluem-se as interrupções voluntárias e médicas da gravidez.

Distinguem-se mortes fetais precoces (<28 semanas) das tardias ($\geq$ 28 semanas) e mortes ante e intraparto.

SIGLAS UTILIZADAS: CMV – citomegalovirus; DM – diabetes mellitus; HbA1c – hemoglobina glicosilada; HSV – vírus herpes simplex; mcg – microgramas; RCF – restrição do crescimento fetal; VDRL – teste de identificação laboratorial de doenças venéreas

4. Fluxograma

Não aplicável.

5. Protocolo Clínico

A. ETIOLOGIA

MATERNA	FETAL	PLACENTAR / CORDÃO
Patologia Hipertensiva	RCF	Vasa prévia
Diabetes na gravidez (mellitus / gestacional)	Malformação congénita	Placenta prévia
Patologia Tireoideia	Cromossomopatia / Doença genética	Patologia funicular
Patologia Cardiorespiratória ou Renal	Gravidez múltipla	Corioangioma
Colestase gravídica / fígado gordo agudo da gravidez	Hemorragia feto-materna	Anomalias circulatorias
Trombofilia	Hidrôpsia imune e não imune	

Revisão n.º 01 Data: 19/06/2019	Elaborado: Ana Patrícia Mendes	Aprovado: Ana Patrícia Mendes RES	Homologado: Maria Amélia Ferro Jorge
------------------------------------	-----------------------------------	---	---

	Protocolo Clínico - Estudo de Morte Fetal	HC.PC.108 Pág. 2 / 9
--	---	----------------------------------

Patologia auto-imune		
Infeção		
Rotura uterina		
Traumatismo		

Tabela 1. Causas de Morte Fetal

Nota: 25-60% das mortes fetais são de causa desconhecida

A. FACTORES DE RISCO

ANTECEDENTES PESSOAIS

- Obesidade: IMC prévio à gravidez
- Hipertensão arterial crónica
- Diabetes mellitus
- Patologia auto-imune
- Patologia tireoideia
- Patologia renal, cardíaca ou respiratória
- Infecções
- Hábitos nocivos: tabagismo, álcool, toxicófilos
- Medicação habitual

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

- Morte fetal
- Restrição do crescimento fetal
- Malformações fetais
- Hipertensão gestacional / Pré-eclâmpsia
- Abortos espontâneos recorrentes

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Anomalias congénitas
- Consanguinidade
- Doença heredo-familiar

GRAVIDEZ ACTUAL

- Idade materna
- Grupo sanguíneo
- Índice obstétrico

Revisão n.º 01 Data: 19/06/2019	Elaborado: Ana Patrícia Mendes	Aprovado: Ana Patrícia Mendes RES	Homologado: Maria Amélia Ferro Jorge
------------------------------------	-----------------------------------	---	---

	Protocolo Clínico - Estudo de Morte Fetal	HC.PC.108 Pág. 3 / 9
--	--	----------------------------------

- Patologia materna
- Gravidez simples ou múltipla
- Vigilância da gravidez (idade gestacional na 1ª consulta)
- Alterações ecográficas e analíticas da gravidez
- Intercorrências da gravidez actual
 - Patologia placentar/funicular
 - Patologia obstétrica
 - Patologia fetal
 - Traumatismos

B. ABORDAGEM

- Propor internamento para esvaziamento uterino (ver protocolo GO.PT.048 - IMG e morte fetal, se IG < 28 semanas ou protocolo GO.PT.030 - Indução de trabalho de parto, se IG > 28 sem)
- Na admissão:
 - Imprimir Check List (Anexo 1) e efetuar registos de acordo com os modelos de história clínica e de registo do parto;
 - Oferecer apoio psicológico na altura do internamento na urgência (ou na consulta se a morte fetal for detetada em consulta hospitalar):
 - o Se a grávida pretender apoio psicológico, fazer sempre o pedido no sistema informático e contactar o Serviço de Psicologia;
 - o entre as 8.00 e as 20.00 horas, nos dias úteis, contactar o psicólogo escalado de apoio à urgência, contacto: 967049756, que deverá observar a grávida no próprio dia;
 - o no período noturno, entre as 20.00 h e as 8.00 horas, de domingo a quinta-feira, contactar o Psicólogo, de apoio à urgência, no dia útil seguinte, para observação da utente;
 - o se durante o fim de semana, das 20.00 h de sexta-feira até 20.00 h de domingo, e feriados, fazer pedido de observação urgente para a o dia útil seguinte, não devendo ter alta sem orientação e apoio psicológico.
- Obter consentimentos informados:
 - o Consentimento para indução de trabalho de parto
 - o Preenchimento de impressos para a autópsia – 1) pedido de autópsia + 2) consentimento informado de autópsia + 3) preenchimento do documento que é impresso em conjunto com o pedido de autópsia, onde devem ser escritas todas as informações solicitadas (idade gestacional, dados da gravidez, etc) + 4) pedido de radiografia do feto.

Revisão n.º 01 Data: 19/06/2019	Elaborado: _____	Aprovado: _____	Homologado: _____
			Maria Amélia Ferro Jorge

	Protocolo Clínico - Estudo de Morte Fetal	HC.PC.108 Pág. 4 / 9
--	--	----------------------------------

- Informação sobre realização de funeral:
 - o Entre as 22 e as 24 semanas, funeral se a família assim desejar;
 - o Acima das 24 semanas obrigatório funeral; excluindo IMG ou situações clínicas com inviabilidade fetal imediata (por ex. acrania e acardia)
- Requisição e colheita para Estudo analítico:
 - o Hemograma, Provas de coagulação
 - o Teste de Kleihauer-betke (se não disponível utilizar a pesquisa de Hemoglobina Fetal)
 - o Ácido úrico, Creatinina, AST, ALT, glicémia, HbA1c
 - o TSH, T4 livre
 - o Infecções: Rubéola, Toxoplasmose, CMV, VDRL, Parvovirus B19, HSV, Listeria
 - o Estudo toxicológico
 - o Estudo SAAF (Anticoagulante lúpico, Ac. Anticardiolipina, Ac. Anti beta2glicoproteína 1 IgG e IGM)
 - o Resistência à proteína C activada
 - o Anti-SSa e anti-SSb
 - o Antitrombina III
 - o Se clinicamente justificável: Sais biliares
 - o Imunohemoterapia: Tipagem e Coombs
- Requisições e colheitas para Estudo infeccioso:
 - o Urocultura
 - o Exsudado vaginal
 - o Exsudado cervical
 - o Se clinicamente justificável: Hemoculturas

a. Estudo Fetal

1. Cariótipo
 - Amniocentese (se possível);
 - Fragmento cutâneo do tendão de Aquiles ou coxa em meio de cultura (meio de pele – solicitar ao laboratório na altura da admissão);
 - Considerar colheita de fragmento placentar (face fetal), próximo da inserção do cordão umbilical;
2. Sangue fetal
 - 5ml de sangue periférico para tubo heparinizado (1ml para hemocultura; 4ml para serologias (CMV, Toxoplasmose, Parvovirus B19, HSV, VDRL, Rubéola)

Revisão n.º 01 Data: 19/06/2019	Elaborado: _____	Aprovado: _____	Homologado: _____
			Maria Amélia Ferro Jorge

	Protocolo Clínico - Estudo de Morte Fetal	HC.PC.108 Pág. 5 / 9
--	--	----------------------------------

3. Radiografia completa do esqueleto fetal, com instrução para que a auxiliar passe pelo Serviço de Imagiologia para radiografia do feto, antes da entrega no Serviço de Anatomia Patológica.

4. Autópsia fetal
- não conservar em formol

b. Estudo Placentar

Deve ser realizado imediatamente após a dequitação, com utilização de luvas esterilizadas.

- Pedidod de Estudo microbiológico e execução de colheitas
 - Zaragatoa subcorial em meio de carvão (após o descolamento entre amnios e córion, junto à inserção do cordão umbilical);
 - Fragmento placentar, face fetal, em frasco asséptico a seco (junto à inserção do cordão umbilical);
- Pedido de exame histológico

c. Estudo Pós Parto

- Marcação de Consulta de perda fetal - 8 semanas após parto;
- Revisão do estudo anterior;
- Estudo das trombofilias 3 meses após parto, em jejum

Em todas as doentes:

- Repetir estudo SAAF, se positivo
- Mutação do gene da protrombina
- Homocisteinémia
- Factor V de Leiden
- Doseamento de Proteína C
- Proteína S funcional e livre
- Antitrombina III

Revisão n.º 01 Data: 19/06/2019	Elaborado:	Aprovado: E F C	Homologado: 15 Maria Amélia Ferro Jorge
------------------------------------	------------	--------------------------	---

H	Protocolo Clínico - Estudo de Morte Fetal	HC.PC.108 Pág. 6 / 9
---	--	----------------------------------

6. Referências

- Vergani P, Cozzolino S, Pozzi E, et al. Identifying the causes of stillbirth: a comparison of 4 classification systems. Am J Obstet Gynecol 2008;199:319.e1-319.e4.
- Korteweg FJ, Erwich JJHM, Timmer A, et al. Evaluation of 1025 fetal deaths: proposed diagnostic workup. Am J Obstet Gynecol 2012;206:53.e1-12.
- Fretts C.R. Diagnosis and management of stillbirth. UpToDate 2018
- Roberts D.J. Evaluation of stillbirth. UpToDate 2018
- Fretts C.R. Fetal death and stillbirth: Incidence, etiology and prevention. UpToDate 2018
- Silver R. M. et al. Work-up of stillbirth: a review of the evidence. Am J Obstet Gynecol 2006; 433: 444
- Grunebaum A. Fetal death and stillbirth: Maternal care. UpToDate 2018

7. Anexos

Anexo 1 – Greilha Para Investigação Etiológica Da Morte Fetal De Causa Indeterminada

Anexo 2 – Modelo História Clínica Na Investigação Etiológica Morte Fetal De Causa Indeterminada

Anexo 3 – Modelo Para Registo Parto Em Contexto De Morte Fetal

8. Revisões

Revisão	Data	Natureza da Alteração
1	05/06/2018	Alteração de Abordagem e Anexos.

Revisão n.º 01 Data: 19/06/2019	Elaborado: S F J	Aprovado: E F C	Homologado: Maria Amélia Ferro Jorge
------------------------------------	---------------------------	--------------------------	---

Protocolo Clínico - Estudo de Morte Fetal		HC.PC.108 Pág. 7 / 9
---	--	----------------------------------

**ANEXO 1 –
GRELHA PARA INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA DA MORTE FETAL DE CAUSA INDETERMINADA**

CHECK LIST (> 22 semanas)			
Na Admissão	HISTÓRIA CLÍNICA	(Modelo em Anexo 2)	
	PATOLOGIA CLÍNICA	Perfil Morte Fetal	
		Adicionar se necessário Hemoculturas	
		Sais biliares	
	IMUNOHEMOTERAPIA	Pedir ao Laboratório o meio de pele	
No Parto	PEDIDO DE CONSULTA / COLABORAÇÃO	Tipagem e Coombs indirecto	
	CONSENTIMENTOS	Extensão: _____	
	REGISTO PARTO	Indução do Trabalho de Parto Autópsia Fetal*	
Pós Parto	CERTIDÃO ÓBITO		
	TERAPÉUTICA	Inibição Lactação	
		Optimizar analgesia	
	ESTUDO PLACENTAR	HISTOLÓGICO	
		MICROBIOLÓGICO	
		Exame histológico placenta	
		Exsudado microbiológico profundo* (zangaratoa subcorial em meio carvão)	
		Estudo microbiológico* (fragmento face fetal placenta, peri-cordão, 2x2cm) (* Incluídos no Perfil de Morte Fetal)	
	ESTUDO FETAL	Autópsia Fetal (+ Consentimento prévio*)	
		Autópsia	
		Imagiologia	
		Tecido Fetal	
	PATOLOGIA CLÍNICA	Cariótipo Fetal	
		Amniocentese	
		Fragmento cutâneo em meio de cultura (meio de pele)	
		Folha de pedido de estudo de cariótipo	
	PEDIDO DE CONSULTA	Consulta Perda Fetal em 8 semanas	

Revisão n.º 01 Data: 19/06/2019	Elaborado:	Aprovado: E F C	Homologado: Maria Amélia Ferro Jorge
------------------------------------	---------------------	--------------------------	--

Protocolo Clínico - Estudo de Morte Fetal		HC.PC.108 Pág. 8 / 9
---	--	----------------------------------

ANEXO 2 – MODELO HISTÓRIA CLÍNICA NA INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA MORTE FETAL DE CAUSA INDETERMINADA

Morte fetal às ... semanas de gestação

Idade materna:
Natural de:
Escolaridade:

ANTECEDENTES PESSOAIS

Doenças: Saudável /
IMC prévio à gravidez:
Cirurgias: Nega /
Alergias: Nega /
Medicação habitual:
Tabagismo:
Álcool:
Drogas:

ANTECEDENTES FAMILIARES

Doenças heredo-familiares: Nega /
Consanguinidade: Nega /
Anomalias congénitas: Nega /
Marido: idade, escolaridade

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

IO:
GS:
Morte Fetal: S/N
Restrição do crescimento fetal: S/N
Malformações fetais: S/N
Hipertensão gestacional / Pré-eclâmpsia: S/N
Abortos espontâneos recorrentes: S/N

GRAVIDEZ ACTUAL

Gravidez Simples / Gemelar
Idade gestacional na primeira consulta: ... semanas
Complicações / Intercorrências (doenças, infeções, medicação, traumatismos): Nega /

EXAMES REALIZADOS NA GRAVIDEZ

ANALÍTICOS

1ª T (): Hb ; Htc ; Plaquetas ; Coombs ; Serologias ; Toxo ; Rubéola ; CMV ; Urocultura
2ª T (): PTGO ; RPR ; Urocultura
3ª T (): Hb ; Htc ; Plaquetas ; Serologias ; Toxo ; Urocultura

ECOGRAFICOS

1ª T (): IG ; Rastreio combinado negativo / não realizado / positivo
2ª T (): IG
3ª T (): IG

Revisão n.º 01 Data: 19/06/2019	Elaborado:	Aprovado:	Homologado: Maria Amélia Ferro Jorge
------------------------------------	------------	-----------	--

	Protocolo Clínico - Estudo de Morte Fetal	HC-PC-108 Pág. 9 / 9
---	--	----------------------------------

ANEXO 3 – MODELO PARA REGISTO PARTO EM CONTEXTO DE MORTE FETAL

Parto eutócico / distócico / cesariana no dia / / , às h , realizado por
 Motivo Distócia
 Apresentação
 Peso fetal à nascença ... g
 Peso placenta ... g

Malformações major no hábito externo: Não / ...
 Anomalias placenta: Não / ...
 Anomalias do cordão: Não / ...
 Inserção do cordão: Central / Paracentral / Marginal / Velamentosa

Número de Certidão de Óbito (SICO):

Revisão n.º 01 Data: 19/06/2019	Elaborado:	Aprovado:	Homologado: Maria Amélia Ferro Jorge
------------------------------------	---------------------	--------------------	---

