ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

RELATÓRIO FINAL

Facilitar o Luto Perinatal: Identificação das Respostas das Mulheres Face à Perda Perinatal

PROJETO DE ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Cindy Silva da Cunha

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Facilitar o Luto Perinatal: Identificação das Respostas das Mulheres Face à Perda Perinatal

Facilitating Perinatal Grief: Identifying Women´s Responses to Perinatal Loss

Relatório de Estágio orientado pela Professora Doutora Alexandrina Cardoso e coorientado pela Mestre Mónica Alexandra Pinho da Silva.

Autora: Cindy Silva da Cunha

Porto, 2024

FRASE ou PENSAMENTO

A maneira como uma sociedade ou subcultura explica a morte tem um impacto significativo na forma como seus membros veem e experienciam a vida.

Elisabeth Kübler-Ross, 1975

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus amores, por todos os “não posso” que souberam transformar em força e compreensão e a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste projeto pessoal e profissional. E, especialmente, dedico às mulheres que enfrentaram a dor e a desilusão de perder um filho, que encontrem neste trabalho uma voz para sua dor e uma esperança para o futuro.

À minha filha, Lya Rose, que nasceu em silêncio e que me deu a força de seguir os meus sonhos e continuar, mesmo nos momentos mais difíceis.

“Um pedaço do meu coração está no céu”

AGRADECIMENTO

Este capítulo da minha vida, foi marcado por momentos de desafio e obstáculos, mas também por coragem, resiliência e apoio incondicional. Nem sempre foi um caminho preenchido de alegrias, mas em todos os momentos, estive acompanhada por aqueles que, de alguma forma, ajudaram-me a tornar possível a sua conclusão. A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, expresso a minha mais sincera gratidão.

No entanto, gostaria de expressar a minha sincera gratidão, especialmente a:

À minha orientadora, Professora Doutora Alexandrina Cardoso, expresso a minha profunda gratidão pela motivação constante, pela dedicação, por me relembrar sempre qual era o meu superpoder e pela competência científica que me guiou ao longo destes dois anos.

À minha coorientadora Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Mónica Silva, pela sua sensibilidade e dedicação nas aulas sobre o luto perinatal, bem como, pela sua orientação.

Agradeço aos meus filhos, Diego e Joy, por terem suportado a minha ausência com paciência e compreensão durante este período.

Ao meu marido, Jonathan, expresso a minha gratidão pelo amor, orgulho, companheirismo, estímulo, compreensão e, acima de tudo, por acreditar em mim.

Agradeço aos meus pais, Rosa e José, por cuidarem de mim e dos meus filhos, permitindo-me dedicar-me ao mestrado.

Às minhas tutoras, enfermeiras especialistas, agradeço as oportunidades de aprendizagem. Um agradecimento especial à enfermeira especialista Vanda Vieira e Esmeralda Santos, pelo carinho e pelo estímulo constante.

Às minhas colegas de mestrado, que foram companheiras de jornada e estiveram sempre disponíveis para qualquer assunto, oferecendo apoio e reforço positivo, o meu sincero Obrigado.

Agradeço à Escola Superior de Enfermagem do Porto por reconhecer nas aulas a importância do luto e por sensibilizar os estudantes sobre o luto perinatal.

Por último, expresso a minha sincera gratidão aos pais e recém-nascidos que desempenharam um papel fundamental na minha formação profissional.

RESUMO

Este documento apresenta um relatório de estágio profissional, detalhando o percurso do estudante no Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, realizado num Hospital de apoio perinatal no Norte do país, entre 12 de setembro de 2023 e 03 de maio de 2024. O relatório fornece uma análise crítica-reflexiva sobre o processo de aquisição e o desenvolvimento de competências necessárias para a prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, conforme o Regulamento n.º 391/2019. A sua estrutura fundamenta-se em evidências e argumentação, para atribuição do grau de mestre.

O relatório foi dividido em seis áreas principais: a introdução do presente documento, a caracterização dos estágios nos diferentes contextos (gravidez com complicações, trabalho de parto e parto, e puerpério); conceção dos cuidados de seis casos clínicos na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em que foram realizadas intervenções de enfermagem baseadas nas evidências científicas atuais, permitindo o desenvolvimento de competências especializadas para atender grávidas, parturientes, puérperas e recém-nascidos; uma revisão integrativa da literatura com uma temática à escolha que aborda as preferências da mulher face ao luto perinatal; uma reflexão crítica sobre as experiências adquiridas durante o estágio e as práticas clínicas face ao luto perinatal e por último uma reflexão final deste trabalho.

Palavras-chave: Perda perinatal; Estratégias de *coping*; Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Luto.

ABSTRACT

This document presents a professional internship report, detailing the student's journey in graduating as a Master in Maternal and Obstetric Health Nursing, carried out at a perinatal support hospital in the north of the country, from September 12, 2023, to May 3, 2024. The report provides a critical-reflective analysis of the process of acquiring and developing the competencies required for the practice of the Nurse Specialist in Maternal and Obstetric Health Nursing, in accordance with Regulation No. 391/2019. Its structure is based on evidence and reasoning to support the awarding of the master's degree.

This report is divided into six main sections: the introduction of the current document; the characterization of the internships in different contexts (complicated pregnancy, labor and delivery, and postpartum); the design of care for six clinical cases in the area of Maternal and Obstetric Health Nursing, where nursing interventions were carried out based on current scientific evidence, enabling the development of specialized competencies to care for pregnant women, women in labor, postpartum women, and newborns; an integrative literature review on a chosen theme that addresses women's preferences in the context of perinatal grief; a critical reflection on the experiences gained during the internship and clinical practices in response to perinatal grief; and finally, a concluding reflection on this work.

Keywords: Perinatal loss; Coping strategies; Maternal and Obstetric Health Nursing; Grief.

CHAVE DE SIGLAS, ABREVIATURAS e ACRÓNIMOS

BPM – Batimentos por minuto.

DGS – Direção-Geral da Saúde.

DUM – Data da Última Menstruação.

EEESMO – Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto.

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

PCA – Patient-Controlled Analgesia (Analgesia Controlada pelo Paciente).

PQCEESMO – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

OE – Ordem dos Enfermeiros.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância.

WHO – World Health Organization.

Índice

1. INTRODUÇÃO ***14***

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO ***17***

2.1. Contextualização do Estágio: Internamento de Grávidas 18

2.2. Contextualização do Estágio: Bloco de Partos 20

2.3. Contextualização do Estágio: Internamento de Puerpério 21

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA ***23***

3.1. Os domínios selecionados para a conceção de cuidados 23

3.1.1. Parto 23

3.1.2. Pós-Parto 24

3.1.3. Emoção 24

3.1.4. Comportamentos para amamentar 24

3.1.5. Competências parentais 25

3.2. Cuidar a mulher com gravidez com complicações 25

3.2.1. Gestação gemelar: estratégias de cuidados por ameaça de parto pré-termo 25

3.2.2. Justificação da escolha deste caso 26

3.2.3. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação 27

3.2.4. Plano de cuidados 28

3.2.5. Síntese do caso 36

3.3. Cuidar a mulher em trabalho de parto 37

3.3.1. Complicações no trabalho de parto e pós-parto: desafios de uma hemorragia pós-parto 37

3.3.2. Justificação da escolha deste caso 39

3.3.3. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação 40

3.3.4. Plano de cuidados 41

3.3.5. Síntese do caso 50
3.4.1. Parto em cócoras: gestão das preferências da parturiente 51
3.4.2. Justificação da escolha deste caso 52
3.4.3. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação 53
3.4.4. Plano de Cuidados 54
3.4.5. Síntese do Caso 60
3.5.1. Quando a decisão é dar o filho para adoção: os desafios da assistência durante o parto 61
3.5.2. Justificação da escolha deste caso 62
3.5.3. Plano de cuidados 63
3.5.4. Síntese do caso 67
3.6.1. Berço vazio: enfrentar a dor do luto perinatal 68
3.6.2. Justificação da escolha deste caso 69
3.6.3. Plano de cuidados 70
3.6.4. Síntese do caso 74
3.7. Cuidar a mulher no período pós-parto 76
3.7.1. Berço vazio: enfrentar a dor do luto perinatal (puerpério) 76
3.7.2. Justificação da escolha deste caso 77
3.7.3. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação 77
3.7.4. Plano de Cuidados 77
3.7.5. Síntese do caso 82
4. FACILITAR O LUTO PERINATAL: IDENTIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS DA MULHER FACE À PERDA 84
4.1. Método 86
4.2. Estratégias para a pesquisa 87
4.3. Seleção dos estudos 89
4.4. Análises dos artigos 90
4.5. Resultados 97

5. REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS _____ 99

6. REFLEXÃO FINAL _____ 105

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____ 107

APÊNDICES _____ 116

APÊNDICE I - ANÁLISES DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO

APÊNDICE II – REGISTO GLOBAL DAS EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS

ÍNDICE de TABELAS

Tabela 1 - Dados das experiências no âmbito do trabalho de parto e parto (fonte: autor) _____ 21
Tabela 2 - Evolução de Trabalho de Parto, bem-estar fetal e pós-parto (fonte: autor) _____ 41
Tabela 3 - Evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto (fonte: autor) _____ 54
Tabela 4 - Evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto (fonte: autor) _____ 63
Tabela 5 - Evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto (fonte: autor) _____ 70
Tabela 6 - Pesquisa na base de dados CINAHL Complete na plataforma EBSCOhost (fonte: autor)_____ 88
Tabela 7 - Pesquisa na base de dados MEDLINE Complete na plataforma EBSCOhost (fonte: autor)_____ 88
Tabela 8 - Pesquisa na base de dados PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES COLLECTION na plataforma EBSCOhost (fonte: autor)_____ 88

ÍNDICE de GRÁFICOS

Gráfico 1 - Motivo principal de internamento (fonte: autor) _____ 19

ÍNDICE de FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da Seleção de Artigos (fonte: autor)_____ 90

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da realização do Estágio de Natureza Profissional, integrado no atual plano de estudos do 2.º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), referente ao ano letivo de 2023/2024 com 800 horas. Posteriormente será sujeito a apreciação e discussão pública com o propósito a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Conforme o Regulamento do segundo ciclo de estudos da ESEP (2019), é proposto o Estágio de Natureza Profissional com o desenvolvimento e discussão de um relatório final que descreva as atividades realizadas, as competências adquiridas ao longo do processo. A presente unidade curricular tem como objetivos promover a responsabilização pessoal na construção dos respetivos itinerários e projetos de vida profissional, numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida e de promoção de um espírito empreendedor; capacitar para identificar diagnósticos e implementar intervenções de enfermagem especializadas, centrados nas necessidades em cuidado à mulher com afeções ginecológicas, à mulher/família na gravidez normal e com complicações, no trabalho de parto e parto, no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco; consolidar a capacidade de resolução de problemas em contextos multidisciplinares, valorizando o trabalho em equipa e a colaboração entre profissionais de diferentes áreas; mobilizar a evidência científica para a tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna, obstetrícia e ginecologia; promover uma consciência profissional sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO); elaborar e discutir o relatório de estágio, colocando em evidência a relevância das competências adquiridas durante o processo.

O Estágio de Natureza Profissional decorreu num Hospital de apoio perinatal do Norte do país, entre 12 de setembro de 2023 e 03 de maio de 2024, divididos em três contextos clínicos: 500 horas no bloco de partos entre o 12 de setembro

2023 a 02 de fevereiro de 2024; 100 horas no internamento de puerpério entre o 05 de fevereiro e o 01 de março 2024; 200 horas no internamento de grávidas de risco com início no 04 de março a 03 de maio de 2024.

Este documento tem como propósito realçar os elementos do processo de aquisição de conhecimentos e competências exigidas para o exercício profissional do EEESMO, adquiridas durante o Estágio de Natureza Profissional atendendo o Regulamento n.º 391/2019.

Relativamente às competências específicas do EEESMO, este deve cuidar da mulher inserida na família e na comunidade em várias fases da sua vida: no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concecional; no período pré-natal; no trabalho de parto; no período pós-natal; no período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, além de cuidar do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inseridas na comunidade (Diário da República/OE, regulamento n.º 391/2019).

A conceção de cuidados será centrada em áreas de atenção relacionadas aos diagnósticos e intervenções sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados do EEESMO evidenciando os cuidados em diferentes contextos. Para sistematizar esses cuidados, serão apresentados e analisados quatro planos de cuidados referentes a experiências clínicas no bloco de partos, um plano de cuidado no internamento de grávidas de risco e um relacionado com o internamento de puerpério. A identidade das pessoas envolvidas não será associada aos planos de cuidados utilizados para elaborar a conceção de cuidados, garantindo o anonimato dos dados recolhidos. Contudo, serão atribuídos nomes fictícios para os tornar mais pessoais.

Além de descrever as atividades desenvolvidas durante o estágio, foi possível identificar uma temática de interesse pessoal, o que possibilitou aprofundar o conhecimento numa área. O tema escolhido centra-se numa reflexão sobre o papel do EEESMO no cuidado especializado às mulheres que vivenciam o luto perinatal e como o respeito pelas suas preferências pode contribuir para facilitar o processo de luto. Confrontados com desfechos negativos e em conformidade com o Regulamento n.º 391/2019, o EEESMO tem o papel de prestar cuidados

especializados em situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher. Por conseguinte através de uma revisão integrativa da literatura explorou-se a implementação pelo EEESMO de cuidados empáticos e individualizados, apoiando as famílias na sua perda e promovendo uma vivência saudável do luto.

Este relatório é estruturado em seis capítulos principais. O primeiro capítulo inicia-se com a presente introdução. O segundo capítulo aborda a caracterização dos contextos de estágio e as competências específicas do EEESMO desenvolvidas nos diferentes contextos. O terceiro capítulo explora a conceção dos cuidados relativas a seis casos dos quais dois estão diretamente relacionados com a temática escolhida. A conceção dos cuidados relatada neste capítulo é descrita de acordo com a sequência cronológica do ciclo reprodutivo (gravidez, trabalho de parto e pós-parto), em vez de seguir a ordem cronológica dos estágios. O quarto capítulo incide sobre a revisão integrativa da literatura com o título “Facilitar o Luto Perinatal: Identificação das Respostas da Mulher face à Perda Perinatal”. No quinto capítulo estabelece-se uma reflexão crítica acerca das competências específicas desenvolvidas, pontos-chave de aprendizagem, crescimento e desenvolvimento pessoal, e por último uma reflexão final do relatório.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

O Estágio de Natureza Profissional realizou-se num Hospital do Norte do país com um total de 800 horas entre o 12 de setembro de 2023 e 03 de maio de 2024 em três contextos clínicos: bloco de partos, internamento de puerpério e grávidas de risco.

A missão da instituição é identificar as necessidades de saúde da população e oferecer uma resposta integrada a essas necessidades, através de serviços públicos, privados contratualizados, comunitários e de solidariedade social. A instituição procura garantir a qualidade, eficiência e eficácia dos cuidados prestados, respeitando a integridade e dignidade dos clientes. A sua visão é tornar-se um modelo de referência em gestão integrada de saúde para o distrito. Os valores incluem o foco no cidadão, respeito pela dignidade humana, excelência técnica, conhecimento e trabalho multidisciplinar. A instituição integrada no Serviço Nacional de Saúde define os seus objetivos que incluem: alcançar ganhos em saúde através da integração e articulação dos diferentes níveis de cuidados; oferecer cuidados de saúde de qualidade e acessíveis de forma oportuna; garantir eficácia técnica e eficiência com sustentabilidade económica e financeira; promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços.

O serviço de obstetrícia, é composto pela urgência de obstetrícia, pelo internamento de grávidas de risco, pelo bloco de partos e pelo internamento de puerpério. A equipa responsável pela prestação de cuidados é constituída por médicos obstetras/ginecologistas, Enfermeiros, Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, assistentes técnicos e assistentes operacionais, em colaboração com outros profissionais, nomeadamente, anestesistas, neonatalogistas, pediatras, técnicos de serviço social e psicólogos. A equipa de EEEMO é versátil nos diferentes serviços, priorizando a atribuição dos clientes aos profissionais que prestaram cuidados anteriormente aos mesmos, assegurando a continuidade dos cuidados prestados.

O serviço de obstetrícia disponibiliza visitas em grupos reduzidos à grávida e à pessoa significativa. Essas visitas das diferentes unidades são conduzidas por um EEESMO membro da equipa. Durante o percurso, são explicados os procedimentos e instalações, desde o momento da admissão até a alta hospitalar e o esclarecimento de qualquer dúvida que possa surgir. A instituição oferece um modelo de plano de parto denominado “plano de nascimento” que ficava arquivado até ao momento da admissão da grávida.

A admissão da grávida ocorre através do serviço de urgência geral, onde é realizada a triagem segundo o protocolo de Manchester e é encaminhada para a urgência ginecologia/obstetrícia situada no mesmo piso que o internamento. Após avaliação pelo EEESMO e pela equipa médica, a grávida era admitida nas diferentes unidades conforme a queixa que a motivou a sua ida à urgência ou receber alta.

2.1. Contextualização do Estágio: Internamento de Grávidas

O período de estágio decorreu do 04 de março até 03 de maio de 2024 no internamento de grávidas sob supervisão de uma EEESMO. Este encontra-se localizado na ala do serviço de ginecologia e dispõe de seis quartos duplos, com um total de doze camas, onde se prestam cuidados individualizados à grávida e à pessoa significativa da sua escolha. Embora as unidades sejam duplas, sempre que possível foi acomodado um quarto individual. A pessoa significativa tinha direito de permanecer num horário das oito às vinte horas, mas a sua permanência no período noturno não era permitida.

Relativamente às instalações físicas, possuía uma sala de trabalho de enfermagem partilhada com a equipa médica aquando da visita médica no período da manhã, uma sala de medicação partilhada com o serviço de ginecologia e outras divisões de apoio.

Além do internamento abranger mulheres grávidas, também abrangia mulheres com perda gestacional ou interrupção médica de gravidez de forma a evitar o contacto com outras puérperas e recém-nascidos.

No decorrer do estágio foram prestados cuidados a 116 grávidas com diversos motivos de internamento. Os motivos principais de internamento com as experiências de aprendizagem estão representados no Gráfico 1. Esses motivos muitas vezes estavam associados com outra patologia.

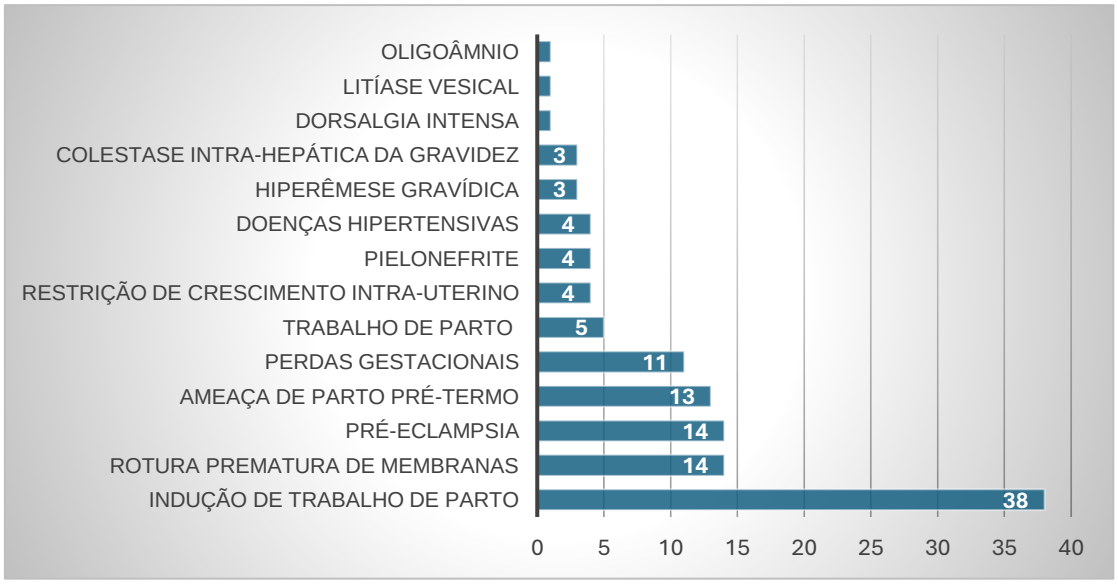


Gráfico 1 - Motivo principal de internamento (fonte: autor)

No Gráfico 1 verifica-se que o maior número de internamento foi devido à indução de trabalho de parto, no entanto saliento que essas induções de trabalho de parto estavam associadas a outros motivos como: pré-eclampsia, restrição de crescimento intrauterino, rotura prematura de membranas e gravidez prolongada.

As perdas gestacionais representadas no Gráfico 1, englobam os abortamentos, retenção do ovo desvitalizado, interrupção médica de gravidez, mola hidatiforme e morte neonatal.

2.2. Contextualização do Estágio: Bloco de Partos

O estágio do bloco de partos ocorreu entre o 12 de setembro 2023 a 02 de fevereiro de 2024. No entanto foi necessário prolongar para atingir as experiências mínimas obrigatórias para a obtenção do título profissional de EEESMO.

O bloco de partos é composto por seis unidades individualizadas, incluindo uma equipada em caso de cesariana emergente principalmente utilizada na pandemia do Covid-19, no entanto os partos por cesariana eram realizados no bloco operatório central. O espaço também incluía uma sala de reanimação do recém-nascido, uma sala de trabalho para a equipa e três casas de banho, separadas para profissionais, parturientes e acompanhante. Cada parturiente tinha o direito a estar acompanhada por uma pessoa significativa durante 24 horas. Cada unidade era equipada com um cardiotocógrafo conectado a sala de trabalho.

Cada parturiente tinha um processo onde constava informações pertinentes como a hora de admissão, dados da grávida, índice obstétrico, informações sobre a gravidez e trabalho de parto atual, boletim de grávida e os consentimentos assinados. A informação da parturiente e a progressão do trabalho de parto eram registados no sistema informático e no partograma.

A colocação do cateter epidural era realizada no bloco de partos. Se a mulher se encontrava na fase latente do trabalho de parto, retornava ao internamento de grávidas e permanecia no bloco de partos se estava na fase ativa do trabalho de parto.

No estágio do bloco de partos foram prestados cuidados a 114 parturientes, 55 puérperas e recém-nascidos. A Tabela 1 sumariza os dados das experiências no bloco de partos.

Tabela 1 - Dados das experiências no âmbito do trabalho de parto e parto (fonte: autor)

Parturientes	Partos eutócicos	Partos distócicos	Períneo íntegro	Laceração grau I	Laceração grau II	Laceração grau III	Episiotomia
Total: 114	42 (um em colaboração com a médica interna)	10	12	9	16	2	13

Aquando da prestação de cuidados ao recém-nascido era lhe colocado no tornozelo direito a pulseira eletrónica associada a respetiva mãe. Em caso de aproximação de zona de saída não autorizada, o sistema gera um alarme automático e despoleta ações como sinalização acústica e bloqueio de portas.

2.3. Contextualização do Estágio: Internamento de Puerpério

O estágio no internamento de puerpério decorreu entre o 05 de fevereiro e o 01 de março 2024 num total de 100 horas. Este serviço está localizado na mesma ala que o bloco de partos e da urgência de obstetrícia, é composto por doze unidades individualizadas, cada uma com duas camas: uma para a puérpera e outra para o acompanhante. Em situações em que surgia a necessidade de acomodar outra puérpera, o acompanhante poderia não ter a possibilidade de permanecer no serviço no período noturno.

As instalações físicas relevantes incluíam uma sala de prestação de cuidados ao recém-nascido, uma sala para cuidados à puérpera, um espaço dedicado à amamentação denominado “o cantinho da amamentação”, um gabinete de apoio social e uma sala de registo de nascimento, que é de responsabilidade da Conservatória do Registo Civil.

A tríade composta pela puérpera, a pessoa significativa e o recém-nascido permanecia no serviço de obstetrícia por um período geralmente entre 48 e 72 horas após o parto. O serviço tinha como objetivo implementar a alta precoce, inicialmente destinada apenas às mulheres multíparas. Os cuidados eram

oferecidos por Enfermeiros de Cuidados Gerais, Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e EEESMO.

Durante o turno da manhã, o enfermeiro era responsável pela vacinação do recém-nascido, pela realização do rastreio de cardiopatias congénitas e por informar o Pediatra e o Obstetra sobre as possíveis altas hospitalares, que eram então confirmadas por ambos os médicos.

O exame físico do recém-nascido era conduzido pelo pediatra e pelo EEESMO na sala dedicada aos cuidados do recém-nascido ou nas unidades individualizadas, com a presença dos pais. No dia da alta, o obstetra realizava a visita na sala destinada às puérperas.

Neste serviço, foram prestados cuidados a 55 puérperas e 51 recém-nascidos. Foi relevante, neste estágio, concentrar-se no desenvolvimento das competências parentais, uma vez que o puerpério é uma fase crucial na transição para a parentalidade, em que o EEESMO desempenha um papel fundamental ao oferecer apoio à mãe e/ou pai/pessoa significativa no desenvolvimento do seu papel parental. A implementação de estratégias que promovam maior segurança e confiança ao casal, o EEESMO facilita o processo de adaptação à parentalidade, como descrito no Regulamento 391/2019 "*Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade*" (p. 13563).

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Para descrever a conceção de cuidados, foi proposto a realização de seis planos de cuidados na área em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nos diferentes contextos de estágio: quatro planos de cuidados no âmbito da sala de partos, um plano de cuidados desenvolvido no âmbito do internamento de grávidas de risco e um no internamento do puerpério.

Neste capítulo são descritos os planos de cuidados.

3.1. Os domínios selecionados para a conceção de cuidados

3.1.1. Parto

O trabalho de parto é um processo fisiológico essencial que possibilita ao feto realizar a "viagem" pela pelve materna. O aumento da contratilidade uterina, bem como a intensificação e a duração crescente dessas contrações, são necessárias para facilitar a passagem do feto pelo canal de parto e para a expulsão da placenta. O trabalho de parto é descrito como decorrendo por três estágios em que, o primeiro estágio inicia-se com contrações uterinas até a dilatação completa. O segundo estágio inicia-se da dilatação completa até ao nascimento e por último, o terceiro estágio desde o nascimento até à expulsão da placenta (Cunningham et al., 2016).

A fase latente do primeiro estágio é caracterizada por contrações uterinas dolorosas com alterações do colo uterino e uma progressão mais lenta da dilatação até aos 5 cm (WHO, 2018; Direção-Geral da Saúde, 2023). Deve-se informar as mulheres que não foi estabelecido nenhum padrão e que pode variar de uma mulher para outra (WHO, 2018).

A fase ativa do primeiro estágio caracteriza-se pelo intervalo que decorre entre a dilatação cervical a partir dos 5 cm, com extinção igual ou superior a 80% até

à dilatação completa (DGS, 2023). É marcada por contrações dolorosas e regulares, com dilatação cervical mais rápida e que não se estende por mais de 12 horas no primeiro trabalho de parto e geralmente não excede 10 horas em trabalhos de parto subsequentes (WHO, 2018).

No segundo estágio de trabalho de parto, a fase latente é definida como o intervalo em que é detetada a dilatação completa e o momento em que se iniciam os esforços expulsivos e a fase ativa como o intervalo que decorre entre o início dos esforços expulsivos e o nascimento do feto (DGS, 2023).

3.1.2. Pós-Parto

O pós-parto é definido como o intervalo que começa imediatamente após a dequitadura e que se estende até seis semanas. Nas primeiras duas horas após o parto, é recomendado avaliar a perda hemática vaginal, pulso radial, pressão arterial e o estado da contração uterina a cada 15 minutos e a restrição alimentar nas primeiras duas horas pós-parto (DGS, 2023).

A WHO (2022), define que uma experiência pós-parto positiva é aquela em que as mulheres, receberam informações e apoio dos profissionais de saúde.

3.1.3. Emoção

De acordo com International Council of Nurses (ICN, 2019), a emoção constitui um processo psicológico que envolve sentimentos, sejam estes conscientes ou inconscientes, agradáveis ou dolorosos. Esses sentimentos podem se manifestar de forma expressa ou não expressa e têm a capacidade de intensificar-se em resposta ao stress ou a condições patológicas. A ansiedade como emoção negativa, é caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia.

3.1.4. Comportamentos para amamentar

O comportamento para amamentar engloba um comportamento interativo que refere a relacionar-se e agir com os outros (ICN, 2019). Amamentar como competência parental envolve mais do que a habilidade de alimentar o bebé, é um reflexo do comportamento interativo da mãe com seu filho.

3.1.5. Competências parentais

As Competências parentais referem-se ao conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que ajudam os pais a desempenharem seu papel com eficácia, promovendo o crescimento e desenvolvimento da criança. Quanto maior a competência dos pais, melhor será sua capacidade de criar um ambiente saudável para a criança e atender às suas necessidades, resultando em maior satisfação com a parentalidade (Cardoso, 2011).

3.2. Cuidar a mulher com gravidez com complicações

3.2.1. Gestação gemelar: estratégias de cuidados por ameaça de parto pré-termo

A Camila (nome fictício), 24 anos, com índice obstétrico de IIGOP (um aborto espontâneo em 2023), encontra-se grávida de uma gravidez gemelar bicoriónica, atualmente com 30 semanas e 4 dias. A gravidez foi planeada e muito desejada.

Após um período inicial de acompanhamento pré-natal sem intercorrências, a Camila foi internada durante 30 dias noutro hospital com 24 semanas e quatro dias por ameaça de parto pré-termo, no qual teve alta hospitalar.

A Camila desconhece alergias, tem antecedentes de anemia e atualmente está medicada com sulfato ferroso e ácido fólico. Pertence ao grupo sanguíneo O Rh positivo.

A gravidez de risco foi acompanhada pela unidade hospitalar. Na ecografia realizada durante a consulta externa, foi observado um colo uterino com 9 mm e

com sinais de afunilamento. Na avaliação pelo obstetra o colo apresentava-se amolecido e anterior, com 70% de extinção e uma dilatação de 1 cm, pelo qual ficou internada no serviço de grávidas de risco por ameaça de parto pré-termo.

Na avaliação do registo da cardiotocografia[1], este apresentava contratilidade uterina irregular com contrações não percecionadas pela grávida. Ambos os fetos apresentavam uma linha basal entre 110-160 bpm e uma variabilidade entre 5-25 bpm.

A cliente nega perda de líquido amniótico e relatou um padrão da perceção dos movimentos fetais habitual.

O feto n.º 1, do sexo masculino encontrava-se em apresentação cefálica, dorso à direita enquanto o feto n.º 2 em apresentação pélvica com o dorso à esquerda.

3.2.2. Justificação da escolha deste caso

O caso foi selecionado devido à condição de saúde presente, que despertou interesse pessoal e sublinhou a necessidade de cuidados especializados para o desenvolvimento de competências especializadas em Saúde Materna e

[1] A monitorização fetal por cardiotocografia é uma ferramenta que permite a recolha de dados de bem-estar fetal e detetar alterações quando está a ser avaliada. As características dos traçados de cardiotocografia dependem da idade gestacional e refletem o grau de desenvolvimento e maturidade dos centros reguladores no sistema nervoso central e no sistema cardiovascular. Como são menos maduros, os fetos prematuros podem responder ao stress de maneiras anómalas, resultando em situações de hipoxia em valores limiares que podem ser menores do que nos fetos a termo. A característica do traçado da cardiotocografia muda à medida que a gravidez progride e é necessário estar ciente das mudanças para o interpretar corretamente (Hurtado-Sánchez et al., 2021). As pesquisas relevam estudos escassos relativamente a avaliação por cardiotocografia em fetos prematuros o que pode levar a uma interpretação errónea. A frequência cardíaca fetal é regulada pelo sistema nervoso autónomo. Durante o desenvolvimento fetal, o sistema nervoso simpático desenvolve-se antes do sistema parassimpático, este desenvolve-se principalmente ao longo do terceiro trimestre. O sistema nervoso simpático é ativado em situações de stress. Consequentemente, os fetos prematuros terão uma linha basal mais alta, com aparente redução na variabilidade, devido à ação predominante do sistema simpático e à menor oposição do sistema parassimpático. A frequência cardíaca fetal aumenta de forma constante até a 16.ª semana de gestação e diminui posteriormente em um batimento por minuto a cada semana, como resultado da maturação do sistema nervoso parassimpático. Apresentam uma linha basal mais alta, uma variabilidade menor que aumenta à medida da evolução da gravidez. As desacelerações transitórias de baixa amplitude são mais frequentes e as acelerações são menos frequentes e vão aumentando em frequência e amplitude à medida que avança a idade gestacional (Hurtado-Sánchez et al., 2021; Ionescu et al., 2021).

Os autores Hurtado-Sánchez et al. (2021) afirmam que, com 24 semanas de gestação, apenas 50% dos fetos saudáveis mostraram acelerações, enquanto com 30 semanas de gestação as acelerações foram observadas em mais de 95%. Em contraste, outros estudos afirmam que entre 20 e 30 semanas de gravidez, apenas 13% dos fetos não apresentaram acelerações ao longo de um período de 60 minutos. O Instituto Nacional de Saúde Infantil e Desenvolvimento Humano e posteriormente a ACOG definiram acelerações na frequência cardíaca fetal em gestações de menos de 32 semanas como aumentos superiores em 10 bpm acima da linha de base durante mais de 10 segundos. É aceite que antes de 32 semanas de gestação, a frequência e a amplitude das acelerações da frequência cardíaca fetal seja menor (Hurtado-Sánchez et al., 2021).

Obstétrica, como providenciar cuidados adequados à mulher e a facilitação da sua adaptação durante o período pré-natal e em situações de abortamento (Regulamento n.º 391/2019).

A gravidez múltipla, apresenta um maior risco tanto para a mãe quanto para o feto em comparação com a gravidez única. Os dados indicam que metade dos gémeos e quase todos os trigémeos nascem prematuramente e enfrentam taxas de mortalidade mais elevadas do que recém-nascidos de termo (WHO, 2006). Portanto, é crucial implementar intervenções que melhorem os desfechos e a qualidade dos cuidados prestados.

Para reduzir as complicações associadas ao nascimento prematuro, as intervenções são direcionadas à grávida com o objetivo de superar os futuros desafios na saúde do recém-nascido prematuro, como a imaturidade pulmonar, a suscetibilidade a infeções e as complicações neurológicas (WHO, 2015).

A gravidez gemelar, por si só, é considerada uma gravidez de risco. No entanto, a necessidade de internamento devido à ameaça de parto pré-termo expõe a grávida a emoções negativas, como stresse e medo em relação à vida dos seus filhos. A experiência de estar sozinha num ambiente desconhecido são fatores que contribuem para sentimentos como a ansiedade e insegurança. O EEESMO além de implementar protocolos clínicos e intervenções específicas, proporciona apoio à grávida para que esta seja capaz de lidar com os desafios emocionais associados.

Tempo de acompanhamento: 8:00 – 16:00 (dois turnos).

3.2.3. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação

Atosiban está indicado para retardar o parto prematuro iminente em mulheres grávidas entre 24 e 33 semanas de gestação que apresentem contrações uterinas regulares, dilatação cervical entre 1 e 3 cm (0 a 3 cm para nulíparas) e uma extinção superior a 50%, com frequência cardíaca fetal normal. O esquema de administração por via endovenosa inicia-se com uma dose inicial de 6,75 mg, seguida por uma perfusão contínua durante três horas e as seguintes com uma

perfusão com velocidade de administração mais lenta até atingir as 45 horas. O tratamento total não deve ultrapassar 48 horas ou uma dose de 330,75 mg. O atosibano é contraindicado em casos de gestação com menos de 24 semanas ou mais de 33 semanas, rotura prematura das membranas após 30 semanas, frequência cardíaca fetal anormal, hemorragia uterina grave, pré-eclampsia ou eclampsia, morte fetal, suspeita de infeção intrauterina, placenta prévia, descolamento da placenta e hipersensibilidade ao atosibano ou aos excipientes. Durante os ensaios clínicos, 48% das grávidas tratadas com atosibano relataram reações adversas, geralmente leves, sendo a mais comum náusea. Outras reações frequentes incluem cefaleias, tonturas e taquicardia. Eventos respiratórios como dispneia e edema pulmonar foram notificados após a comercialização, especialmente com o uso de outros medicamentos tocolíticos e/ou em mulheres com gravidez múltipla (Infomed, 2022).

A dexametasona é um corticoide indicado para a maturação pulmonar fetal. É recomendado em mulheres com risco de parto prematuro a partir de 24 semanas até 34 semanas de gestação em doses de 6 mg via intramuscular em quatro tomas de doze em doze horas. Os glicocorticoides (como dexametasona ou betametasona) que são administrados a mulheres com alta probabilidade de parto prematuro, atravessam a barreira placentária e aumenta a maturidade pulmonar fetal, incluindo a aceleração da produção e secreção de surfactante e redução da permeabilidade vascular, resultando em maior capacidade e volume pulmonar. Estas intervenções visam prevenir a morbilidade e mortalidade relacionadas ao sistema respiratório que afetam os recém-nascidos prematuros (WHO, 2017).

3.2.4. Plano de cuidados

Domínio: Adaptação à gravidez.

Foco de atenção: conhecimento sobre desenvolvimento fetal.

Dados relevantes para o diagnóstico: grávida de 30 semanas e 4 dias, com uma gestação gemelar bicoriónica, ambos os fetos do sexo masculino. A

gravidez é vigiada em ambiente hospitalar por ser uma gravidez múltipla e com antecedentes de ameaça de parto pré-termo. O registo de cardiotocografia revelou contrações uterinas que não foram percebidas pela grávida. A ecografia pélvica indicou um afunilamento do colo uterino, medindo 9 mm.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: a Camila foi admitida no serviço de grávidas de risco por ameaça de parto pré-termo. Demonstrava sinais de nervosismo e confessou sentir-se stressada pela necessidade do internamento, além de expressar receio de um parto prematuro.

Diagnóstico: potencial para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento fetal.

Objetivo: promover ajustamento à gravidez.

Intervenções:

- Ensinar sobre desenvolvimento fetal[2]:

[10:30] Explicar à grávida que, com 30 semanas de gestação, os pulmões dos fetos já têm capacidade para respirar, mas ainda é necessário administrar medicação para ajudar na maturação pulmonar. Os fetos já conseguem abrir e fechar os olhos, sugar, chorar e responder a estímulos. É comum que estejam mais ativos, reconheçam a voz da mãe e reajam a sons e luz, movendo-se cada vez mais em resposta a esses estímulos externos. A pele dos bebés também se torna mais rosada e coberta por um fino revestimento de pelo nas costas, ombros, lóbulos da orelha e testa denominado de lanugo.

Domínio: Gravidez.

Foco de atenção: conhecimento sobre complicações durante a gravidez.

[2] Conhecer o desenvolvimento fetal proporciona informações que ajudam os pais a imaginar uma imagem do bebé em formação. Com 30 semanas de gestação, a maior parte dos órgãos sensoriais do feto já está formada, permitindo que ele perceba o cheiro e o sabor do líquido amniótico. A sua capacidade auditiva está desenvolvida, proporcionando-lhes ouvir e distinguir os sons do ambiente externo e reagir de maneira específica a cada estímulo. As pálpebras estão separadas, possibilitando que os bebés abram os olhos (Cardoso et al., 2023).

Dados relevantes para o diagnóstico: grávida com 30 semanas e quatro dias de gestação. A ecografia revelou um colo uterino com 9 mm e ao realizar a cardiotocografia, o seu registo apresentava contrações uterinas irregulares. Primeiro dia de internamento da grávida por ameaça de parto pré-termo.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: a Camila menciona que já está familiarizada com a patologia e que já esteve internada por uma ameaça de parto pré-termo. Tem interesse em entender melhor a situação atual e em prolongar a gravidez o máximo de tempo possível. Para garantir o bem-estar dos gémeos, a grávida procura informações adicionais.

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações durante a gravidez.

Objetivo: promover autogestão de complicações na gravidez.

Intervenções:

- Ensinar sobre autovigilância: sinais de complicações durante a gravidez.

[10:45] Explicar à grávida que é fundamental estar atenta a sinais e sintomas que podem indicar uma ameaça de parto pré-termo. Esses sinais incluem lombalgia ou algias pélvicas, que se manifestam como dores na região inferior do abdómen e pressão pélvica, que é a sensação de desconforto ou pressão na área pélvica. Deve alertar se apresentar dores abdominais e observar alterações no fluxo vaginal, como aumento ou modificação da leucorreia, como mudanças no odor e na cor, acompanhada ou não de prurido, ardência e irritação na vulva e na vagina. Também é importante alertar caso tenha contrações uterinas, que podem ser dolorosas ou não. Outro sinal a ser notado é a perda de sangue vaginal ou de líquido amniótico (Lowdermilk et al., 2009).

- Ensinar sobre complicações do compromisso da gravidez[3].

[10:50] Explicar à grávida que se o parto ocorrer com 30 semanas de gestação, os bebés precisariam de serem encaminhado para a unidade de neonatologia. Explicar que antes das 37 semanas de gravidez, são considerados prematuros[4] o que pode levar a complicações para os recém-nascidos. Devido à prematuridade, é comum que os bebés que nascem nesta fase necessitam de enfrentar desafios de saúde logo após o nascimento, necessitando de cuidados especializados.

- Ensinar sobre trabalho de parto.

Explicar à grávida o que é uma contração uterina[5] e o padrão de contractilidade indicador de trabalho de parto.

[3] Identificar mulheres com ameaça de parto pré-termo que eventualmente terão um parto prematuro é desafiador. Embora as contrações regulares sejam comuns, elas não preveem de forma confiável quais mulheres terão mudanças cervicais subsequentes. O diagnóstico de trabalho de parto pré-termo é geralmente baseado em critérios clínicos, como contrações uterinas regulares acompanhadas por uma alteração na dilatação cervical, extinção ou ambos, ou com contrações regulares e dilatação cervical de pelo menos 2 cm. Menos de 10% das mulheres com diagnóstico clínico de ameaça de parto pré-termo têm o parto nos sete dias seguintes (ACOG, 2016; *Guidelines for Perinatal Care*, 2017).

[4] As complicações associadas à prematuridade são a principal causa de morte neonatal e a segunda principal causa de morte em crianças com menos de 5 anos (WHO, 2006). De acordo com as *guidelines* da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), o parto prematuro é definido como o nascimento antes de 37 semanas de gestação e define especificamente que o recém-nascido é extramente prematuro com menos de 28 semanas de gestação, grande prematuro entre 28 semanas e 31 semanas e seis dias, moderadamente a tardio prematuro entre 32 semanas e 36 semanas e seis dias e que a prematuridade é o fator mais importante na determinação de desfechos adversos para o recém-nascido.

[5] Uma contração uterina durante a gravidez é uma sensação de aperto ou pressão no abdómen, que pode ser descrita como uma "barriga dura e empinada" ou uma "dor tipo moedeira". As contrações de Braxton Hicks são irregulares e sem ritmo e podem tornar-se regulares por um curto período. São de baixa intensidade e geralmente indolores, embora algumas mulheres podem sentir um leve desconforto. Podem ser acompanhadas de dores na região lombar, que irradiam para as coxas e causam pontadas na vagina. O espaçamento entre uma contração e outra é longo, ocorrendo apenas algumas vezes ao longo do dia, cada contração é de curta duração, geralmente menos de 30 segundos, embora possam durar um pouco mais. Não ocorrem mais de duas vezes por hora e não aumentam em intensidade. As contrações de Braxton Hicks costumam parar quando a grávida muda de atividade ou posição, como levantar-se, sentar, caminhar ou beber um pouco de água. São mais comuns na transição do segundo para o terceiro trimestre e podem ser desencadeadas por movimentos fetais, relações sexuais, atividade física ou esforço, desidratação ou a bexiga cheia. O padrão de contractilidade indicativo de trabalho de parto é caracterizado por um conjunto de sinais que podem ser identificados pela grávida. Essas contrações são frequentemente descritas como dolorosas, semelhantes a cólicas menstruais intensas e podem irradiar da região lombar para a parte frontal do abdómen. A dor tende a ter um padrão de "vai-e-volta", com intensidade que aumenta gradualmente. As contrações tornam-se crescentemente regulares, duram entre 30 e 90 segundos e o intervalo entre uma contração e outra vai diminuindo ao longo do tempo. Mesmo que a grávida mude de atividade ou posição, as contrações não param ou diminuem em intensidade, duração ou frequência. Para reconhecer o padrão de contractilidade e identificar alterações, a grávida deve realizar uma autoavaliação, ao registar as características de 5 a 6 contrações seguidas, observando o número de minutos entre o início de uma contração e a próxima, a duração da sensação de "barriga dura" e a intensidade percebida numa escala de 0 a 10. Após esperar 30 minutos ou ao notar alguma alteração subjetiva em algum dos parâmetros, deve-se caracterizar mais 5 a 6 contrações para confirmar a alteração no padrão, analisando se estas estão mais longas, intensas ou frequentes (Cardoso et al., 2023).

- [Próximo contacto] Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações durante a gravidez.
- [Próximo contacto] Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez.

Domínio: Gravidez.

Foco de atenção: consciencialização[6] da relação entre autogestão do regime de repouso e os resultados perinatais.

Dados relevantes para o diagnóstico: internamento por ameaça de parto pré-termo às 30 semanas e quatro dias de gestação. A ecografia pélvica mostra um colo uterino com 9 mm e a cardiotocografia realizada regista contrações uterinas não percetíveis pela grávida.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: a Camila está no primeiro dia de internamento. Foi-lhe prescrito pelo obstetra repouso parcial[7] perante a condição da ameaça de parto pré-termo. O repouso parcial engloba poder-se deslocar até a casa de banho e realizar as refeições à mesa. Não sendo o seu primeiro internamento, sente-se frustrada referindo "é o segundo internamento em que preciso fazer outra vez repouso. Tenho dificuldades em aceitar que tudo isso está a acontecer de novo. Sinto-me tão cansada de estar aqui sem poder fazer nada" (sic).

[6] A consciencialização envolve perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. O nível de consciencialização reflete a congruência entre o que se sabe sobre os processos e as respostas esperadas em situações de transição. Embora a consciencialização seja considerada uma característica essencial da transição, a ausência dela não impede que a transição ocorra (Meleis, 2010).

[7] De acordo com Da Silva Lopes et al., (2017), na revisão Cochrane, do estudo que avaliou a eficácia do repouso absoluto ou parcial no hospital para melhorar os resultados da gravidez em mulheres com gravidez múltipla, analisou ensaios clínicos randomizados que compararam repouso absoluto ou parcial no hospital com nenhuma restrição de atividade em casa. O estudo envolveu 636 mulheres e 1298 bebés. O repouso absoluto não mostrou benefício significativo na redução de nascimento muito prematuro, mortalidade perinatal ou baixo peso ao nascer. No entanto, foi associado a um maior número de partos espontâneos e bebés com peso médio ao nascer mais alto em comparação com mulheres sem restrição de atividade. O repouso parcial não teve efeito sobre os desfechos perinatais e na maioria dos desfechos maternos. Houve uma redução na hipertensão materna para mulheres que seguiram o repouso parcial, mas este resultado foi baseado em um único ensaio com um número limitado de participantes. Efeitos adversos, como o desenvolvimento de tromboembolismo venoso ou efeitos sobre o bem-estar mental, emocional, social e as opiniões e experiências das mulheres sobre o repouso não foram relatados nos ensaios. Os autores concluíram que as evidências disponíveis não são suficientes para apoiar ou refutar o uso rotineiro de repouso em meio hospitalar para mulheres com gravidez múltipla.

Diagnóstico: Potencial para melhorar consciencialização da relação entre autogestão do regime de repouso e os resultados perinatais.

Objetivo: promover autogestão de complicações na gravidez e promover a consciencialização para auxiliar a lidar com a situação.

Intervenções:

- Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização.

[13:00] Explicar à grávida sobre o impacto do ajuste nas atividades diárias como o repouso nos desfechos perinatais. Que a grávida reconheça o que está a acontecer e reorganizar-se neste novo modo de viver: "É importante entender como ajustar as suas atividades diárias, incluindo o repouso, podem impactar positivamente os resultados na sua gravidez. Limitar as suas atividades e garantir repouso adequado contribui para um ambiente mais seguro e estável para o desenvolvimento dos bebés, reduzindo o risco de complicações e ajudando a prolongar a gravidez até um estágio mais próximo do termo. O repouso está diretamente relacionado com os resultados perinatais. Tem ideia de como poderá favorecer e manter a gravidez por mais tempo?".

A Camila refere que sabe que o repouso pode ser benéfico para os seus filhos, mas não sabe qual é a razão e tem disponibilidade para aprender mais sobre o assunto.

"Entendo como deve ser difícil para si. Deve ser muito frustrante sentir que as suas rotinas e atividades foram interrompidas e é compreensível sentir-se assim. Imagine quando está em posição vertical por longos períodos, a pressão de dois bebés no seu colo do útero. O repouso pode ajudar a reduzir a pressão sobre o colo do útero evitando que se dilate prematuramente e auxiliar na diminuição da frequência e na intensidade das contrações uterinas que a podem levar a um parto pré-termo. Além disso, prolongar a gravidez, vai-lhe permitir que os seus bebés permaneçam consigo, se nasceram com estas semanas de gravidez serão encaminhados para a neonatologia. Sei

que é difícil para si, mas este esforço pode ter um impacto para o bem-estar dos seus bebés e na sua experiência de parto".

A Camila refere "isso faz sentido. É bom ter alguém para conversar e lembrar que estou a fazer o melhor que posso, mesmo que não seja o que eu queria ou esperava. Vou me esforçar para seguir as recomendações, mas agora entendo que meu repouso é uma parte importante do cuidado com os meus filhos" (sic).

- [Próximo contacto] Reanalisar com o cliente a relação entre o regime de repouso e os resultados perinatais.
- [Próximo contacto] Avaliar evolução da consciencialização da relação entre autogestão do regime de repouso e os resultados perinatais.

Domínio: Adaptação à parentalidade.

Foco de atenção: conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho.

Dados relevantes para o diagnóstico: a Camila encontra-se no segundo dia do internamento por ameaça de parto pré-termo. A cardiotocografia realizada no turno regista contrações uterinas irregulares não percetíveis pela grávida.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: quando ouve a frequência cardíaca dos bebés pelo cardiotocógrafo, a Camila fala da sua gravidez e o seu entusiamo é evidente. Menciona que a gravidez foi desejada e planeada e que sempre sonhou em ser mãe. Ficou ainda mais feliz quando descobriu a gravidez gemelar e compartilha "sofri um aborto espontâneo, mas quando descobri que eram dois bebés, senti que a vida me queria presentear com dois, como se fosse uma espécie de recompensa pela perda que vivi, sabe?" (sic). No entanto, a Camila mostra-se apreensiva e relata "sinto uma ambivalência de sentimentos, estou muito feliz com esta gravidez, mas, ao mesmo tempo estou preocupada. Se eles tiverem de ir para a neonatologia, eu não sei como vou lidar com a separação" (sic).

Diagnóstico: potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho.

Objetivo: promover adesão a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho.

Intervenções:

- Ensinar sobre ligação mãe-filho[8].

[10:00] Explicar os benefícios da ligação mãe-filho na gravidez: existem diversos fatores que contribuem como fatores protetores para a ligação mãe-filho. A aceitação da gravidez e do bebé é um fator protetor, quando a gravidez é aceite de maneira positiva, o envolvimento emocional dos pais com o bebé tende a ser mais espontâneo, facilitando a criação de laços desde o início da gravidez. O conhecimento mútuo com o recém-nascido é também um fator protetor que se desenvolve ao longo do tempo, especialmente após o nascimento. À medida que os pais passam mais tempo com o bebé, começam a compreender as suas necessidades. As visitas e o contato regular são permitidos, mesmo em situações em que ocorre a separação, como em casos de bebés internados na neonatologia.

[10:15] Explicar o perfil hormonal favorecedor da afetividade mãe-filho: Os efeitos das hormonas da gravidez no cérebro facilitam os comportamentos sociais e de interação. A ocitocina, conhecida como "hormona do amor" produzida durante a gravidez, amamentação e interações sociais prazerosas, desempenha um papel fundamental na promoção da ligação afetiva. A prolactina, contribui para uma predisposição emocional que desperta comportamentos para os cuidados com os outros, estimulando assim o comportamento materno no futuro recém-nascido.

- Ensinar sobre contacto pele com pele.

[8] Incentivar a ligação entre pais e recém-nascidos é fundamental para fortalecer laços emocionais e apoiar a família. Esse vínculo afetivo está associado a boas relações futuras e a benefícios de saúde, como a redução de problemas no desenvolvimento infantil. Os Enfermeiros desempenham um papel crucial na promoção do vínculo ao cuidarem dos pais e recém-nascidos no período pós-parto. Devem estimular atividades que fortalecem a ligação como o contacto físico e a interação verbal. O vínculo pode ser gradual e fatores como o contato pele com pele e amamentação aceleram o processo e situações como depressão pós-parto, gravidez indesejada ou internamento do recém-nascido na neonatologia podem comprometer esse vínculo afetivo (Woten, 2021; Smith, 2024).

[10:30] Explicar o comportamento do recém-nascido durante o contacto pele com pele: na primeira hora após o parto, a mãe e recém-nascido experienciam um momento especial e único, conhecido como a "hora dourada[9]". O contacto pele com pele consiste em colocar o bebé seco e despido em decúbito ventral diretamente sobre o peito da mãe, em um ambiente aquecido. Esta prática promove a regulação da temperatura do bebé, fortalece o vínculo afetivo e facilita a amamentação, além de oferecer benefícios emocionais para ambos. O contato pode ser iniciado logo após o nascimento e repetido sempre que desejarem.

- [10:45] Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da ligação mãe/filho.

3.2.5. Síntese do caso

O exemplo deste caso descreve uma gravidez gemelar com 30 semanas e 4 dias, com antecedentes obstétricos de aborto espontâneo, anemia e marcada por uma ameaça de parto pré-termo. A análise estatística de Machado (2012), destaca que a anemia, particularmente a ferropénica em fases iniciais da gravidez, está associada a um aumento no risco de parto pré-termo. As grávidas com anemia no primeiro e segundo trimestre têm um maior risco (entre 10 a 40%) de ocorrer um parto pré-termo e em casos moderados a graves, o risco duplica. A anemia ocorre em 0,9%, 3% e 17% das grávidas no primeiro, segundo

[9] A *golden hour* ou hora dourada é quando o bebé permanece no peito da mãe em contacto pele com pele, permitindo-lhe que manifeste comportamentos instintivos. O comportamento instintivo é observado num processo que se desenvolve em nove estádios: primeiro choro, estádio de relaxamento, estádio de despertar, estádio ativo, estádio de descanso, rastejar, familiarizar-se, estádio da amamentação e estádio do sono que refletem uma sequência de comportamentos que imitam os padrões motores adquiridos enquanto ainda estava no útero. No primeiro choro, o bebé chora logo após o nascimento e é sinal do que se está adaptando ao meio extrauterino. O estádio de relaxamento é quando o bebé começa a relaxar ajustando-se ao contacto com a mãe. No despertar, o bebé começa a ficar mais em alerta e começa a mostrar sinais de atividade com pequenos movimentos de cabeça para cima, para baixo, de um lado para o outro e pequenos movimentos dos membros e ombros. No descansar o bebé depois da atividade passa por um período de descanso com alguma atividade, como atividade na boca, sugando a mão. O rastejar ou deslizar é quando o bebé começa a rastejar em direção ao peito da mãe. No familiarizar-se o bebé alcança a aréola ou mamilo com a boca posicionada para lamber explora e se familiariza com o mamilo da mãe. No mamar o bebé inicia o processo de sucção. O adormecer acontece quando o bebé está confortado pelo contacto e com a primeira mamada, fecha os olhos e adormece (Widström, 2019).

e terceiro trimestres respetivamente. A pesquisa concluiu que a anemia influencia o risco de parto prematuro.

A vigilância da gravidez iniciou-se com um acompanhamento pré-natal sem complicações. No entanto, a grávida foi internada por ameaça de parto pré-termo por apresentar um colo uterino de 9 mm e contrações uterinas irregulares.

A avaliação do comprimento cervical por ecografia visa antecipar o risco de parto prematuro. Uma revisão Cochrane (2019) investigou a eficácia da gestão da ameaça de parto pré-termo com base na triagem do comprimento cervical por ecografia pélvica em mulheres grávidas entre 14 semanas e 34 semanas de gestação com ameaça de parto pré-termo. O estudo concluiu que, ao obter o conhecimento do comprimento cervical pela ecografia pode prolongar a gravidez numa média de quatro dias em comparação com grupos sem essa informação. No entanto, os dados disponíveis foram insuficientes e não permitiram tirar conclusões definitivas da relação do comprimento cervical na prevenção de partos pré-termos, principalmente em gestações gemelares e gestações de feto único com rotura prematura de membranas.

O plano de cuidados apresentado descreve uma complicação da gravidez e a gestão dessa complicação. No entanto, foi destacado a importância de adotar medidas que promovam a ligação mãe-filho mesmo em momentos de separação, como por exemplo, o internamento na neonatologia, focando em estratégias que fortaleçam o vínculo afetivo da mãe com os seus filhos, realçando a importância do contato pele com pele mesmo após o parto.

3.3. Cuidar a mulher em trabalho de parto

3.3.1. Complicações no trabalho de parto e pós-parto: desafios de uma hemorragia pós-parto

A Sara (nome fictício), 29 anos, é casada e encontra-se atualmente separada do marido (Ricardo) desde que esta lhe anunciou a gravidez. É uma primeira gestação, com 38 semanas e 2 dias, conforme cálculo baseado na data da última menstruação (DUM).

A Sara é saudável, sem antecedentes clínicos relevantes e desconhece alergias. Pertence ao grupo sanguíneo O Rh positivo e apresentou resultado negativo para o rastreio pré-natal do *Streptococcus* do grupo B. A gravidez foi acompanhada pela unidade de saúde familiar de sua área de residência, com um total de sete consultas.

A Sara recorreu ao serviço de urgência por perda de líquido amniótico que foi confirmada pela equipa médica. O líquido amniótico apresentava-se claro, cheiro *sui generis* e no momento da admissão, foi constatado um colo posterior com 80% de extinção e 1 centímetro (cm) de dilatação.

A parturiente encontrava-se na sala de partos por trabalho de parto espontâneo, recebendo analgesia via cateter epidural[10] e relatando dor lombo sagrada.

Ao analisar o seu plano de parto, estava indicado que não desejava acompanhante. Posteriormente justificou que o ex-marido deixou o domicílio familiar ao anúncio da gravidez. Contudo, a Sara mudou de opinião e o Ricardo esteve presente durante uma parte do trabalho de parto, no nascimento e posteriormente no serviço de puerpério.

Apesar dos esforços expulsivos, o feto mantinha-se em occipito sagrada, sem evolução na descida da apresentação fetal. Devido ao cansaço físico e psicológico da parturiente e pelo período expulsivo prolongado, o parto foi referenciado ao médico. O parto foi distócico com auxílio de ventosa e episiotomia.

No pós-parto imediato, a Sara sofreu uma hemorragia pós-parto (HPP)[11] por atonia uterina.

[10] Perfusão analgésica por bomba: protocolo institucional “PIEB” (provided intermittent epidural boluses) - administração de 10 ml em intervalos de 60 minutos de analgesia via cateter epidural por bomba PCA que contém 46 ml de NaCL 0,9%, 50 ml de ropivacaína (2mg/ml) e 4 ml de sufentanil (0,005mg/ml).

[11] A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), define a hemorragia pós-parto como a perda de 500 ml ou mais de sangue nas primeiras 24 horas após o parto e que o uso de uterotónicos, como a ocitocina, no terceiro período do trabalho de parto é recomendado em todos os partos para a prevenção de HPP. A atonia uterina é identificada como a principal causa de hemorragia pós-parto e que a vigilância do tónus uterino pós-parto é recomendada a todas as mulheres para identificar precocemente a atonia uterina.

O Guilherme nasceu às 12h05, apresentando um índice de Apgar 10 ao 1.º minuto, 10 ao 5.º minuto e 10 ao 10.º minuto, com um peso de 3255 gramas.

3.3.2. Justificação da escolha deste caso

O caso desta parturiente proporcionou a oportunidade de aplicar diversas competências específicas do EEESMO descritas no Regulamento n.º 391/2019, nomeadamente as competências associadas ao cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto em que o EEESMO "*Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina; diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém – nascido; providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto*" (p. 13563). Relativamente à competência específica do EEESMO que "cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal" foi possível desenvolver as competências em que o EEESMO "*Promove a saúde da mulher e recém- -nascido no período pós -natal; diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém -nascido durante o período pós -natal; providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém -nascido no período pós -natal*".

O desafio perante a hemorragia pós-parto deste caso possibilitou implementar na prática através de intervenções, o conhecimento teórico, promovendo a mobilização da evidência e o aprimoramento das competências em cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica como conceber, planear, implementar e avaliar intervenções para a mulher com complicações no pós-parto, além de cooperar com outros profissionais no tratamento dessas complicações.

No contexto da hemorragia pós-parto, o EEESMO deve adotar uma abordagem sistemática e fundamentada em evidências. Esta abordagem inclui a administração adequada de uterotónicos e a execução de procedimentos clínicos, fundamentais para o controlo da hemorragia, promovendo um

tratamento seguro e eficaz, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados prestados às parturientes (OMS, 2014).

Além disso, a colaboração com a equipa multidisciplinar foi crucial para garantir a implementação adequada das intervenções e a comunicação eficaz sobre o estado da parturiente e as medidas a adotar, aprimorando a qualidade dos cuidados e facilitando a gestão da hemorragia pós-parto.

Outro aspeto relevante deste caso foi a manutenção do contacto pele com pele[12] entre a mãe e o recém-nascido durante as intervenções. Os níveis de ocitocina podem ser estimulados no pós-parto pelo contacto pele com pele entre a mãe e o recém-nascido, contacto visual, toque e a estimulação dos mamilos ajudando a estimular a libertação de ocitocina (Bonapace, 2018).

Tempo de acompanhamento: turno das 8:00 – 16:00.

3.3.3. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação

O misoprostol pertence à classe dos análogos sintéticos da prostaglandina E1. A sua administração age sobre o útero, estimulando a contração da parede uterina induzindo as contrações uterinas (Infomed, 2021). Podem ser administrados entre 600 e 1000 mcg por via oral, sublingual ou retal. Os efeitos secundários mais frequentes consistem em apresentar dor abdominal, náusea e/ou vómito, cefaleia e hipertermia. É contraindicado em mulheres com doença inflamatória intestinal e alergia (The American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG, 2017; Ayres de Campos & Pinto, 2022). O pico sérico é atingido aos 20 a 30 minutos após a sua administração com uma semivida com cerca de 3 horas (Ayres de Campos & Pinto, 2022).

[12] O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011), conforme citado por Figueiras (2018, p. 11), define o "contato pele a pele como a colocação do recém-nascido nu, podendo ser colocada uma fralda ou gorro logo após o nascimento sobre o ventre da mãe". Segundo o mesmo autor, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012) recomenda a prática imediata desse contato após o nascimento, que deve ser evitado apenas se a mãe ou o recém-nascido não estiverem em condições adequadas para realizá-lo. Figueiras (2018) destaca que o contato pele com pele facilita a transição do recém-nascido para a vida extrauterina, auxiliando na regulação da função respiratória e cardíaca, na termorregulação e no aumento das saturações de oxigênio. Abdala et al. (2018) acrescentam que os recém-nascidos expostos a essa prática apresentam menos episódios de choro, promovendo o vínculo afetivo e favorecem o início precoce da amamentação. Para a puérpera, o contato pele com pele, através do toque, calor e odor, não apenas fortalece o vínculo afetivo, mas também proporciona estímulos sensoriais que estimulam a produção de ocitocina. Essa hormona é crucial para a involução uterina e para a redução do risco de hemorragia pós-parto.

A oxitocina conhecida pela “hormona do amor” é produzida no sistema límbico e é libertada durante o contacto social e sexual, orgasmo, parto e amamentação. O seu papel é fundamental na produção de contrações uterinas durante o trabalho de parto (Bonapace, 2018; Levy, 2018; Buckley et al., 2023). A oxitocina sintética possui uma estrutura química semelhante a ocitocina endógena e é utilizada para indução e aceleração do trabalho de parto, na prevenção e no tratamento da hemorragia pós-parto (Buckley et al., 2023; Neal, 2024). Quando administrada por via endovenosa, tem um período de latência inferior a um minuto após administração e uma semivida de 3 a 5 minutos (Cunningham et al., 2016; Infomed, 2021). A oxitocina atua sobre a musculatura lisa do útero, especialmente na fase final da gravidez, parto e pós-parto, que corresponde ao aumento de recetores de oxitocina, resultando numa maior sensibilidade a esta hormona (Infomed, 2021; Rashidi et al., 2022; Buckley et al., 2023). O seu uso no pós-parto estimula a contração do músculo uterino minimizando a perda sanguínea. É o uterotónico de eleição para o tratamento da HPP (OMS, 2014).

No caso selecionado foram administrados como uterotónicos: uma grama de misoprostol via retal (pelo médico obstetra) e vinte unidades de ocitocina via endovenosa (segundo prescrição médica).

A efedrina é um agente adrenérgico indicada para produzir estimulação cardíaca e vasoconstrição como terapêutica adjuvante nos distúrbios hemodinâmicos que persistam após o tratamento com reposição de fluidos. É usada para a prevenção e tratamento da hipotensão ou em choque hipovolémico, atuando como vasoconstritor, aumentando a pressão arterial. A sua utilização não é usada como monoterapia não substituindo a reposição por fluídos (Infomed, 2024).

3.3.4. Plano de cuidados

Tabela 2 - Evolução de Trabalho de Parto, bem-estar fetal e pós-parto (fonte: autor)

Evolução de Trabalho de Parto	Bem-estar Fetal	Parto e Pós-parto

[8:30] Extinção do colo do útero: 100%**.** **[8:30] Dilatação do colo do útero:** 10 cm**.** **[8:30] Padrão de contractilidade uterina:** normal. **[8:30] Frequência da contração uterina:** 3 Contrações uterinas/10 minutos. **[8:30] Duração da contração uterina:** 40 Segundos. **[8:30] Intensidade da contração uterina:** severa**.** **[8:30] Dor de trabalho de parto:** dor sacro lombar**.** **[8:30] Integridade das membranas amnióticas:** rotura espontânea no 13.10.2023 às 23:00. **[8:30] Características do líquido amniótico:** Líquido amniótico de características normais. **[11:00] Variedade fetal:** occipito sagrada. **[11:00] Descida do feto**: entre o 2.º e o 3.º plano de Hodge. **[11:00] Padrão de contractilidade uterina:** normal. **[11:00] Frequência da contração uterina:** 4 Contrações uterinas/10 minutos. **[11:00] Duração da contração uterina:** 50 Segundos. **[11:00] Intensidade da contração uterina**: severa. **[11:00] Dor de trabalho de parto:** dor sacro lombar. **[11:00] Características do líquido amniótico:** Líquido amniótico de características normais.	**Bem-estar fetal:** normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas e movimentos percetíveis pela mãe).	**[11:15] Esforços expulsivos:** ineficazes. **[12:00] Posição no parto:** semi-sentada. **[12:00] Estado do períneo:** episiotomia. **[12:05] Tipo de parto:** distócico **[12:05] Hora de nascimento**: 12:05. **[12:15] Hora de dequitadura:** 12:15. **[12:15] Tipo de dequitadura:** espontânea com tração controlada do cordão, manobra de Dublin, mecanismo de descolamento - Schultze. **[12:15] Características da placenta:** sem alterações observáveis. **[12:16] Contração do útero pós-parto:** atonia uterina. **[12:16] Perda sanguínea vaginal - quantidade:** superior à esperada. **Recém-nascido** **Índice de Apgar** – score 10 ao 1.º minuto. **Índice de Apgar** – score 10 ao 5.º minuto. **Índice de Apgar** – score 10 ao 10.º minuto. **Peso:** 3255 gr Colheita de sangue do cordão umbilical para grupo sanguíneo por mãe O Rh positivo.

Domínio: parto.

Foco de atenção: trabalho de parto.

Dados relevantes para o diagnóstico: posição fetal em occipito[13] sagrada. Colo uterino com 10 cm de dilatação e 100% de extinção. Três Contrações uterinas em 10 minutos com duração de 40 segundos.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: na ecografia realizada na admissão, o feto apresenta-se em posição occipito sagrada. A dor lombo sagrada relatada pela parturiente sugere que não houve alteração na posição fetal.

Diagnóstico: trabalho de parto.

Objetivo: facilitar trabalho de parto / nascimento.

Intervenções:

- Assistir no posicionar.

[9:00] A mobilidade e as diferentes posturas maternas desempenham um papel fundamental no trabalho de parto. Os movimentos da pelve são particularmente benéficos, pois contribuem para uma pelve menos estática, facilitando a passagem do bebé. As posições verticais potencializam os efeitos da gravidade, o que auxilia no encravamento do feto e contribui para a sua descida no canal de parto[14]. Incentivar a parturiente a executar movimentos e alternância de posições que aliviam a dor lombo sagrada e que promovem a progressão do trabalho de parto. Auxiliar nas diferentes opções de posicionamento como o decúbito lateral[15] que lhe permite descanso no

[13] A prevalência de posições occipito posteriores é de aproximadamente 40% durante o trabalho de parto e varia de 1,8% a 6% no momento do nascimento. As posições posteriores têm sido associadas ao prolongamento do primeiro e segundo estágio de trabalho de parto. É fundamental que a mulher participe ativamente na alternância de posições ao longo dos diferentes estágios do trabalho de parto, com o objetivo de facilitar a rotação interna fetal (Iravani et al., 2023).

[14] As posições verticais e os movimentos corporais durante o trabalho de parto são amplamente reconhecidos pelos seus benefícios. A gravidade facilita a descida da cabeça do feto pela pelve, o que, junto com as contrações uterinas, promove uma pressão da cabeça fetal sobre o colo do útero, ajudando a acelerar o processo do parto e melhorar a eficácia das contrações, proporcionando uma experiência de parto positiva e, possivelmente, menos dolorosa para a mulher (Cardoso et al., 2023).

[15] O decúbito lateral é uma posição de fácil acesso que permite repouso no leito. Calais-Germain (2009) afirma que essa posição é benéfica em diferentes etapas do trabalho de parto. O osso ilíaco superior pode mobilizar-se e o sacro permanece livre. A flexão e a rotação externa do fémur provocam uma supinação do osso ilíaco superior, permitindo que as articulações sacroilíacas e a sínfise púbica se afastem na parte superior, o que contribui para a ampliação da parte superior da pelve.

leito e a posição de quatro apoios[16] inclinada para a frente com os membros superiores apoiados e agarrados no lençol da cabeceira da cama.

- Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto.

[9:15] Auxiliar a parturiente no uso de lençol atado na cabeceira da cama com a parturiente na posição de quatro apoios.

Domínio: parto.

Foco de atenção: trabalho de parto.

Dados relevantes para o diagnóstico: a Sara refere dor lombo-sagrada.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: a posição fetal occipito sagrada está frequentemente associada a um aumento da dor lombar durante o trabalho de parto. Esta posição fetal pode dificultar a descida do feto e a progressão do parto, resultando em contrações mais intensas e prolongadas. A parturiente pode experimentar dor devido à pressão exercida na pelve e ao esforço adicional necessário para que o feto se ajuste e avance através do canal de parto.

Diagnóstico: trabalho de parto.

Objetivo: promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto.

Intervenções:

- Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto.

[9:15] Posição preferencial da parturiente é de quatro apoios.

[16] A posição occipito-posterior está associada a um risco elevado de trabalho de parto prolongado, exaustão materna e fetal, parto instrumental, lacerações perineais e cesariana. Além disso, foi relatado que técnicas posturais maternas podem promover a rotação da cabeça fetal para uma posição anterior, facilitando o parto (Cardoso et al., 2023). Segundo o livro “Bouger en accouchant” de Calais-Germain e Parés (2009), a posição de quatro apoios é uma das posições de eleição durante o trabalho de parto, permitindo que a pelve e o sacro estejam livres de movimentos, a ação da gravidade direciona o feto em direção ao púbis, facilitando uma melhor adaptação do feto à pelve materna.

[9:15] Técnica respiratória e massagem com aplicação de calor (lençol quente[17]).

- Aplicar calor na região lombo-sagrada.
- Massajar a região lombo sagrada.
- Envolver pessoa significativa no trabalho de parto.

[10:15] A parturiente decidiu permitir a presença do Ricardo no parto e autorizou que ele a auxiliasse na aplicação de calor e na massagem da região lombo sagrada.

- Gerir ambiente físico para promover relaxamento.

Manter o quarto limpo e organizado.
Manter ambiente aquecido.
Providenciar privacidade.
Providenciar ambiente calmo e seguro, reduzindo intensidade da luz.

- Avaliar evolução do autocontrolo para lidar com a dor de trabalho de parto.

As intervenções implementadas como a técnica respiratória e a massagem com aplicação de calor foram benéficas para a parturiente. A técnica respiratória auxiliou no controlo da dor e na promoção do relaxamento. A massagem com o lençol quente na zona lombo sagrada proporcionou à parturiente um alívio da dor, avaliando a intervenção como positiva.

Domínio: Emoção.

Foco de atenção: ansiedade.

[17] A técnica do rebozo foi realizada com um lençol aquecido. O rebozo é uma técnica que utiliza um tecido resistente e confortável para criar movimentos na pelve da mulher quando enrolado em certas áreas do corpo. Esse procedimento proporciona uma sensação de conforto e bem-estar, podendo ser feito em diferentes posições. O rebozo pode ser empregado de diversas formas, sendo uma das mais comuns sua aplicação na pelve da grávida. Por meio de movimentos controlados, o rebozo auxilia no balanço da pelve de um lado para o outro como efeito de uma massagem (Cardoso et al., 2023).

Dados relevantes para o diagnóstico: a parturiente mostra sinais de ansiedade como agitação e preocupação. A Sara refere preocupação constante, medo e dificuldade para relaxar, relatando a ocorrência de ataques de pânico, que se manifestaram como episódios de angústia e medo, acompanhados por sintomas físicos como palpitações que a levaram a recorrer ao serviço de urgência ao longo da gravidez.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: a ansiedade da Sara tem início associado ao abandono pelo marido, o que gerou um impacto significativo no seu estado emocional, resultando em *stress* e insegurança. Esses sentimentos são caracterizados por uma preocupação em relação à incerteza sobre o futuro. Manifesta também, uma preocupação acentuada com seu filho, em virtude de ser mãe solteira e expressa o desejo de receber apoio psicológico.

Diagnóstico: ansiedade.

Objetivo: diminuir a ansiedade.

Intervenções:

- Promover relaxamento.

[8:45] Providenciar ambiente calmo e seguro, reduzindo intensidade da luz.
[8:45] Incorporar música com as preferências musicais da parturiente.

- Executar escuta ativa.

[9:30] É fundamental que a parturiente se sinta ouvida e compreendida, mantendo uma atitude atenta e disponível. Demonstrar interesse de forma a facilitar uma comunicação eficaz.

[9:30] Oferecer confiança e apoio. Demonstrar empatia e ausência de juízos de valores.

[9:30] Respeitar os momentos de silêncio e exercer paciência.

- Assistir cliente no treino de autocontrolo de relaxamento.

[9:40] Auxiliar a usar técnica de respiração, para reduzir a resposta fisiológica à ansiedade.

Domínio: Nascimento.

Foco de atenção: nascimento.

Dados relevantes para o diagnóstico: hora de nascimento 12:05, recém-nascido com Índice de Apgar 10 ao 1.º minuto, 10 ao 5.º minuto, 10 ao 10.º minuto. Quando questionada sobre as suas preferências, a Sara manifestou o desejo em realizar contacto pele com pele.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: O Guilherme foi colocado em contato pele com pele imediatamente após o nascimento. Este contato inicial é crucial para a adaptação ao meio extrauterino do recém-nascido.

Diagnóstico: nascimento.

Objetivo: promover adaptação à vida extrauterina.

Intervenções:

- Executar técnica de pele com pele.

[12:05] Após o nascimento, o Guilherme foi posicionado em decúbito ventral, em contato pele com pele sobre o tórax da mãe, sendo coberto com um lençol limpo e aquecido.

- Avaliar respiração, coloração, tónus muscular e posição do recém-nascido a cada 15 minutos.

Domínio: Sistema cardiovascular.

Foco de atenção: perda sanguínea.

Dados relevantes para o diagnóstico: Após a dequitadura, a parturiente apresentou uma hemorragia no pós-parto imediato, com perda sanguínea abundante por atonia uterina que desencadeou uma hipotensão, com valores de pressão sanguínea entre 70 - 80 mmHg de sistólica e diastólica 40-50 mmHg.

O recém-nascido esteve em contacto pele com pele com a mãe ao longo das intervenções e a equipa médica estava presente.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: parto distócico às 12:05. Dequitadura com tração controlada do cordão, manobra de Dublin, mecanismo de descolamento Schultze. Hemorragia pós-parto com monitorização contínua dos sinais vitais e vigilância dos sinais de choque hipovolémico. A puérpera apresentava palidez, taquicardia e hipotensão.

Diagnóstico: hemorragia pós-parto.

Objetivo: prevenir complicações graves e mortalidade materna. Estabilizar a parturiente, controlar a perda sanguínea e restaurar a homeostase.

Intervenções:

- Massagem bimanual combinada[18] efetuada pelo médico para promover a contração uterina e controlar a hemorragia.
- Administrar fluidoterapia de restituição.
- Monitorização contínua dos sinais vitais.
  Vigilância do pulso, tensão arterial, respiração e temperatura.
- Posicionar para otimizar perfusão cerebral.
  [12:17] Posicionar em Trendelenburg.
- Referenciar hipotensão ao médico anestesista.
  Administração de 10 mg de Efedrina via endovenosa segundo prescrição médica.
- Administrar oxigenoterapia 8l/minuto.
- Avaliação do nível de consciência da parturiente.

  Pontuação de 15 na Escala de Coma de Glasgow, indicando um estado neurológico normal.

[18] As *Guidelines* desenvolvidas por um grupo internacional de especialistas que participaram da consulta técnica da OMS sobre a prevenção e tratamento da HPP, definem que o uso da compressão uterina bimanual é uma recomendação fraca com evidência de qualidade muito baixa. O seu uso é apenas recomendado como medida temporária até que os cuidados adequados sejam disponibilizados para o tratamento da HPP resultante da atonia uterina (OMS, 2014).

- Inserção de Cateter Vesical.

[12:22] Assegurar a eliminação contínua da urina para promover a contração uterina e vigilância do débito urinário.

- Avaliação da perda sanguínea.

A perda hemática tornou-se escassa.

- Avaliar contração uterina.

Após intervenções útero contraído com a formação do globo de segurança de Pinard.

- Colheita de sangue para exames laboratoriais.

Domínio: Comportamentos de ligação mãe/pai – filho.

Foco de atenção: ligação pai-filho.

Dados relevantes para o diagnóstico: a mãe demonstrou um vínculo com o Guilherme através de comportamentos de afeto (através de beijos e abraços) e expressou felicidade com o nascimento do filho, indicando que a ligação mãe-filho não apresentava dificuldades naquele momento. O Ricardo demonstrou o desejo à parturiente de estar presente no momento do parto. A demonstração de felicidade e o seu envolvimento sugere um desejo de estabelecer um vínculo significativo com o filho. A parturiente aceitou a presença do Ricardo no parto e permitiu que ele se envolvesse nos cuidados ao filho.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: ao tomar conhecimento da gravidez, o pai do bebé abandonou a parturiente, mantendo-se ausente ao longo da gravidez. A sua ausência pode ter um impacto no vínculo com o Guilherme, por isso, foi essencial implementar estratégias que promovam o vínculo entre o pai e o seu filho.

Diagnóstico: ligação pai – filho[19].

Objetivo: promover ligação pai-filho.

Intervenções:

- Planear a participação do pai nos cuidados.

[14:30] Incentivar o Ricardo a participar nos cuidados e assisti-lo a vestir o Guilherme.

3.3.5. Síntese do caso

O caso da Sara ilustra a complexidade e a importância do papel do EEESMO na gestão do trabalho de parto e no período pós-parto. A parturiente enfrentou complicações que exigiram intervenções especializadas, para a gestão da hemorragia pós-parto resultante da atonia uterina. Este caso destaca a importância de uma abordagem sistemática e baseada em evidências para controlar a hemorragia pós-parto e evidencia a aplicação de competências especializadas em emergências obstétricas.

A avaliação da evolução do trabalho de parto, as intervenções para facilitar o trabalho de parto como a mobilidade e a verticalidade, assim como as estratégias não farmacológicas para lidar com a dor, exemplifica a aplicação de conhecimentos especializados, como definido nas competências do EEESMO segundo o Regulamento n.º 391/2019, em que este cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto nomeadamente quando "*concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher" e quando "concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto*" (p. 13563).

[19] A ligação afetiva fundamenta-se pelo desejo de conhecer, a presença e a interação, em evitar a separação ou a perda, a proteção e a satisfação das necessidades. A formação do vínculo é um *continuum* da gravidez, no entanto poderá não ser automática e imediata, exigindo tempo e compreensão. As intervenções de enfermagem têm como objetivo criar as melhores condições para o desenvolvimento de laços afetivos entre a mãe/pai e o filho, sendo uma etapa importante na adaptação à parentalidade (Cardoso et al., 2024).

O Regulamento n.º 391/2019 também menciona nas competências do EEESMO, que este diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido, referenciando situações que estão para além da sua área de atuação. O trabalho em equipa entre os diferentes profissionais exemplifica a aplicação dessas competências, no qual considero que a colaboração entre equipa multidisciplinar foi essencial para assegurar a segurança da parturiente e de facilitar a sua recuperação.

A mudança de opinião da parturiente ao permitir a presença do pai do seu filho, ilustra a importância de considerar as suas necessidades emocionais e psicológicas. Evidencia a flexibilidade face ao seu plano de parto, o que pode ser valioso para outras situações em que a dinâmica familiar e as preferências pessoais venham a mudar.

A gestão da hemorragia pós-parto neste caso ressalta a importância de manter-se vigilante quanto à puérpera e de dar respostas imediatas nas complicações associadas ao pós-parto. A experiência adquirida com este caso contribuirá para aprimorar a gestão de situações semelhantes no futuro.

3.4.1. Parto em cócoras: gestão das preferências da parturiente

A Andreia (nome fictício), grávida com 38 semanas e 4 dias (calculada por DUM), IG0P dirigiu-se ao serviço de urgência por perda de líquido amniótico, a qual foi confirmada pela equipa médica. A hora da rotura foi às 20h e o líquido amniótico apresentava-se de cor clara com exteriorização do rolhão mucoso. No exame vaginal constatou-se um colo posterior, com 70% de extinção e 3 cm de dilatação no momento da admissão.

A gravidez foi acompanhada no centro de saúde da área de residência num total de sete consultas. A Andreia e o marido (Afonso) participaram no programa de preparação para o parto e parentalidade com o EEESMO. As preferências face ao parto foram estabelecidas no plano de parto[20]. Quanto às suas expectativas

[20] De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO, 2021), o plano de parto é definido pela mulher e pela pessoa significativa, lhes permitindo

a Andreia manifestou o desejo de um parto fisiológico com recurso a analgesia epidural quando solicitado, mantendo a liberdade de movimentos e preferência pela posição em cócoras no período expulsivo. Refere ainda que gostava que o Afonso tivesse oportunidade de cortar o cordão umbilical e iniciar contacto pele com pele.

A Andreia é alérgica ao fluconazol e pertence ao grupo sanguíneo A Rh positivo. Apresentou resultados positivos para o rastreio da pré-eclampsia[21] do primeiro trimestre e para o rastreio pré-natal do *Streptococcus* do grupo B. Na gravidez esteve medicada com Tromalyt®[22] 150 mg que suspendeu às 37 semanas de gestação por indicação médica.

A parturiente foi admitida na sala de partos por estar em trabalho de parto com rotura de membranas e contratilidade uterina dolorosa. Iniciou analgesia por cateter epidural por apresentar dor.

O recém-nascido (Alexandre) nasceu às 07h05 de um parto eutócico cefálico.

3.4.2. Justificação da escolha deste caso

Neste caso, a parturiente manifestou preferências específicas em relação ao parto, incluindo o uso de analgesia epidural, a liberdade de movimentos e a posição em cócoras durante o período expulsivo.

---

expressar o que desejam para o seu parto em conformidade com os seus valores e crenças, dando oportunidade de ajustar as expectativas de cada um e deverá ser baseado na melhor evidência. A elaboração do plano de parto permite à grávida e à pessoa significativa terem diversas escolhas como o início de trabalho de parto, alívio da dor, mobilidade, presença de acompanhante, ambiente físico, posição no momento do parto, intervenções que poderão ser necessárias e receber o recém-nascido (corte do cordão, contacto pele com pele, cuidados ao recém-nascido, amamentação).

[21] O rastreio pré-eclampsia deve ser realizado entre as 10 semanas e 13 semanas e 6 dias a fim de predizer o risco de desenvolver a patologia. Para calcular o risco combinado são considerados como fatores a história materna, marcadores biofísicos, ecográficos e bioquímicos. Nos marcadores bioquímicos é avaliado a dosagem da Protéina A plasmática associada a gravidez (PAPP-A) e pelo fator de crescimento placentar (PlGF). Este último é produzido pela placenta e é um fator angiogénico aumentando o diâmetro das artérias uterinas. Os níveis reduzidos estão associados à disfunção vascular, correlacionando-se com o aumento da probabilidade de desenvolver a doença (Pinto, 2019).

[22] Tromalyt® é um medicamento utilizado para a prevenção de tromboses e distúrbios de coagulação. Ele atua pela ação inibidora da agregação plaquetária. Os efeitos indesejáveis mais frequentemente são de natureza gastrointestinal, como úlceras pépticas, perfuração ou hemorragia gastrointestinal, náuseas, distúrbios da digestão, vómitos, flatulência, dor abdominal, diarreia, prisão de ventre, fezes com sangue, aftas, exacerbação de colite e doença de Crohn. Outros efeitos indesejáveis incluem anemia por deficiência de ferro, resultante de hemorragias. No sistema imunitário, podem ocorrer reações de hipersensibilidade, como anafilaxia, asma exacerbada e angioedema. Em termos de vasculopatias, foram notadas hemorragias, incluindo hemorragias graves como cerebral e gastrointestinal, além de tendência hemorrágica (Infomed, 2022). O Tromalyt® é utilizado na prevenção da pré-eclampsia porque atua reduzindo a agregação plaquetária e melhorando a perfusão placentária.

Valorizar a escolha da mulher e empoderá-la face ao seu plano de parto foi um contributo para mobilizar a evidência científica resultando numa experiência de parto positiva, compatível com às competências específicas do EEESMO, em que o EEESMO "*cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina*" (artigo 4.º do Regulamento nº 391/2019, p. 13562).
Este caso oferece uma oportunidade para avaliar a importância de respeitar as escolhas individuais e como isso impacta a experiência da parturiente.

O apoio na amamentação e no contato pele com pele, conforme desejado pela parturiente, também contribuiu significativamente para uma experiência de parto positiva.

Tempo de acompanhamento: turno das 23:00 – 8:30 (acompanhamento a partir da 00h).

3.4.3. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação

A Ampicilina está indicada para infeções bacterianas causados por microrganismos Gram positivos e Gram negativos com sensibilidade a este antibiótico (Infomed, 2022). A colonização materna por *streptococcus* do grupo B do trato geniturinária e gastrointestinal é responsável por 50% de transmissão da bactéria aos recém-nascidos. Entre 1 a 2% dos recém-nascidos desenvolverão infeção neonatal. O rastreio pré-natal entre as 36 e 37 semanas de gestação e a implementação de profilaxia antibiótica intraparto são as principais medidas para a prevenção vertical de infeção no recém-nascido (The American College of Obstetricians and Gynecologist, ACOG, 2019)

A ACOG (2019), preconiza que todas as mulheres com culturas positivas ao *streptococcus* do grupo B devem receber profilaxia antibiótica intraparto e que duas horas de exposição aos antibióticos reduzem a colónia de *streptoccocus* do grupo B, diminuindo assim, a frequência de um futuro diagnóstico de sepsis

neonatal. Para a profilaxia intraparto, a penicilina intravenosa é o agente de eleição ou a ampicilina como alternativa.

3.4.4. Plano de Cuidados

Tabela 3 - Evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto (fonte: autor)

Evolução de Trabalho de Parto	Bem-estar Fetal	Parto e Pós-parto
[00:45] Padrão de contractilidade uterina normal - de 5 em 5 minuto durante 30 segundos. **[00:45] Dor de trabalho de parto:** dor **tipo cólica.** **[00:45] Integridade das membranas amnióticas:** rotura espontânea **às 20h.** **[00:45] Características do líquido amniótico:** Líquido amniótico de características normais. **[1:30] Extinção do colo do útero:** 100%**.** **[1:30] Posição do colo do útero:** intermédia. **[1:30] Dilatação do colo do útero:** 5 cm**.** **[1:30] Estática fetal – cefálico** occiput posterior (sagrada). **[1:30] Descida do feto –** 1.º plano de Hodge. **[5:00] Padrão de contractilidade uterina normal -** de 3 em 3 minuto durante 50 segundos. **[6:20] Extinção do colo com:** 100%. **[6:20] Dilatação do colo com:** 10 cm. **[6:20] Estática fetal – cefálico** occiput posterior (sagrada). **[6:20] Descida do feto –** 2.º plano de Hodge. **[6:20] Padrão de contractilidade uterina normal -** de 2 em 2 minuto durante 50 segundos.	**[Bem-estar fetal:** normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas e movimentos fetais presentes percetíveis pela mãe).	**[6:30] Inicia esforços expulsivos** **[07:00] Posição no parto:** cócoras. **[07:05] Tipo de parto:** eutócico. **[07:05] Hora de nascimento**: 07:05. **[07:15] Hora de dequitadura:** 07:15. **[07:15] Tipo de dequitadura:** espontânea com tração controlada do cordão, manobra de Dublin, mecanismo de descolamento - Schultze. **[07:15] Características da placenta:** sem alterações observáveis. **[07:05] Estado do períneo:** laceração grau I. **Avaliar evolução da recuperação pós-parto:** **[07:15] Avaliar contração do útero pós-parto:** útero contraído. **[07:15] Avaliar quantidade de lóquios:** perda hemática escassa. **Recém-nascido** **Índice de Apgar** – score 9 ao 1.º minuto. **Índice de Apgar** – score 10 ao 5.º minuto. **Índice de Apgar** – score 10 ao 10.º minuto. **Peso:** 3560 gr

Domínio: parto.

Foco de atenção: dor de trabalho de parto.

Dados relevantes para o diagnóstico: parturiente apresenta dor tipo cólica associada a contrações uterinas, classificada em grau 5 segundo a escala numérica da dor. A Andreia expressou desejo de realizar analgesia por cateter epidural.

DADOS relevantes para caracterizar o contexto: A parturiente participou no programa de preparação para o parto e considera que as estratégias não farmacológicas são úteis para lidar com a dor, mas teve sempre intenção de colocar cateter epidural.

Diagnóstico: dor de trabalho de parto.

Objetivo: controlar a dor de trabalho de parto.

Intervenções:

- Assistir médico na colocação de cateter epidural.

[00h30] Informar procedimento à parturiente.
[00h30] Auxiliar no correto posicionamento a adotar.
[00h30] Preparar material.
[00h45] Monitorizar bem-estar fetal através de cardiotocografia contínua.
[00h45] Monitorizar sinais vitais.

- Gerir analgesia.

[02h00] Colocar perfusão analgésica - protocolo “PIEB” (provided intermittent epidural boluses) da instituição: administração de 10 ml em intervalos de 60 minutos de analgesia via cateter epidural por bomba PCA que contém 46 ml de NaCL 0,9%, 50 ml de ropivacaína (2mg/ml) e 4 ml de sufentanil (0,005mg/ml)

Monitorizar bloqueio sensitivo através da escala de Bromage modificada: Mobilidade completa dos membros inferiores. A Andreia pode levantar as pernas estendidas do leito e dobrar os joelhos e os tornozelos sem dificuldade.

Vigiar eliminação urinária: controle normal da função urinária e urina sem dificuldades.

- Instruir parturiente para o funcionamento da bomba.

[02h00] Explicar o funcionamento automático da bomba, bólus ou perfusão.
[02h00] Explicar o funcionamento dos bólus SOS (carregar no botão azul sempre que tiver dor).
[02h00] Garantir à parturiente a segurança dos bólus SOS (existindo limites de tempo e doses do SOS).

Domínio: Parto.

Foco de atenção: trabalho de parto.

Dados relevantes para o diagnóstico: na ecografia de admissão o feto apresentava-se em variedade fetal posterior. No exame vaginal, o colo uterino estava posterior, com 70% de extinção, 3 cm de dilatação e o feto no 1.º plano de Hodge. Posteriormente a parturiente relatou sentir uma pressão significativa na região pélvica, acompanhada de uma vontade de puxar. Estes sintomas são característicos do período expulsivo do trabalho de parto, indicando que a apresentação fetal está se ajustando à pelve materna e provocando estímulos nessa zona.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: a parturiente expressou interesse em alternar posições, considerando essa prática como "importante para auxiliar a descida do bebé" (sic) e menciona a importância de ter um parto eutócico e o desejo de um parto em posição de cócoras, reconhecendo que a verticalidade possa representar um fator positivo para uma experiência de parto positiva. No entanto, devido ao período noturno, também necessitava de repouso. Durante os períodos em que estava acordada, foi incentivada a alternar posições, assim como durante o momento do parto.

Diagnóstico: trabalho de parto.

Objetivo: facilitar trabalho de parto / nascimento e promover parto eutócico.

Intervenções:

- Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto.

[01h40] Sentada na cama, incentivar os movimentos da pelve lateralmente e movimentos de circunduções, translocações[23].

[02h15] Incentivar a parturiente na alternância de posições que aliviam o cansaço e promovem a progressão do trabalho de parto. A Andreia sente-se confortável inicialmente na posição sentada na cama[24] e posteriormente em decúbito lateral com a perna superior apoiada numa almofada em flexão e rotação externa e a perna inferior apoiada na cama em extensão.

- Gerir ambiente físico para promover relaxamento.

Manter o quarto limpo e organizado.
Manter ambiente aquecido.
Providenciar privacidade.
Providenciar ambiente calmo e seguro, reduzindo intensidade da luz.

- Assistir no parto.

[6:30] Reunir material de parto.
[6:30] Incentivar a mulher no período expulsivo através de reforço positivo.
[6:30] Auxiliar nas mudanças de posições.
[6:55] Auxiliar a parturiente a posicionar-se de cócoras com apoio dos membros superiores no EEESMO e no Afonso[25].
[7:00] Questionar se quer sentir a cabeça do bebé.

[23] Estes movimentos sucessivos, apresenta uma pelve menos estática ao feto, auxiliando-o na descida da apresentação (Calais-Germain et al., 2009).

[24] Apesar da mobilidade da pelve estar comprometida, segundo Calais-Germain et al. (2009) o apoio no cóccix leva a uma contra nutação do sacro, permitindo amplificar a parte superior da pelve, benéfico quando o feto se encontra no 1.º plano de Hodge.

[25] Esta posição desejada pela parturiente mostrou-se interessante em vários aspetos. A verticalidade atende as contrações uterinas e dirige o bebé na escavação pélvica. A grande flexão das pernas, leva a nutação ilíaca, em que as EIAS (espinha ilíacas antero superiores) basculam para trás e os ísquions basculam para a frente, permitindo o aumento do diâmetro entre as espinhas isquiáticas, sendo vantajosa na passagem do 2.º para 3.º plano de Hodge. A parturiente encontrava-se com o tronco para a frente e a flexão da coluna contribui a nutação do sacro. Esta posição contribui no período expulsivo a amplificar o diâmetro da pelve menor. Apresenta a desvantagem a necessidade de manter o equilíbrio e ser uma posição cansativa para a parturiente (Calais-Germain et al.,2009).

[7:00] Explicar que a ardência que sente é a pressão da cabeça do bebé e que está prestes a conhecer o seu filho.
[7:02] Apoiar a apresentação do bebé.
[7:04] Verificar circular ao pescoço.
[7:05] Incentivar e auxiliar a parturiente a ir buscar o Alexandre.
[7:05] Auxiliar a puérpera a deitar-se na cama com o Alexandre.
[7:05] Secar e estimular o bebé.
[7:05] Assistir a colocar o recém-nascido em contacto pele com pele, coberto com um lençol esterilizado e aquecido.
[7:05] Vigiar perda sanguínea.

- Assistir na expulsão da placenta.

Atitude expectante e identificar sinais de descolamento da placenta.
[07:15] Dequitadura com tração controlada do cordão, manobra de Dublin, mecanismo de descolamento Schultze.
[07:15] Cordão e placenta sem alterações observáveis (cordão de inserção lateral, placenta com 3 vasos).

Domínio: Nascimento.

Foco de atenção: nascimento.

Dados relevantes para o diagnóstico: hora de nascimento 07:05, recém-nascido com Índice de Apgar 9 ao 1.º minuto, 10 ao 5.º minuto, 10 ao 10.º minuto. O contato pele com pele imediatamente logo após o nascimento era uma prática comum no local onde decorreu o estágio e foi explicitamente mencionada no plano de parto da parturiente.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: Imediatamente após o nascimento, o recém-nascido foi colocado em contato pele com pele com a mãe. De acordo com o plano de parto, o casal valorizava que o corte do cordão umbilical fosse realizado pelo pai, sendo feito após que este deixou de pulsar.

Diagnóstico: nascimento.

Objetivo: promover adaptação à vida extrauterina.

Intervenções:

- Executar técnica de pele com pele[26].

[07:05] Colocar o recém-nascido logo após o nascimento em contacto pele com pele sobre o tórax da mãe, coberto com lençol quente, cabeça lateralizada mantendo o rosto visível.

- [Sem horário] Avaliar contacto pele com pele.
- Executar clampeamento do cordão umbilical.

[07:08] Relembrar aos pais sobre a possibilidade de cortar o cordão umbilical.
[07:08] Clampear o cordão quando este deixou de pulsar[27].
[07:08] Assistir o Afonso a cortar o cordão.

Domínio: comportamentos para amamentar.

Foco de atenção: amamentação.

Dados relevantes para o diagnóstico: o recém-nascido adota uma posição correta: apresenta o corpo e cabeça alinhados, com o queixo encostado à mama e o lábio inferior voltado para fora. Abocanha o mamilo e a aréola, com o lábio inferior virado para fora contra a mama e a língua encontra-se sobre o lábio inferior. O queixo toca na mama e as bochechas encontram-se arredondadas.

[26] Com intuito de promover a amamentação as *guidelines* da Iniciativa Hospital Amigo do bebé desenvolvida pela UNICEF e a OMS (2009), recomendam que a amamentação seja iniciada na primeira meia hora de vida do recém-nascido. Esta prática deve ser acompanhada pelo contato pele com pele imediatamente após o parto e mantida por pelo menos uma hora.

[27] O corte tardio do cordão umbilical no recém-nascido de termo, aumenta os níveis de hemoglobina, melhorando as reservas de ferro nos primeiros meses de vida. A deficiência em ferro na infância está associada ao comprometimento cognitivo, motor e comportamental. Os estudos demonstraram que num recém-nascido de termo a transferência de sangue seria de 80 ml no primeiro minuto após o nascimento e cerca de 100 ml aos 3 minutos após o nascimento. Não foi associado a um risco aumentado de hemorragia pós-parto nem a uma diminuição dos níveis de hemoglobina na puérpera. É recomendado adiar a clampagem do cordão umbilical pelo menos 30 a 60 segundos após o nascimento (ACOG, 2020) e The American College of Nurse-Midwises como citado por ACOG (2020), recomendam a clampagem do cordão 2 a 5 minutos após o nascimento.

O efeito da clampagem do cordão umbilical foi avaliado numa revisão Cochrane, em dois grupos de recém-nascidos de termo. Definiram o clampeamento do cordão precoce quando é inferior a 1 minuto após o nascimento e tardio quando o clampeamento fosse superior a 1 minuto ou quando o cordão umbilical deixava de pulsar. Concluíram que os recém-nascidos com corte precoce do cordão umbilical tinham concentrações de hemoglobina mais baixas e que entre os 3-6 meses tinham maior probabilidade de ter deficiência em ferro comparado com o outro grupo (ACOG, 2020).

Dados relevantes para caracterizar o contexto: a puérpera deseja amamentar, atribuindo um significado facilitador à amamentação, no entanto, apesar do seu conhecimento, ela refere sentir-se insegura e com dúvidas nas suas capacidades.

Diagnóstico: potencial para melhorar autoeficácia[28] para amamentar.

Objetivo: promover autogestão: amamentação.

Intervenções:

- Assistir na amamentação.

[7:45] Auxiliar à puérpera e o recém-nascido na adoção de uma posição confortável.

- Treinar a amamentar.
- Elogiar o desempenho do cliente.

  Oferecer reforço positivo e elogiar a puérpera de como está a desempenhar o seu novo papel.

- Analisar com o cliente os resultados alcançados.

Analisar a resposta do recém-nascido, fazê-los consciencializar que o bebé está numa posição correta e que este está a fazer uma pega adequada.

- Avaliar evolução da autoeficácia para amamentar.

A puérpera sente-se mais confiante e segura porque a forma como está a realizar a amamentação foi validada com ela.

3.4.5. Síntese do Caso

[28] A autoeficácia refere-se às crenças das pessoas em suas habilidades para alcançar resultados específicos. As pessoas variam nas áreas e nos níveis em que desenvolvem sua autoeficácia, sendo que este sistema de crenças não é global, mas sim um conjunto diferenciado relacionado a diferentes domínios de funcionamento (Bandura, 1997, 2006).

A administração de analgesia epidural proporcionou um alívio da dor, a liberdade de movimentos e a posição de cócoras durante o período expulsivo ilustram a importância de respeitar as preferências da parturiente face ao seu parto e de acordo pelo PQCEESMO (2021), a missão do EEESMO visa uma resposta profissional às necessidades da mulher e das pessoas significativas para si, no âmbito do *"trabalho de parto, nomeadamente a avaliação da evolução, e assistência à mulher e pessoa(s) significativa(s) na obtenção de uma experiência positiva do parto*" (p.2). Além disso, a missão do EEESMO abrange a satisfação dos clientes em relação à prestação aos cuidados especializados e o empenho em viabilizar o plano de parto da mulher ou casal grávido em um ambiente seguro.

Relativamente à amamentação, a motivação e o conhecimento da parturiente são recursos poderosos que a podem auxiliar a enfrentar os desafios iniciais com mais confiança e impactar positivamente a sua experiência da amamentação. Sendo a sua primeira experiência e diante dos desafios associados à amamentação, a Andreia sentiu insegurança. O EEESMO desempenha um papel crucial para assegurar uma experiência de amamentação bem-sucedida uma vez que, "concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (artigo 4.º do Regulamento n.º 391/2019).

A implementação das práticas recomendadas pela OMS & UNICEF (2009), como o contacto pele com pele e o apoio na amamentação além de promoveram a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina e de fortalecer o vínculo entre mãe e o seu filho, refletem cuidados respeitosos.

A experiência neste caso demonstra como a atenção aos detalhes das preferências individuais da mulher podem resultar numa experiência de parto positivo.

3.5.1. Quando a decisão é dar o filho para adoção: os desafios da assistência durante o parto

A Ana (nome fictício), grávida de 18 anos, IGOP com 39 semanas e 4 dias, foi internada no serviço de internamento de grávidas por rotura prematura de membranas. No exame vaginal constatou-se um colo posterior, inteiro e fechado, com líquido amniótico de cor clara. A Ana foi submetida a indução do trabalho de parto com misoprostol.

A gravidez foi mal vigiada, a primeira consulta foi realizada às 27 semanas de gestação. A Ana desconhece alergias e o rastreio para *Streptococcus* do grupo B foi negativo.

A parturiente foi admitida na sala de partos para colocação de cateter epidural, por referir dor grau 6 associada à contração uterina.

Durante o trabalho de parto e pós-parto, a Ana manifestou decisões específicas em relação ao bebé. Expressou o desejo de não assumir qualquer responsabilidade pelo recém-nascido após o parto optando por não ver o recém-nascido, não saber o seu sexo e não ouvir o seu choro. Este desejo foi respeitado, garantindo a segurança e o bem-estar da mulher e do recém-nascido. A Ana esteve sempre acompanhada pela irmã, que lhe forneceu apoio emocional.

Para garantir o bem-estar fetal enquanto se assegurava o apoio psicológico e emocional adequado a Ana, durante a permanência no bloco, a vigilância fetal foi realizada com o monitor em modo silencioso, uma vez que a Ana, manifestou a intenção de entregar o bebé para adoção.

O recém-nascido do sexo masculino nasceu de um parto eutócico cefálico.

3.5.2. Justificação da escolha deste caso

O caso desta parturiente proporcionou a oportunidade de aplicar diversas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, descritas no artigo 5.º do Regulamento n.º 140/2019, que sublinha as competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, em que, o Enfermeiro "*desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional*" (p.4745)

e "*garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*" (p.4745). Estas competências estão em conformidade com o Código Deontológico do Enfermeiro, como destacado no artigo 81.º, que estabelece que os enfermeiros devem agir de acordo com os valores humanos, devendo "abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não impor seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida" (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2015). Esse princípio reforça a necessidade de respeitar a autonomia da parturiente, garantindo que suas decisões sejam feitas com base em sua própria consciência e valores pessoais.

A parturiente expressou claramente a vontade de não visualizar o recém-nascido e de não assumir o papel como mãe, optando por entregá-lo para adoção. Respeitar a escolha da parturiente, apesar das dificuldades envolvidas, é um aspeto crucial da prática ética e do cuidado centrado na autonomia da mulher, refletindo um compromisso com a sua autonomia e dignidade, ao considerar as suas preferências.

Tempo de acompanhamento: turno das 15:30 – 23:30.

3.5.3. Plano de cuidados

Tabela 4 - Evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto (fonte: autor)

Evolução de Trabalho de Parto	Bem-estar Fetal	Parto e Pós-parto
[15:30] Padrão de contractilidade uterina normal - de 20 em 20 minuto durante 40 segundos. **[15:30] Dor de trabalho de parto:** dor **tipo cólica.** **[15:30] Extinção do colo do útero:** 70%. **[15:30] Consistência do colo do útero:** mole **[15:30] Posição do colo do útero:** intermédia. **[15:30] Dilatação do colo do útero:** 2 cm**.**	**Bem-estar fetal:** normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).	**[20:45] Inicia esforços expulsivos** **[20:45] Posição no parto:** semi - sentada. **[21:15] Tipo de parto:** eutócico. **[21:15] Hora de nascimento**: 21:15. **[21:35] Hora de dequitadura:** 21:35. **[21:35] Tipo de dequitadura:** espontânea com tração controlada do cordão, manobra de Dublin, mecanismo de descolamento - Duncan.

[15:30] Estática fetal – cefálico occiput anterior esquerda. **[15:30] Descida do feto –** 1.º plano de Hodge. **[20:00] Padrão de contractilidade uterina normal** - de 3 em 3 minuto durante 50 segundos. **[20:00] Características do colo:** 100% de extinção e 10 cm de dilatação. **[20:00] Estática fetal – cefálico** occiput anterior esquerda**.** **[20:00] Descida do feto –** 2.º plano de Hodge. **[21:30] Integridade das membranas amnióticas:** rotura espontânea às 21:30. **[21:30] Características do líquido amniótico:** Líquido amniótico de características normais.		**[21:35] Características da placenta:** sem alterações observáveis. **[21:35] Estado do períneo:** íntegro. **Avaliar evolução da recuperação pós-parto:** **[21:35] Avaliar contração do útero pós-parto:** útero contraído. **[21:35] Avaliar quantidade de lóquios:** perda hemática escassa. **Recém-nascido** **Índice de Apgar** – score 10 ao 1.º minuto. **Índice de Apgar** – score 10 ao 5.º minuto. **Índice de Apgar** – score 10 ao 10.º minuto. **Peso:** 3360 gr

Domínio: Parto.

Foco de atenção: trabalho de parto.

Dados relevantes para o diagnóstico: a Ana encontra-se na sala de partos por evolução do trabalho de parto e expressa o desejo que o trabalho de parto termine rapidamente. Evidencia a dificuldade em aceitar a necessidade do parto como uma etapa necessária para o retorno à sua vida normal.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: a Ana relatou ter tido uma relação problemática, mencionando um relacionamento conturbado com o pai do bebé. A Ana descobriu a gravidez tardiamente e, diante das circunstâncias, decidiu optar pela adoção.

A família de Ana, composta pela mãe e pela irmã, apoiam-na caso ela decidisse guardar o bebé, no entanto, a Ana recusa o apoio da família porque quer evitar qualquer ligação com o ex-namorado.

Diagnóstico: potencial para melhorar significado atribuído ao trabalho de parto.

Objetivo: Facilitar a reformulação do significado atribuído ao trabalho de parto, ajudando a parturiente a compreender o parto como um processo fisiológico necessário.

Intervenções:

- Assistir a cliente a analisar significado dificultador.

[16:00] Executar escuta ativa e demonstrar que os desafios que está a enfrentar são válidos e compreensíveis.

[16:00] Auxiliar a Ana a refletir sobre o parto, explicando que este é uma etapa crucial para concluir a gravidez e possibilitar o retorno à sua vida normal. Esse processo é fundamental para que a adoção se realize e para que ela possa iniciar uma nova fase, representando o passo final necessário para atingir os seus objetivos e permitir que tudo siga conforme ela desejava.

- Analisar com a cliente o plano de parto.

[16:15] A Ana expressou as suas preferências em relação ao parto, embora não tenha elaborado um plano de parto formal por escrito. As suas principais preferências incluíam: a presença da irmã durante o parto; o desejo de não ver o bebé; não saber o sexo; não ouvir o bebé a chorar; que o recém-nascido fosse transferido da sua unidade imediatamente após o nascimento.

Domínio: Parto.

Foco de atenção: trabalho de parto.

Dados relevantes para o diagnóstico: Na avaliação do colo uterino, observou-se uma dilatação de 10 cm, com 100% de extinção com uma apresentação fetal localizada no terceiro plano de Hodge. A Ana decide iniciar esforços expulsivos.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: a Ana demonstra uma ambivalência emocional significativa em relação à experiência do parto. Por um lado, ela manifesta um desejo de evitar a experiência do parto por ser uma gravidez não desejada o que gera um sentimento de resistência. Por outro lado, expressa uma necessidade de finalizar a experiência. Esta ambivalência

evidencia uma conflitualidade entre o desejo de evitar a situação e a necessidade de encerrá-la rapidamente. A decisão de Ana de iniciar os esforços expulsivos pode ser vista como uma expressão dessa dualidade emocional, numa tentativa de acelerar o processo e encerrar rapidamente a experiência associada ao parto.

O apoio emocional contínuo oferecido pela irmã da Ana e o respeito pelas suas escolhas, desempenharam um papel crucial, permitindo que a Ana tomasse as decisões que desejava.

Diagnóstico: trabalho de parto.

Objetivo: prevenir complicação durante o período expulsivo / nascimento.

Intervenções:

- Executar técnica de parto.

[20.50] Reunir material de parto.
[20.55] Incentivar a mulher no período expulsivo através de reforço positivo[29].
[21.10] Executar manobra modificada de Ritgen.
[21.12] Verificar circular ao pescoço.

Domínio: Nascimento.

Foco de atenção: nascimento.

Dados relevantes para o diagnóstico: hora de nascimento 21:15, recém-nascido com Índice de Apgar 10 ao 1.º minuto, 10 ao 5.º minuto, 10 ao 10.º minuto e um peso de 3360 gr.

Dados relevantes para caracterizar o contexto ao analisar o seu plano de parto, deixou expressamente o desejo de não ver o recém-nascido, de não saber o sexo, não o ouvir a chorar e que este fosse levado imediatamente após o nascimento.

Diagnóstico: nascimento.

[29] Durante o trabalho de parto, a parturiente expressa verbalmente resistência ao processo, verbalizando: "não quero passar por isto." (…) "quero que acabe rápido" (sic).

Objetivo: promover adaptação à vida extrauterina.

Intervenções:

- Executar clampeamento do cordão umbilical.

[21.15] Executar clampeamento precoce do cordão umbilical[30].

- Transferir o recém-nascido para outra sala[31].

Domínio: Comportamentos de ligação mãe-filho.

Foco de atenção: ligação mãe-filho.

Dados relevantes para o diagnóstico: a Ana manifestou o desejo de não ver o recém-nascido.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: O desejo da Ana foi respeitado de forma a atender às suas necessidades emocionais e psicológicas, garantindo a segurança e o bem-estar do recém-nascido.

Diagnóstico: ligação mãe-filho ausente.

Objetivo: assegurar continuidade dos cuidados.

Intervenções:

- Referenciar ligação mãe – filho ausente.

[21.30] Transferir o recém-nascido para a neonatologia.

3.5.4. Síntese do caso

A parturiente expressou o seu desejo face ao nascimento do recém-nascido e optou pela adoção. As suas escolhas foram respeitadas e o bebé foi transferido para o serviço de neonatologia imediatamente após o nascimento. Ao longo do

[30] A decisão de realizar o clampeamento precoce do cordão umbilical foi uma maneira de minimizar o impacto emocional imediato para a mãe.

[31] Os cuidados ao recém-nascido foram prestados noutra sala do bloco de partos e logo após foi transferido para o serviço de neonatologia.

trabalho de parto demonstrou sentimentos de ambivalência, desejando evitar o parto por ser uma gravidez não desejada, mas também necessitava de o finalizar, o que influenciou a sua decisão de iniciar os esforços expulsivos.

No pós-parto, não foram identificadas complicações, o períneo estava íntegro, o útero contraído e os lóquios estavam dentro dos parâmetros esperados.

Foi confirmado com a puérpera sobre a sua decisão em relação ao recém-nascido, ela reiterou que sua opinião permanecia inalterada, sendo posteriormente transferida para o serviço de grávidas.

O caso da Ana exemplifica uma situação complexa e desafiadora no contexto da obstetrícia, evidenciando a importância de "*assegurar o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde*" (Regulamento n.º 140/2019, p. 4746) garantindo a autonomia e as decisões da parturiente, mesmo quando estas são influenciadas por circunstâncias pessoais difíceis. Este caso demonstra como a prática do EEESMO deve ter uma abordagem centrada no cliente, em que este deve adaptar os cuidados de acordo com as escolhas individuais, alinhando-se com princípios éticos e deontológicos e à abstenção de juízos de valor.

Foi relevante estabelecer uma relação terapêutica com a cliente para garantir que está se sinta informada e apoiada durante o seu trabalho de parto. Oferecer-lhe apoio psicológico, avaliar as suas necessidades e valorizar a sua autonomia, proporcionando apoio adequado em todas as fases do trabalho de parto e pós-parto, contribuiu para promover um cuidado seguro, ético e centrado na cliente.

3.6.1. Berço vazio: enfrentar a dor do luto perinatal

A Maria (nome fictício), 28 anos, é casada com o Diogo. IGOP, com 40 semanas e 2 dias, conforme cálculo baseado na DUM.

A Maria é saudável, sem antecedentes médicos relevantes, desconhece alergias e é fumadora (oito cigarros por dia). Pertence ao grupo sanguíneo A Rh positivo e apresentou resultado negativo para o rastreio pré-natal do *Streptococcus* do

grupo B. A gravidez foi acompanhada pela unidade de saúde familiar da sua área de residência.

A parturiente recorreu ao serviço de urgência por dor com contractilidade uterina. Foi constatado um colo intermédio com 30% de extinção e 2 cm de dilatação.

No turno descrito, a parturiente encontrava-se na sala de partos por se encontrar na fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto, recebendo analgesia via cateter epidural.

Foi validado com a cliente às expectativas mencionadas no seu plano de parto. Esta desejava que o corte do cordão umbilical fosse realizado pelo Diogo, iniciar contacto pele com pele e amamentar após o nascimento.

O recém-nascido do sexo feminino nasceu às 10h09 de um parto eutócico cefálico, apresentando um índice de Apgar 1 ao 1.º minuto, falecendo posteriormente no serviço de neonatologia.

3.6.2. Justificação da escolha deste caso

Confrontados com desfechos negativos e em conformidade com o Regulamento n.º 391/2019, que estabelece que o EEESMO "*providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-natal*" (p. 13564) o caso selecionado foi escolhido por se alinhar com o tema do relatório, que aborda o luto perinatal, oferecendo uma oportunidade para analisar a experiência da perda num contexto real, permitindo uma avaliação do impacto na mãe e no pai.

Segundo Qian et al. (2022), muitas famílias que vivenciam situações de luto perinatal referem que dependem da capacidade que os EEESMO têm em fornecerem apoio durante o processo de luto, para ultrapassarem os sentimentos mais negativos. O apoio à família através da comunicação, apoio emocional e a implementação de intervenções apropriadas durante e após a perda é essencial, por serem estratégias que auxiliam na gestão do luto.

A forma como os cuidados são prestados e o apoio que os pais recebem em torno da perda influenciam o modo destes vivenciarem o luto e de o ultrapassarem (Qian et al., 2021).

Tempo de acompanhamento: 8:00 – 16:00.

3.6.3. Plano de cuidados

Tabela 5 - Evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto (fonte: autor)

Evolução de Trabalho de Parto	Bem-estar Fetal	Parto e Pós-parto
[8:30] Extinção do colo do útero: 100% **[8:30] Dilatação do colo do útero:** 8 cm. **[8:30] Apresentação fetal:** cefálica. **[8:30] Descida do feto:** 2.º plano de Hodge. **[8:30] Padrão de contractilidade uterina:** normal. **[8:30] Frequência da contração uterina:** 3 Contrações uterinas/10 minutos. **[8:30] Duração da contração uterina:** 45 Segundos. **[8:30] Intensidade da contração uterina:** moderada. **[8:30] Integridade das membranas amnióticas:** rotura espontânea às 5h. **[8:30] Características do líquido amniótico:** líquido amniótico de características normais. **[10:00] Estática fetal –** cefálico occiput anterior. **[10:00] Descida do feto:** 3.º plano de Hodge. **[10:00] Padrão de contractilidade uterina:** normal. **[10:00] Duração da contração uterina:** 55 Segundos. **[10:00] Intensidade da contração uterina:** severa. **[10:00] Características do líquido amniótico:** líquido amniótico de características normais.	**Bem-estar fetal:** normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas e movimentos percetíveis pela mãe).	**[10:00] Inicia esforços expulsivos** **[10:00] Posição no parto:** semi - sentada. **[10:09] Tipo de parto:** eutócico. **[10:09] Hora de nascimento**: 10:09. **[10:20] Hora de dequitadura:** 10:20. **[10:20] Tipo de dequitadura:** espontânea com tração controlada do cordão, manobra de Dublin, mecanismo de descolamento - Duncan. **[10:20] Características da placenta:** sem alterações observáveis. **[10:20] Estado do períneo:** laceração do 2.º grau. **Avaliar evolução da recuperação pós-parto:** **[10:20] Avaliar contração do útero pós-parto:** útero contraído. **[10:20] Avaliar quantidade de lóquios:** perda hemática escassa. **Recém-nascido** **Índice de Apgar** – score 1 ao 1.º minuto. **Índice de Apgar** – score 0 ao 5.º minuto.

		Índice de Apgar – score 7 ao 10.º minuto. Colheita de sangue do cordão umbilical para gasimetria.

Domínio: Parto.

Foco de atenção: trabalho de parto.

Dados relevantes para o diagnóstico: na avaliação do colo uterino, a Maria apresentava uma dilatação de 8 cm com 100% de extinção, uma apresentação cefálica no 2.º plano de Hodge.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: no primeiro contacto com a Maria, ela questiona se há possibilidade de se levantar e usar a bola de partos.

Diagnóstico: trabalho de parto.

Objetivo: facilitar trabalho de parto / nascimento.

Intervenções:

- Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto.

[08:45] Incentivar e auxiliar a parturiente a ir ao chuveiro, permitindo-lhe relaxamento e favorecendo a verticalidade.

[9:00] Auxiliar no uso da bola de partos, demonstrando movimentos que pode adotar sentada.

Domínio: Nascimento.

Foco de atenção: nascimento.

Dados relevantes para o diagnóstico: Dilatação do colo uterino com 10 cm, 100% de extinção e com uma apresentação fetal localizada no terceiro plano de Hodge. Avaliação do bem-estar fetal, realizada por meio de cardiotografia. O recém-nascido nasceu às 10:09, com Índice de Apgar 1 ao 1.º minuto, 0 ao 5.º minuto, 7 ao 10.º minuto. A avaliação do índice de Apgar ao 5.º e 10.º minutos foi avaliado pela pediatra.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: após o desprendimento da cabeça fetal, foram identificadas duas circulares cervicais apertadas. Imediatamente após o nascimento, a Alice foi estimulada e levado para a sala de reanimação neonatal por duas EEESMO. A gasometria realizada no cordão umbilical não indicou sinais de hipoxia fetal. Paralelamente o nascimento foi referenciado à pediatra e a Alice foi transferida para a unidade de neonatologia.

Diagnóstico: nascimento.

Objetivo: promover adaptação à vida extrauterina.

Intervenções:

- Executar clampeamento do cordão umbilical.

[10:07] Verificar circular ao pescoço – duas circulares cervicais apertadas[32].
[10:07] Clampar o cordão em dois locais, na face anterior.
[10:07] Efetuar laqueação prévia do cordão umbilical[33], seccionando o cordão entre as pinças.

Domínio: Emoção.

Foco de atenção: luto.

Dados relevantes para o diagnóstico: o recém-nascido estava internado no serviço de neonatologia sob ventilação mecânica invasiva e apresentava um prognóstico desfavorável. Após uma avaliação clínica realizada pela médica pediátrica, foram diagnosticadas pneumonia congénita e encefalopatia hipóxico – isquémica.

[32] A incidência de circulares do cordão umbilical é de 6% às 20 semanas de gestação e 29% às 42 semanas. A presença de duas ou mais voltas de circulares do cordão umbilical foi estimada entre 2,4% e 8,3% de todas as gestações. A maioria das circulares do cordão, não estão associadas a morbilidade e mortalidade perinatal e que a circular apertada do cordão umbilical tem efeito semelhante a estrangulação por obstruir do fluxo sanguíneo na veia umbilical enquanto as artérias por possuírem paredes mais espessas continuam a transportar o sangue para a placenta causando hipovolémia, acidose e anemia (Peesay, 2017).

[33] A Organização Mundial da Saúde (2014) define o corte “precoce” quando ocorre geralmente nos primeiros 60 segundos após o nascimento (nos primeiros 15–30 segundos), enquanto o corte "tardio" ocorre mais de 1 minuto após o nascimento ou quando o cordão umbilical cessou de pulsar.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: após a pediatra comunicar aos pais as notícias sobre a condição do recém-nascido, detalhando a gravidade da situação e o prognóstico desfavorável, tornou-se essencial proporcionar apoio psicológico aos pais[34].

Diagnóstico: luto[35].

Objetivo: facilitar luto perinatal.

Intervenções:

- Gerir o ambiente.

[11:45] Garantir um ambiente seguro, sereno e resguardado. Assegurar a ausência de sons como o choro de recém-nascidos e os sons da monitorização por cardiotocografia.

[11:45] Manter a privacidade.

- Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos[36].

[11:45] Identificar a reação inicial e as respostas à perda, considerando a ampla gama de emoções e reações. Compreender e respeitar os estados emocionais individuais, permitindo que as preocupações e dúvidas sejam expressas e validar as emoções sentidas.

---

[34] As *Guidelines for Perinatal Care*, (2017) sustentam que o apoio psicológico é essencial para ajudar as famílias a enfrentarem a perda de um recém-nascido e que as orientações devem ser adaptadas às circunstâncias específicas da morte, respeitando as considerações éticas, culturais, religiosas e familiares. Deve-se proporcionar aos pais a oportunidade de ver, segurar e passar tempo com o bebé antes e imediatamente após a morte e encorajá-los a compartilhar os seus pensamentos e sentimentos de maneira aberta, ajudando-os a entender e aceitar as diferenças na forma como cada um lida com o luto. Além disso, o apoio inclui ajudar a entender as razões médicas para a morte do recém-nascido e fornecer informações que possam responder a suas perguntas e preocupações. Estas práticas visam ajudar os pais a criar memórias significativas, facilitar o ajuste emocional e fornecer apoio contínuo.

[35] Foi necessário identificar o diagnóstico de luto devido ao prognóstico desfavorável, que indicava a iminente possibilidade do falecimento do recém-nascido.

[36] Freud (1915) como citado por Koch (2014), afirma que “o luto como fenómeno foi, primeiramente, descrito por Freud em 1915, como uma perda dolorosa em que toda a energia é direcionada para pensamentos, sentimentos e atividades que se relacionam com o ser/objeto perdido, traduzido num processo gradual de afastamento do indivíduo enlutado face ao objeto perdido ou desejado, revivendo o passado e lidando com as recordações” (p.26).

A resposta face à perda é caracterizada por um conjunto de sintomas e reações. Elisabeth Kübler-Ross introduziu em 1969, um modelo com as cinco fases do luto que descrevem o processo de luto e como as pessoas passam por diferentes estágios enquanto lidam com a perda: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação (McLean et al., 2022). Muitas famílias que vivenciam situações de luto perinatal referem que dependem da capacidade que os profissionais de saúde têm em fornecerem apoio durante o processo de luto, para ultrapassarem os sentimentos mais negativos (Qian et al. 2022).

[11:45] Demonstrar atitude empática e respeitosa através do toque (segurando a mão da Maria e do Diogo).

- Executar escuta ativa.

[11:45] Ouvir atentamente e assegurar a compreensão, demonstrando interesse. Respeitar os momentos de silêncio.

- Apoiar na decisão acerca das medidas facilitadoras do luto.

[12:00] Oferecer a opção de ir ver a Alice ao serviço de neonatologia, avaliando individualmente o interesse da mãe e do pai. Após disponibilizar um período de reflexão para que o casal pudesse, em privacidade, processar a situação e tomar uma decisão significativa, foram realizados os cuidados de higiene, a remoção de cateteres, o apoio à puérpera para que se vestisse e fosse transferida para a cadeira de rodas e providenciada a primeira roupa da Alice para que os pais pudessem transportá-la para a unidade de neonatologia.

3.6.4. Síntese do caso

O luto é um processo de transição doloroso, sendo que neste caso engloba múltiplos níveis de perda: perda do papel parental, a perda de um futuro de expectativas, sonhos e esperanças e a perda do filho imaginado (perfeito e saudável). Passar pela transição do luto perinatal pode ter um impacto na saúde das famílias e leva-me a questionar como é que o EEESMO poderá intervir e facilitar este processo de transição. O EEESMO pode prestar cuidados especializados no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar associadas às diversas transições vividas e à sua complexidade como descrito no Regulamento n. º 391/2019 em que o "*concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neonatal*" (p. 13564).

A Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010) oferece contributos para a promoção da saúde e do bem-estar. Ajuda a compreender e analisar como os

seres humanos enfrentam os desafios impostos pelas transições nas suas vidas, no que diz respeito às mudanças em seus estados de saúde, auxiliando os enfermeiros a planear intervenções que promovam o bem-estar durante as transições. A Teoria das Transições de Meleis, é pertinente no contexto do luto perinatal, por ser uma transição que impacta a vida dos pais e das famílias.

Neste caso podemos estar perante dois tipos de transição: a de saúde/doença perante o impacto do diagnóstico ameaçadora da vida do recém-nascido onde se integra a vivência de um luto por antecipação da perda. Como contraria a ordem do ciclo vital, a perda de um papel inesperado (parentalidade) poderá também ser considerada uma transição do tipo situacional. A transição para a parentalidade é um processo irreversível que começa durante a gravidez e implica mudanças pessoais e interpessoais. Essas mudanças ocorrem à medida que a mulher se percebe como mãe e o homem como pai de seu filho (Cardoso, 2011). Estes dois tipos de transições regem-se pelo padrão de mudanças múltiplas simultâneas relacionadas, visto que ocorrem ao mesmo tempo (perda de identidade parental relacionada com a perda gestacional) relacionando-se entre si.

As transições são processos de natureza complexa e multidimensional, pelo que apresentam propriedades fundamentais para a sua correta definição, como: consciencialização, envolvimento, mudança e diferença, tempo de transição e pontos/eventos críticos (Meleis, 2010).

No caso acima existe uma rutura do papel como futura mãe/pai e/ou da dinâmica familiar. Consciencializar-se implica reconhecer o que mudou e em que medida as coisas estão diferentes. A Maria e o Diogo podem não estar consciencializados desta mudança, já que a fase de negação é própria no processo de luto. O EEESMO ao ajudar a pessoa a desenvolver medidas facilitadoras do luto pode potenciar a consciencialização, como por exemplo criando oportunidades de estar em contato com o filho, vesti-lo, tirar fotografias, auxiliando estes pais a encontrar uma coerência para o que está a acontecer e reorganizar-se num novo modo de viver, dando-lhes oportunidades de envolver-se de forma significativa nesta transição, sendo que o envolvimento é

influenciado pela consciencialização. A transição dos pais ocorre à medida que eles tomam consciência das mudanças e de como essas alterações afetam as suas vidas. Ao irem visitar o bebé à neonatologia, demonstraram, o grau com que se implicavam neste processo adaptativo, pois se a pessoa não aceitar o que lhe está a acontecer, então não poderá envolver-se.

As condições pessoais, comunitárias e sociais podem facilitar ou dificultar o processo de transição, impactando a vida familiar. As condições pessoais são determinadas pelos significados atribuídos aos eventos, crenças, cultura, atitudes, preparação prévia para enfrentar o processo, conhecimento e nível socioeconómico (Meleis, 2010). O tabu associado ao luto perinatal, antecedentes culturais e status de emprego também influenciam a experiência e perceção do luto.

Numa transição saudável direcionada para o bem-estar físico e emocional, o processo de luto é vivenciado com o desenvolvimento da capacidade de pensar no bebé falecido sem manifestações de sofrimento tão intensas e frequentes, recuperando o interesse pela vida. O EEESMO pode ajudar neste novo equilíbrio fornecendo informações e apoio, acompanhando as famílias nas várias fases do processo do luto.

3.7. Cuidar a mulher no período pós-parto

3.7.1. Berço vazio: enfrentar a dor do luto perinatal (puerpério)

A Maria e o Diogo foram pais pela primeira vez. A gravidez foi desejada e planeada e decorreu sem intercorrências. O parto não teve o desfecho esperado, a Alice nasceu com um índice de Apgar 1 ao 1.º minuto e faleceu posteriormente no serviço de neonatologia.

Diante da perda, a puérpera foi internada no serviço de gravidez de risco, acompanhada pelo marido, com o objetivo de proporcionar um ambiente mais calmo e adequado para lidar com o luto.

A Maria tem apresentado um útero contraído infra umbilical, com lóquios rubros em quantidade escassa, cheiro *sui generis* e uma laceração do segundo grau.

3.7.2. Justificação da escolha deste caso

O caso foi escolhido para dar continuidade ao anterior, uma vez que acompanhei a puérpera tanto durante o trabalho de parto quanto posteriormente no puerpério. Esta escolha permitiu o desenvolvimento de competências no âmbito dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, particularmente no que se refere à recuperação pós-parto e ao apoio durante o luto, de acordo com o Regulamento n.º 391/2019 em que o EEESMO "*providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal*" (p.13564).

Tempo de acompanhamento: turno das 16:00-23:30.

3.7.3. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação

O paracetamol oral é a opção recomendada como tratamento inicial para aliviar a dor perineal no pós-parto (WHO, 2022).

3.7.4. Plano de Cuidados

Domínio: pós-parto.

Foco de atenção: conhecimento sobre recuperação pós-parto.

Dados relevantes para o diagnóstico: útero contraído infra umbilical, com lóquios rubros em quantidade escassa, cheiro *sui generis;* ferida perineal resultante de laceração do segundo grau corrigida com fios Vicryl rapid.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: ao ser questionada sobre o seu estado físico, a Maria afirma que "está bem" (sic), mas expressa dúvidas quanto aos cuidados apropriados em relação à ferida perineal.

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre recuperação pós-parto.

Objetivo: promover autogestão da recuperação pós-parto.

Intervenções:

- Ensinar sobre higiene perineal[37].

[17:00] Manter região perineal limpa e seca: explicar a puérpera que deve lavar com água e sabão, no sentido ântero-posterior, enxaguamento com água e que deve secar com toalha limpa aplicando uma pressão suave e não por fricção.

[17:00] Informar sobre ferida perineal: explicar que os pontos habitualmente são absorvíveis e que devem cair espontaneamente, no entanto, em alguns casos, pode ser necessário removê-los manualmente. Se houver alguma dúvida ou incómodo, deve consultar um profissional de saúde.

[17:05] Explicar que o penso higiénico deve ser trocado regularmente em cada 4-6 horas, de acordo com a quantidade de lóquios, ajudando a manter a área limpa e reduzindo o risco de infeção.

[17:05] Explicar sobre sinais de infeção: incluem rubor, calor, edema, dor ou secreção anormal. Se notar algum desses sintomas, deve procurar os serviços de saúde.

[37] A cicatrização das lacerações perineais no pós-parto é um processo prolongado, frequentemente influenciado pela higiene vulvar. Sete em cada dez mulheres apresentaram lesões que duraram mais de sete dias, pela falta de higiene vulvar, causada pelo medo de tocar nas feridas suturadas (Nurmaliza et al., 2023). Nesse estudo desenvolvido por Nurmaliza et al. (2023) que utilizou métodos quantitativos e de coorte para investigar a relação entre a higiene vulvar e a velocidade de cicatrização das feridas perineais numa amostra com cerca de 35 puérperas, revelou que a higiene vulvar é a variável independente e a velocidade de cicatrização das feridas perineais é a variável dependente. A análise mostrou uma correlação significativa: a prática adequada de higiene vulvar está associada a uma cicatrização mais rápida das feridas perineais. Os mesmos autores defendem que durante o puerpério, é fundamental que a mãe mantenha uma boa higiene para prevenir infeções e promover a cicatrização das feridas. O cuidado adequado inclui o uso de água corrente limpa e, se necessário, antissépticos, especialmente durante o banho e após urinar e defecar. O estudo destaca a importância de promover conhecimentos sobre higiene vulvar e do papel dos profissionais de saúde na sua orientação e no apoio para uma prática correta na higiene. Uma higiene vulvar inadequada pode retardar a cicatrização das feridas e aumentar o risco de complicações. Assim, promover cuidados de higiene pode acelerar a cicatrização e reduzir o risco de infeções perineais.

- [Próximo contacto] Avaliar evolução do conhecimento sobre autocuidado pós-parto.

Domínio: Emoção.

Foco de atenção: luto.

Dados relevantes para o diagnóstico: parto eutócico cefálico, recém-nascido com índice de Apgar 1 ao 1.º minuto. Após a visita da Maria e do Diogo na neonatologia, a Alice faleceu às 15h50.

Dados relevantes para caracterizar o contexto: a puérpera está internada no serviço de grávidas acompanhada pelo marido. A Maria encontrava-se de fácies encerrado, não evidenciando qualquer tipo de emoção e respondia de forma breve, no entanto menciona que já viveu uma experiência de luto e acredita que essa experiência anterior a ajuda a manter a esperança de que a situação vai melhorar com o tempo. Por outro lado, o Diogo compartilha que a mãe dele também perdeu um filho e que, por isso, pode contar com o apoio da família durante este momento difícil.

Diagnóstico: luto.

Objetivo: facilitar processo de luto[38].

[38] A OMS apresentou princípios a serem considerados quanto à morte perinatal no seu guia sobre a gestão de complicações na gravidez e no parto, visando oferecer um melhor apoio às mulheres e às suas famílias. As orientações consistem em: reconhecer a gravidade da perda, isto é, compreender a profundidade e o impacto emocional da perda que a família está a enfrentar; oferecer compreensão e apoio, proporcionando empatia e apoio contínuo à mãe, ao pai e/ou à família; apoiar na identificação e expressão dos sentimentos, auxiliando os pais e a família a identificar e expressar seus sentimentos de forma saudável e respeitosa (WHO,2017). O mesmo guia, defende que a reação de uma mulher à morte do seu filho é influenciada por diversos fatores como: o apoio social, como o de familiares, amigos e da comunidade; a história obstétrica e da vida da mulher, incluindo experiências anteriores relacionadas à gravidez e aspetos pessoais; a intensidade do desejo e expectativas em relação ao seu filho impacta a forma como a perda é vivida; as circunstâncias ao redor do nascimento e a causa da perda, sejam esperadas ou inesperadas; experiências anteriores com a morte ou perda de um filho também podem influenciar a forma como a mulher lida com o luto (WHO, 2017).

O EEESMO deve adotar uma abordagem sensível e cuidadosa para apoiar a mãe e a família durante esse período difícil. Oferecer mementos, como uma madeixa de cabelo, uma etiqueta de berço ou uma placa com o nome do bebé, ajuda a família na criação de memórias; encorajar o uso do nome escolhido para o bebé; proporcionar tempo e espaço para que a mulher e seu parceiro possam segurar o bebé; tirar fotografias e conversar sobre a morte do bebé; internar a mulher em quartos separados das outras puérperas e recém-nascidos; incentivar a procura de profissionais de apoio, como psicólogos e grupos de apoio; permitir que a família prepare o bebé para o funeral; incentivar práticas funerárias respeitando as crenças e desejos culturais (WHO, 2017). As *Guidelines for Perinatal Care* (2017) acrescentam que se deve incentivar os pais a nomear o bebé, caso ainda não o tenham feito, uma vez que, associar memórias a um nome pode facilitar o processo de luto. Deve-se também, incentivar a coletar fotos e recordações do bebé, como etiquetas de identificação, impressões dos pés, uma madeixa de cabelo, certificados de nascimento e de óbito, registos de altura e peso, realizar moldes de gesso das mãos/pés e fornecer informações sobre as opções disponíveis para cerimónias fúnebres e que se deve incentivar ambos os pais a se envolverem ativamente na sua organização. Mesmo se os pais inicialmente declinem essas lembranças, é comum que as solicitem dias, semanas ou meses após a perda.

Intervenções:

- Gerir ambiente.

[16:00] Assegurar que não haja sons de monitorização por cardiotocografia nem outras grávidas.
[16:00] Permitir a presença da pessoa significativa e outros familiares[39].
[16:00] Manter privacidade.

- Ensinar sobre fases do luto[40].

[17:30] Auxiliar a parturiente e o marido a identificarem as diferentes fases do luto.

- Ensinar sobre os diferentes padrões do luto pela mãe e pelo pai[41].
- Ensinar sobre reações fisiológicas ao luto[42].

---

[39] De acordo com as *Guidelines for Perinatal Care* (2017), deve-se assegure que os pais tenham acesso ao apoio dos seus familiares e amigos. A flexibilização das regras de visita pode ser benéfica para permitir que os pais recebam o apoio da família e que se deve antecipar as possíveis dificuldades que poderão enfrentar ao compartilhar informações sobre a perda com outros filhos, familiares e amigos.

[40] A Dra. Elisabeth Kübler-Ross apresentou seu modelo sobre a reação psicológica à morte iminente em seu livro de 1969, *On Death and Dying*, identificando cinco fases no luto: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. Destaca que as fases não são necessariamente sequenciais e podem variar consoante os indivíduos. Este trabalho marcou uma mudança cultural ao abordar a morte de maneira mais aberta influenciando como os profissionais de saúde apoiam os clientes e os seus familiares. A negação é um mecanismo de defesa que protege o indivíduo da realidade. Inicialmente, os clientes podem rejeitar a nova informação ou minimizar seu impacto. Embora a negação possa ser prejudicial se persistir, um período inicial é normal e pode ajudar a processar a notícia difícil. A raiva surge quando os clientes reconhecem a realidade de sua condição, pode ser direcionada a médicos, familiares, ou forças superiores, manifestando-se também como uma irritação generalizada. Reconhecer a raiva como uma resposta natural ajuda os cuidadores a lidar com acusações que podem parecer dolorosas. A negociação envolve as pessoas que tentam controlar a sua situação, seja através de compromissos racionais com o tratamento ou pensamentos mágicos para mudar a sua condição. A depressão é caracterizada por tristeza, fadiga e um sentimento de perda. Pode surgir como resultado dos estágios anteriores e representa uma maior aceitação da realidade da perda. Os clientes podem parecer mais frágeis emocionalmente durante esta fase. A aceitação é quando a pessoa reconhece a realidade e deixa de lutar contra ela, o indivíduo enfrenta a situação com mais tranquilidade e reestrutura a vida em torno de uma nova realidade (Tyrrell, 2023).

[41] Cada pessoa lida com o luto e expressa sua dor de forma única e por períodos variados (WHO, 2017). A maioria das mulheres e casais tem um conhecimento limitado sobre o processo de luto, dificultando a adaptação tanto individual quanto como casal, afetando a relação conjugal. Ter informações sobre as diferentes fases do luto é benéfico, ajudando a compreender e aceitar as reações como normais. Entender que cada membro do casal pode vivenciar e expressar a experiência de forma diferente contribui para uma melhor compreensão e apoio mútuo. Cada pessoa irá lidar com o luto de maneira própria e no seu próprio ritmo, utilizando estratégias adaptativas distintas (Koch, 2014).

[42] As reações comuns ao luto perinatal podem ser profundamente impactantes e variar de acordo com cada indivíduo. Inicialmente, a negação é uma resposta frequente, na qual os pais podem sentir que "isso não pode ser verdade", rejeitando temporariamente a realidade. A culpa é uma reação em que os pais se questionam sobre sua responsabilidade na situação. A raiva, frequentemente direcionada à equipa de saúde, pode refletir uma autocrítica, em que os pais sentem que falharam de alguma forma. Sentimentos como a ansiedade e o medo surgem com intensidade e são frequentemente acompanhados por tristeza, sensação de fracasso e desesperança. Em casos em que a vida da mulher ou do bebé está em risco, é comum que os pais passem por uma fase de negociação interna, na tentativa de alterar a situação. A depressão e a perda de autoestima podem manifestar-se de forma duradoura, afetando significativamente o bem-estar emocional dos pais. Pode ainda surgir o isolamento que é uma reação comum, com pais que se sentem diferentes ou distantes dos outros, um sentimento que pode ser exacerbado por cuidadores ou amigos que evitam o contato com aqueles que viveram a perda. Experiências traumáticas como o luto perinatal aumentam significativamente a

[17:30] Explicar que podem surgir alterações no padrão de sono, como insónias ou excesso de sono; alterações no apetite como perda de apetite ou aumento o consumo de alimentos; dores físicas como dores de cabeça.
Explicar que o luto pode aumentar a suscetibilidade a doenças devido ao *stress*.

- Ensinar sobre a importância da comunicação entre o casal e de se apoiarem mutuamente.
- Ensinar sobre estratégias adaptativas do luto[43].

  [17:30] Explicar a Maria e ao Diogo que direcionar a sua energia para algo que considerem valioso pode auxiliar no processo de luto e trazer um sentido à vida.

  [17:30] Explicar que devem tentar manter uma rotina de sono saudável, praticar exercícios físico, alimentar-se adequadamente e procurar apoio psicológico, apoio como na partilha de experiência em grupos de apoio com famílias que viveram a mesma perda.

---

vulnerabilidade da mulher ao desenvolvimento de depressão pós-parto, afetando até 34% das mulheres, geralmente surgindo nas primeiras semanas ou meses após o parto e podendo persistir por mais de um ano. Os sintomas da depressão pós-parto incluem exaustão, irritabilidade, choro fácil, falta de energia, sentimentos de impotência, alterações no apetite e no sono, dores físicas e pensamentos obsessivos. Com diagnóstico e tratamento precoces, o prognóstico é positivo, com mais de dois terços das mulheres que se recuperam num ano (WHO, 2017).

O luto pode causar sintomas físicos como: fadiga, distúrbios do sono, perda de apetite, ganho ou perda de peso, palpitações, suor, ansiedade e contraturas musculares. O luto pode alterar a dinâmica familiar e outros relacionamentos pelo aumento de conflitos, afastamento ou maior proximidade na relação de um casal (Ashley, 2021). A ansiedade, depressão e dificuldades no sono eram comuns tanto nas mães quanto nos pais (Azeez et al., 2022). Num estudo qualitativo que investigou as experiências de pais nos Estados Unidos que enfrentaram um luto perinatal, concluiu que os pais relataram reações emocionais comuns como raiva, culpa, irritabilidade, tristeza, além de dificuldades no sono, perda de apetite e ansiedade. Muitos também experimentaram sintomas físicos, como dores corporais e que eram imprevisíveis. Os sintomas variaram em *timing* e intensidade, em alguns ocorriam frequentemente por curtos períodos e outros de forma infrequente por períodos mais longos. Um pai relata que a imagem perturbadora do seu bebé ligado a um ventilador na unidade de cuidados intensivos neonatal se transformou em pesadelos, o que impactou negativamente o seu sono após a morte do seu filho. Outro pai refere que a cada cinco minutos sentia como se estivesse a ser faqueado, relatando a dor como física. Num outro testemunho, o pai refere uma dor na mandíbula durantes meses, o que o levou a procurar os serviços de saúde no qual associaram que seria devido ao stress e descreve essa dor que aparece ocasionalmente como um símbolo da morte do seu filho (Azeez et al., 2022).

[43] As estratégias adaptativas são formas de resposta que a pessoa aprende para lidar com eventos que desestabilizam a sua vida. São acionadas durante períodos de instabilidade ou transição, quando a capacidade da pessoa em enfrentar uma situação é afetada. São aplicadas técnicas que ajudam os indivíduos a ajustar-se à nova realidade e a recuperar. O *coping* é definido como um conjunto de comportamentos conscientes, voltados diretamente para a gestão de situações stressantes da vida. Em um estudo realizado por McGreal e colaboradores (1997), que comparou as estratégias de *coping* usadas por homens e mulheres em situações de luto, foi observado que as mulheres tendem a usar uma maior variedade de estratégias. Entre as mais comuns estavam o regresso ao trabalho, a resolução de problemas, o apoio em amizades, o pensamento positivo e a ênfase em aspetos positivos. As respostas femininas também destacaram o uso frequente do apoio social como uma estratégia de *coping* (Koch, 2014).

- Ensinar sobre regresso à casa.

Explicar que devem planear a confrontação com a realidade. O regresso à casa sem a sua filha pode ser especialmente desafiador, principalmente ao se depararem com objetos que lhe estavam destinados.

- Avaliar com a Maria e o Diogo o apoio familiar, de modo que este seja reconhecido como facilitador face ao luto.
- Promover a esperança[44] respeitando as crenças culturais e religiosas.

[18:00] Encorajar relações terapêuticas com pessoas significativas.

[18:00] Encorajar participação em grupos de apoio.

[18:00] Traçar em conjunto objetivos pessoais e familiares (*coping*).

[18:00] Incentivar a manutenção de memórias (tirar fotografias, comprar uma joia significativa).

3.7.5. Síntese do caso

A Maria e Diogo enfrentaram uma experiência dolorosa e inesperada com o nascimento da sua filha Alice, que foi fruto de uma gravidez desejada e planeada. Embora a gravidez tenha decorrido sem complicações, o parto resultou numa experiência inesperada. A Alice, nasceu com um índice de Apgar de 1 no 1.º minuto e faleceu no serviço de neonatologia posteriormente.

Para proporcionar um ambiente mais calmo e propício ao luto, a Maria foi transferida para uma unidade menos perturbadora, onde pôde estar acompanhada pelo marido e receber a visita de familiares próximos. A Maria estava internada no quarto 13, que era o quarto designado para casos de perdas gestacionais, abortos e outros eventos similares. Devido à carga simbólica e supersticiosa associada a esse número, solicitei à equipa, que, no futuro,

[44] A esperança está interligada com o otimismo, à capacidade de definir metas e à mobilização de energia para alcançar esses objetivos. Trata-se de acreditar na possibilidade do controlo ou transformação de nossas vidas, na expectativa de que o futuro será mais promissor do que o presente e de que seremos capazes de superar os desafios. A esperança envolve a crença de que a vida recuperará seu brilho e busca um sentido racional quando tudo parece desmoronar (Koch, 2014).

mostrassem maior sensibilidade em relação à designação dos quartos para essas situações delicadas.

Para apoiar a Maria e o Diogo, foram implementadas várias intervenções focadas em ajudá-los a enfrentar o luto. Foram-lhes fornecidas orientações sobre o luto, abordando as fases do luto, as diferenças nas reações emocionais entre a mãe e o pai e as reações fisiológicas que podem acompanhar o processo de luto. Foram discutidas as estratégias adaptativas para lidar com o luto, como direcionarem-se para atividades significativas e procurarem apoio psicológico se lhes fizer sentido.

Na recuperação pós-parto, a Maria manifestou algumas dúvidas e recebeu instruções sobre a higiene perineal e cuidados com a ferida perineal, garantindo que ela estivesse informada sobre a sua saúde física e sinais de possíveis complicações.

O acompanhamento de Maria e Diogo visou não apenas a gestão imediata das suas necessidades físicas, mas também estratégias que poderiam apoiá-los a longo prazo, para enfrentar a dor e a identificar um caminho para a recuperação e a esperança.

4. FACILITAR O LUTO PERINATAL: IDENTIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS DA MULHER FACE À PERDA

Ao longo da vida, o sonho de muitas mulheres é criar uma família e muitas vezes o futuro filho é idealizado como perfeito e saudável. Torna-se complexo pensar na morte quando o momento é direcionado para a vida (Koch, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006) define o período perinatal como aquele que se inicia às 22 semanas de gestação e se estende até 7 dias após o nascimento. No entanto, a morte de um filho, quer seja antes ou após o nascimento, rompe com a ordem natural da vida, interrompendo os sonhos, expectativas em relação ao futuro filho e a construção da identidade como mãe ou pai.

O risco de morte na infância é maior no primeiro mês após o nascimento. Em 2022, o número de mortes de recém-nascidos foi de 2,3 milhões e 47% das mortes de crianças menores de cinco anos ocorreram nos primeiros 28 dias de vida, que correspondem ao período neonatal, diminuindo de 44% desde o ano 2000. Esta fase, sendo uma das mais vulneráveis da vida humana, destaca a importância de melhorar a qualidade dos cuidados intrapartos e neonatais. Os nascimentos prematuros, complicações durante o parto, infeções neonatais e malformações congénitas permanecem as principais causas de morte entre os recém-nascidos (WHO, 2024).

Para as mulheres, receber cuidados contínuos sob a supervisão de EEESMO profissionais qualificados, regulamentadas por normas internacionais, reduz em 16% o risco de perder o filho e em 24% o risco de um parto prematuro (WHO, 2024).

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2023), em Portugal no ano 2020, o número de óbitos neonatais (com menos de 28 dias de vida), foi de 142, menos 24 do que em 2019. Dos quais 38% ocorreram entre 22 e 27 semanas de gravidez e 26,1% entre 37 e 41 semanas.

Relativamente aos óbitos fetais (fetos-mortos igual ou superior a 28 semanas de gestação), em 2020, ocorreram 306 óbitos e a maioria foi registada em estabelecimentos de saúde e com assistência no parto. As principais causas da morte foi hipoxia intrauterina e asfixia ao nascer com um total de 117 óbitos. Cerca de 43% ocorreu antes das 32 semanas de gestação (INE, 2023).

Para muitas famílias, engravidar significa ter um filho. O casal faz planos e tem expectativas em relação ao bebé. Quando esses planos são interrompidos pode ser uma experiência traumática. O luto perinatal é reconhecido como uma experiência angustiante e transformadora, associada a sentimentos de choque, confusão, culpa, depressão, rotura de relacionamentos e dificuldade na adaptação com filhos posteriores e com consequências psicológicas e sociais. Por sua vez, os profissionais de saúde são descritos como tendo um impacto significativo através do comportamento, ações e comunicação verbal e não verbal nas experiências dos pais em relação à perda perinatal (Flenady et al., 2020; Mc Grath-Lone, 2022).

O luto é uma experiência única e uma reação normal à perda. A morte de um filho desafia a ordem natural da vida e gera incertezas quanto ao futuro. A dor enfrentada pelos pais não deve ser julgada com base na idade gestacional no momento da perda ou pela presença de outros filhos. O luto perinatal é frequentemente mal compreendido e a magnitude da perda desvalorizada (Flenady et al., 2020).

A abordagem diante da perda deve considerar a singularidade de cada indivíduo, permitindo que este mobilize suas próprias estratégias de *coping* para lidar da melhor forma com o luto perinatal. Apesar da incapacidade que existe em prever a maioria das perdas perinatais, ou até mesmo preveni-las, vários estudos demonstram que a forma como os cuidados são prestados, bem como o apoio fornecido aos pais, influenciam o modo destes vivenciarem o luto perinatal e de o ultrapassarem (Kuberska 2020; Qian et al., 2021).

Os profissionais de saúde têm um papel crucial em orientar os pais na tomada de decisões que lhes podem ser facilitadoras no seu processo de luto. O apoio

oferecido deve ser personalizado levando em consideração as necessidades, preferências e o contexto cultural de cada família (Flenady et al., 2020).

O EEESMO pode providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-natal. A morte, presente no trabalho do EEESMO, destaca a importância do seu papel no apoio ao luto perinatal (Regulamento n.º 391/2019), oferecendo um cuidado individualizado e sensível. O EEESMO pode orientar os pais na tomada de decisões difíceis, como optar por ver ou não o bebé, ajudando-os a enfrentar este momento doloroso.

Ao longo do estágio, presenciei situações de perda e embora o luto perinatal seja muitas vezes desvalorizado pela sociedade, observei que o EEESMO era sensível à profundidade da perda e ao impacto emocional desta experiência nos pais. O apoio era adaptado às preferências individuais e ao seu contexto cultural.

4.1. Método

Para sintetizar a evidência relacionada com o tema foi realizada uma revisão integrativa da literatura.

Dada a crescente quantidade e a complexidade das informações no campo da saúde, foi necessário a criação de ferramentas que, fundamentadas em pesquisas científicas, definem etapas metodológicas que facilitam aos profissionais uma melhor utilização da evidência científica apresentadas nos diversos estudos. A revisão integrativa destaca-se como uma metodologia que permite sintetizar o conhecimento e incorporar os resultados de estudos à prática profissional, desenvolvendo novas teorias e identificando lacunas que permitem desenvolver pesquisas num determinado tema (Tavares De Souza et al., 2010; Botelho et al. 2011).

A revisão integrativa da literatura é um instrumento de Prática Baseada em Evidências que se caracteriza no cuidado clínico, ao ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência. Em virtude da sua abordagem

metodológica, a revisão integrativa da literatura, possibilita a integração de diversos métodos, que podem exercer um papel relevante na Prática Baseada em Evidências em Enfermagem. Possibilita a incorporação de estudos experimentais e não-experimentais proporcionando uma compreensão completa do fenómeno analisado. A utilização de uma amostra ampla, em conjunto com a multiplicidade de propostas, gera uma perspetiva consistente sobre conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a Enfermagem (Tavares De Souza et al., 2010).

A elaboração de uma pergunta de investigação é a primeira etapa do processo de elaboração da revisão integrativa da literatura. A questão de investigação formulada em função dos objetivos estabelecidos é apresentada a seguir: Como diferentes estratégias no luto perinatal afetam a forma como as mulheres o vivenciam?

4.2. Estratégias para a pesquisa

A segunda etapa consiste na realização da pesquisa nas bases de dados. Cada base de dados utiliza termos específicos para classificar os seus artigos, o que torna essencial a identificação de descritores para localizar estudos que respondam à questão de investigação inicial. Assim, foi necessário determinar os descritores apropriados em cada base de dados.

Para apoiar a prática com base em evidências científicas e atualizadas, consultaram-se as seguintes bases de dados: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES COLLECTION; COCHRANE Library; SCOPUS.

As tabelas a seguir apresentam as bases de dados consultadas na plataforma EBSCO*host*, os descritores utilizados e a frase booleana aplicada na pesquisa.

Tabela 6 - Pesquisa na base de dados CINAHL Complete na plataforma EBSCO*host* (fonte: autor)

BASE DE DADOS	DESCRITORES	RESULTADOS
CINAHL Complete	*"coping"*	72365
	"Perinal Death"	10682
	"Women"	527535
	"Mother"	152059
	"Grief"	13315
	"Mother OR Women"	634710
Frase Booleana: ***"Coping AND Perinatal Death AND Mother OR Women AND Grief"***		
Total de artigos		99

Tabela 7 - Pesquisa na base de dados MEDLINE Complete na plataforma EBSCO*host* (fonte: autor)

BASE DE DADOS	DESCRITORES (MESH 2024)	RESULTADOS
MEDLINE COMPLETE	*"Coping Skills"*	5530
	"Perinal Death"	8694
	"Women"	1541241
	"Mother"	345940
	"Grief"	13315
	"Mother OR Women"	1796098
Frase Booleana*: "Coping Skills AND Perinatal Death AND Mother OR Women"*		
Total de artigos		1

Tabela 8 - Pesquisa na base de dados PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES COLLECTION na plataforma EBSCO*host* (fonte: autor)

BASE DE DADOS	DESCRITORES (MESH 2024)	RESULTADOS
PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES COLLECTION	*"Psychological Adaptation"*	13923
	"Perinal death"	652
	"Women"	102006
Frase Booleana: ***"Psychological Adaptation AND Perinatal Death AND Women"***		
Total de artigos		14

Foram ainda utilizadas duas outras bases de dados, a Cochrane Library e a Scopus. Para isso, foram definidos os descritores no site MeSH (Medical Subject Headings) e inserida a seguinte frase booleana:

(Perinatal death OR Neonatal Death) AND (Coping Skills OR Coping Technique OR Coping Strategies OR Coping Cognitive OR Coping Social OR Constructive Coping OR Coping Behaviors) AND (Mother) AND (Women).

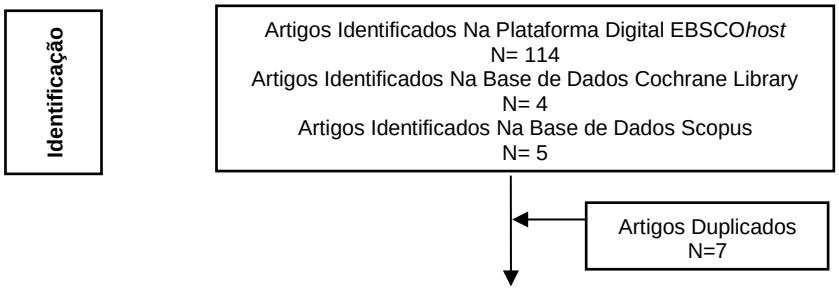
Foram encontrados quatro artigos na Cochrane Library e cinco na Scopus.
Da pesquisa efetuada resultaram um total de 123 artigos.

4.3. Seleção dos estudos

A totalidade dos artigos foi submetida à plataforma Rayyan, desenvolvida pelo QCRI (Qatar Computing Research Institute). No primeiro passo, procedeu-se à eliminação dos estudos duplicados, resultando um total de 116 artigos.

A triagem foi realizada após a leitura dos títulos e resumos, 105 artigos foram excluídos: por serem em língua estrangeira que não fossem o inglês, português, francês e espanhol; por serem direcionados a outros profissionais de saúde ou familiares; por não responderem à questão de investigação; por não disponibilizarem o texto integral; por terem sido publicados antes do ano 2000. O critério temporal foi selecionado para garantir que os resultados fossem aplicáveis às questões mais atuais e evitar o excesso de publicações.

A representação da seleção dos artigos encontra-se representada no Fluxograma 1.



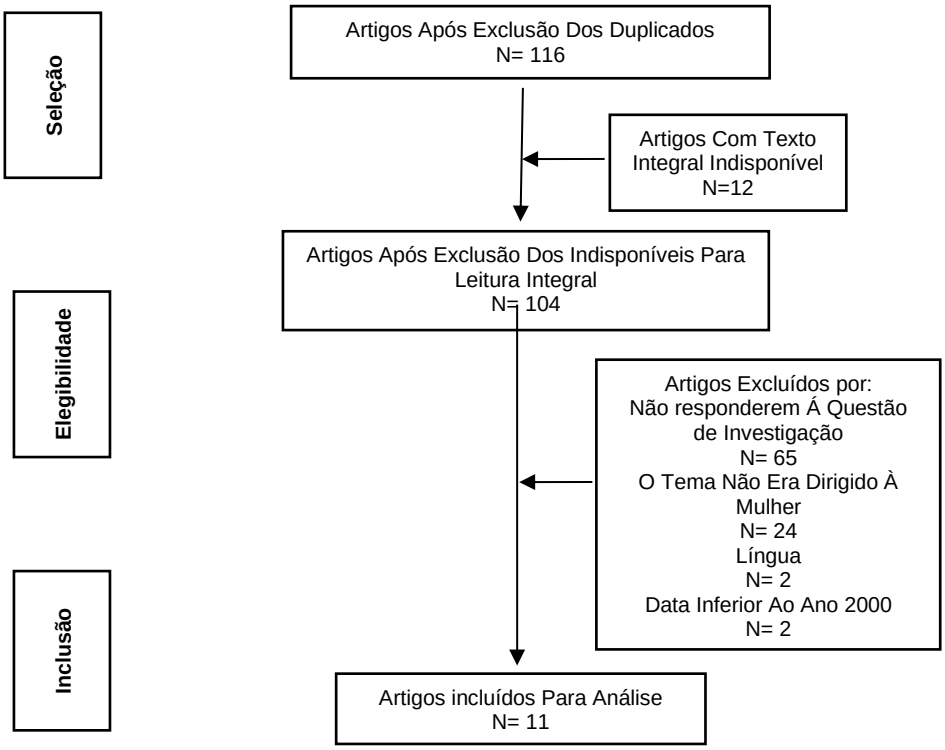


Figura 1 - Fluxograma da Seleção de Artigos (fonte: autor)

4.4. Análises dos artigos

A presente análise dos artigos selecionados pretende identificar as preferências de cada mulher face ao luto perinatal. Os artigos selecionados encontram-se detalhados no Apêndice I.

Dos estudos selecionados, destaca-se o estudo desenvolvido por Van (2001), que explora as estratégias de *coping* utilizadas por dez mulheres afro-americanas após a perda perinatal. Algumas mulheres evitaram pensar na perda devido à dor psicológica e à falta de reconhecimento social; ou atribuem um propósito à perda, entendendo-a como uma preparação para futuros desafios. As participantes do estudo relataram que identificar um objetivo para a perda foi útil no processo de luto. A autora critica o estereótipo de que as mulheres afro-americanas são descritas como "fortes". A espectativa social associada,

contribuiu para que as necessidades individuais de cada mulher não fossem reconhecidas pelos profissionais de saúde. A religião e a espiritualidade emergem como fontes de conforto e o estudo destaca a importância de respeitarem as crenças e o contexto cultural das mulheres para promover o seu bem-estar.

Segundo Cacciatore & Bushfield (2007), o estudo visou compreender o que as mulheres consideravam útil no seu processo de luto e destaca que o apoio psicológico e social é inadequado, assim como, a falta de informações ao longo do internamento. A maioria das mulheres referiram que o apoio através de grupos com outras mães que compartilham a mesma experiência foi fundamental para facilitar o seu processo de luto. Para encontrarem um sentido à vida, o luto levou as mulheres a participar em atividades de apoio a outras mulheres com a mesma experiência. Nos relatos destaca-se a importância de os profissionais de saúde orientarem nas opções disponíveis face ao filho falecido como dar banho, tirar fotos ou vestir o bebé e dão ênfase a importância de nomear o bebé pelo nome. O artigo recomenda que as intervenções dos profissionais de saúde sejam personalizadas, reconhecendo as necessidades de cada mulher e que o apoio seja contínuo após a alta hospitalar.

O estudo de Wilson, Boyle & Ware (2015), documenta as experiências como ver e segurar o bebé nado-morto e revela que a maioria das mães e dos pais escolheram ver e segurar os filhos. As mães não sentiram arrependimento, mas está prática intensificou o luto nas mulheres, mas sem afetar a sua saúde mental. O estudo salienta que a decisão, cabe às vontades próprias de cada uma e que deve ser apoiada pelos profissionais de saúde, respeitando as preferências individuais.

O contacto com o bebé pode ser influenciado por fatores culturais, pessoais, situacionais e os profissionais de saúde podem ser uma fonte de apoio na tomada de decisão. O artigo (Wilson, Boyle & Ware, 2015) destaca a importância de fornecer apoio na tomada de decisão com uma abordagem personalizada à diversidade cultural e de avaliar continuamente a assistência aos pais que viveram um luto perinatal.

De acordo com *Golan & Leichtentritt (2016)* examinaram o significado que as mulheres atribuem à sua perda após viverem um luto perinatal. Os resultados demostraram que as mulheres têm perceções variadas sobre a figura perdida. O luto perinatal é descrito como um evento ambíguo, apesar das mulheres do estudo terem uma resposta à questão do significado da figura perdida e da própria perda, ela era acompanhada de receios e dúvidas. Esta ambiguidade interna cresceu face à resposta do ambiente, minimizando a importância da perda e consequentemente a identidade como mãe. As reações de outras pessoas que invalidavam a perda, levaram as mulheres a questionar o significado que atribuíam à perda, levando-as a adotarem a definição da sua perda nos diferentes ambientes. Esta ambiguidade no luto perinatal reflete um conflito entre a experiência pessoal das mulheres e as respostas sociais e culturais ao luto.

No que diz respeito à questão de saber se era adequado realizar uma cerimónia fúnebre, o artigo refere que algumas mulheres tiveram essa opção, enquanto outras não receberam nenhuma orientação. As mulheres devem ter o direito às diferentes opções disponíveis como por exemplo, ver o nado-morto ou organizar cerimónias fúnebres. Devem ser informadas dos diferentes recursos, a fim de fazerem escolhas conscientes e que o luto seja reconhecido de forma a ajudá-las a processá-lo e a construir um significado atribuído à perda (Golan & Leichtentritt, 2016).

Sriarporn et al., 2017, concluíram que as mulheres que participaram num programa personalizado de apoio ao luto perinatal, apresentaram uma redução dos níveis de luto. As mulheres relataram sentirem-se amparadas tantos pelos profissionais de saúde quanto pelos seus familiares, destacando a importância dada as suas emoções, ao apoio, às práticas culturais e religiosas e a informação recebida pelos enfermeiros de forma individualizada.

Os autores Sriarporn et al., (2017), também ressaltam as competências do EEESMO em cuidar da mulher no luto perinatal. Para garantir que as mulheres estejam preparadas em lidar com a perda no regresso a casa e que possam

discutir eventuais dúvidas com o EEESMO, o artigo recomenda que seja feita uma avaliação dos níveis de luto antes da alta hospitalar.

Conforme o artigo de Razeq (2018), que aborda as experiências do luto perinatal e como as mulheres procuraram significados, que as auxiliaram a compreender a morte do recém-nascido. A morte foi frequentemente associada a crenças religiosas, o que permitiu às mulheres focar nesse aspeto e aceitar a perda mais facilmente. Como estratégias de *coping*, as mulheres sentiram necessidades de atribuir um nome ao recém-nascido, reconhecendo a sua identidade como uma pessoa que existiu. Uma mãe relatou que envolver-se na preparação do nascimento do filho de outra pessoa, a ajudou a lidar com a perda, enquanto outra focou-se na sua carreira como estratégia. A distração foi um método comum que contribui no processo de luto. Apesar da experiência trágica, as mulheres sentiram necessidade de engravidar novamente, o que facilitou o seu processo de luto e destacam que o bebé posterior não substituí o filho que faleceu.

As participantes do estudo de Razeq (2018), consideraram o apoio das pessoas significativas como essencial no seu processo de luto. Relataram lacunas no apoio prestado pelos profissionais de saúde, tanto no hospital quanto na comunidade, evidenciando a falta de informações dada por estes profissionais, gerindo sentimentos como a frustração.

A revisão da literatura de Rich et al., (2018) descreve que uma das estratégias de *coping* utilizada que fortaleceu o vínculo dos pais com o filho, auxiliando-os na aceitação da perda e no processo do luto foi nomear o filho falecido, contribuindo para o reconhecimento da sua existência e auxiliar na transição do termo "feto" para "bebé".

Rich et al., 2018 recomendam que os profissionais de saúde incentivem a prática de nomear o nado-morto como parte do apoio ao luto perinatal, contribuindo a integrá-lo simbolicamente na família e reconhecendo a importância da sua existência, o que proporciona aos pais e familiares uma experiência real e significativa dos seus papéis. As mulheres descreveram esta prática como

favorável pois ao atribuir um nome ao bebé conferiu-lhes sentido à sua presença como membro integrante da família.

Dos dois artigos elaborados por Popoola, Skinner & Woods (2022) com a mesma temática e amostras iguais foi destacado o que melhor respondia à questão de investigação. O estudo investiga as crenças culturais e religiosas sobre o luto perinatal em mulheres da cultura iorubá. Estes acreditam que algumas crianças são "*Abiku"* (nascidas para morrer) e que as mães devem lidar com a perda como sendo a vontade divina ou pela influência de forças espirituais.

Na cultura iorubá, a morte de um bebé é comum, onde não há lugar para cerimónias fúnebres ou rituais em nado-mortos. As mães não são informadas sobre o local de sepultamento e quando foram questionadas se o desejavam saber, a maioria respondeu que não. Acreditam que um nado-morto resulta de má sorte e aumenta a perda em gestações posteriores. As mulheres que perdem um filho são obrigadas a conter as suas emoções sob a pressão social, uma mãe relatou "não tive outra escolha senão aceitar o meu destino e guardar as minhas emoções para mim própria" (sic) (Popoola, Skinner & Woods, 2022).

Certas mulheres deste estudo descreveram que as crenças associadas à cultura e o contacto com outros bebés dificultaram o processo para lidar com o luto. Relataram uma exacerbação da dor, tristeza e choque por não terem a oportunidade em ver e segurar o filho nado-morto. Na cultura iorubá, os nado-mortos são separados imediatamente após o parto e as tradições não permitem a criação de memórias como fotografias sendo frequentemente negada a oportunidade de ver e/ou segurar o filho (Popoola, Skinner & Woods, 2022).

Em comum manifestaram a sua gratidão por estarem vivas, pois na cultura iorubá, utilizam uma expressão em que acreditam que os filhos possam ser substituídos se a mãe estiver viva. No entanto duas participantes que sofreram histerectomia descreveram que essa expressão aumentou a sua dor (Popoola, Skinner & Woods, 2022).

As estratégias de *coping* que as auxiliou a lidar com o luto foi a presença de outros filhos vivos e a crença religiosa que lhes facilitou a criação de significados

após o nascimento do nado-morto. Por sua vez, a contenção gerada pelas normas sociais impediu muitas mulheres de expressar as suas emoções e que não saberem o local de sepultamento dificultou o processo do luto (Popoola, Skinner & Woods, 2022).

Neste estudo, os profissionais de saúde reconhecem que as crenças religiosas auxiliam as mulheres a enfrentar a perda, porém a falta de apoio psicológico e o impedimento das demonstrações de emoções podem resultar em traumas (Popoola, Skinner & Woods, 2022).

Kuforiji, Mills & Lovell (2023), reconheceram as emoções negativas, como a culpa pela falta de reconhecimento social e pela falta de apoio dos profissionais de saúde e familiares, que impactou a experiência no luto perinatal. Para enfrentar a perda, as mulheres adotaram estratégias como a religião, terem outros filhos vivos ou a omissão dos seus sentimentos.

O estudo de Kuforiji, Mills & Lovell (2023), referem que o luto foi intensificado por determinadas ações. Pela falta de sensibilidade em relação aos seus desejos, como a impossibilidade de ver e segurar nos filhos. Algumas mulheres foram internadas nas mesmas unidades que puérperas com os filhos vivos, aumentando o seu sofrimento. A falta de apoio e de informações sobre a causa da morte dos filhos, levou as mães a se sentirem culpadas. O sentimento de culpa foi intensificado quando os profissionais de saúde ou familiares sugeriram, que elas poderiam ser responsáveis pela morte do filho.

O estudo refere que, os fatores culturais e institucionais contribuíram para o sofrimento destas mulheres e que foi agravado pela falta de reconhecimento social atribuído ao luto perinatal, pela ausência de apoio e de informações não fornecidas pelos profissionais de saúde (Kuforiji, Mills & Lovell, 2023).

Noutro artigo realizado por Kuforiji, Mills & Lovell (2024), ao investigar as experiências de mulheres em relação ao apoio após a morte perinatal, destacam a falta de comunicação e apoio psicológico por parte dos profissionais de saúde durante e após o parto em que ocorreu a morte do recém-nascido. O relato *"They did not tell me the baby died",* uma mãe descreve uma situação com ausência de informação acerca da morte do filho. Outras mulheres relataram dissimulação

da saúde dos seus filhos, em que foram informadas que os filhos tinham sido transferidos para os cuidados neonatais, com o intuito de evitar que insistissem em vê-los. No entanto, algumas mulheres do estudo relataram ter suspeitado da possível morte dos filhos pela ausência de choro ou pela observação de manobras de reanimação. Esse silêncio foi descrito como um fator que intensificou o sofrimento após a morte destacando que a falta de comunicação lhes causou ansiedade e angústia. As mulheres que foram informadas previamente sobre o prognóstico desfavorável dos filhos, sentiram-se emocionalmente mais preparadas.

O artigo destaca que, em determinadas culturas, o contato com o bebé é desaconselhado, o que dificulta as mães e outros membros da família no processo do luto (Kuforiji, Mills & Lovell, 2024).

Algumas mulheres do estudo relatam que os profissionais de saúde as forçaram a segurar nos seus filhos para confirmar a sua identidade, sem levar em consideração o impacto emocional que lhe causaria. Noutras mulheres, a família não lhes permitiu ver e segurar o bebé devido ao contexto cultural que desencorajava essa interação, alegando ser algo proibido ou de mau presságio. Muitas mães não participaram ou estiveram presentes na cerimónia fúnebre do filho, causando angústia em algumas que gostariam de estar presente (Kuforiji, Mills & Lovell, 2024).

As mulheres descrevem que o apoio oferecido foi considerado quase inexistente. Durante o internamento e nas consultas pós-parto, os profissionais de saúde focaram-se apenas no bem-estar físico das mulheres, negligenciando seu estado psicológico (Kuforiji, Mills & Lovell, 2024).

As mulheres reconheceram a importância do apoio familiar, embora algumas tenham relatado a falta de apoio pelos seus parceiros e até das próprias mães. O artigo sugere que para facilitar o luto perinatal haja uma revisão das práticas hospitalares, que incluam apoio psicológico, acompanhamento após a alta, uma comunicação individualizada e a formação dos profissionais de saúde para saberem lidar com a morte (Kuforiji, Mills & Lovell, 2024).

4.5. Resultados

A revisão dos artigos selecionados destaca a diversidade de respostas e estratégias de *coping* adotadas pelas mulheres em diferentes contextos culturais, institucionais e sociais.

Dos estudos ressalta que o luto perinatal é um processo individual, influenciado por fatores como a religião, fé, cultura e outras expectativas socias impostas. As escolhas das mulheres face ao luto devem ser respeitadas e que seja oferecido diferentes opções que facilitem o seu processo de luto perinatal. O exemplo do estudo de Van (2001), demonstra que as mulheres afro-americanas enfrentam a perda e que a pressão social as obriga a se manterem fortes, sem considerar as suas necessidades emocionais.

Cacciatore & Bushfield (2007) e outros autores apontam a importância do reconhecimento simbólico da perda, como o ato de nomear o filho e a participação em rituais fúnebres. Para algumas mulheres este aspeto seria crucial para facilitar o seu processo de luto. No entanto, em contextos culturais como dos iorubás descrito por Popoola, Skinner & Woods (2022), a cultura proíbe esses rituais, o que dificulta o processo do luto e revela o impacto negativo que práticas culturais rígidas possam ter na saúde das mulheres.

Foi comum entre os autores, observar-se que, independentemente das diversidades culturais, as mulheres relataram a falta de apoio pela sociedade, pelos profissionais de saúde ao desconsideram as suas preferências individuais e, por vezes, dos seus familiares, intensificando a dor que sentiam. Como destacado no estudo de Kuforiji, Mills & Lovell (2024), a dor foi intensificada pela falta de apoio e pela ausência de uma comunicação clara e honesta por parte dos profissionais de saúde.

Dos artigos conclui-se que algumas mulheres demonstram preferências como ver, segurar o bebé, participar em rituais fúnebres e integrar grupos de apoio. No entanto, outras optaram por não realizar essas práticas, refletindo a necessidade de respeitar as escolhas individuais. Cada pessoa vive a sua experiência de maneira única e as abordagens devem ser adaptadas às necessidades e

preferências de cada mulher, evidenciando que o luto perinatal é uma experiência multifacetada e influenciada por fatores culturais, sociais e religiosos.

Embora a análise dos estudos, tenha permitido identificar algumas preferências das mulheres, a resposta à questão de investigação inicialmente formulada "como diferentes estratégias no luto perinatal afetam como as mulheres o vivenciam?" não está totalmente respondida. Apesar dos avanços na compreensão do tema, a literatura atual carece de uma abordagem mais específica sobre as preferências da mulher face as intervenções aplicadas durante o luto perinatal. Sugiro que o tema de investigação seja aprofundado para garantir que os cuidados prestados sejam de acordo com as escolhas e necessidades de cada mulher.

5. REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O Estágio de Natureza Profissional é, sem dúvida, uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional. As experiências ao longo dos diferentes contextos foi fundamental para implementar cuidados baseados em evidências atuais e contribuindo para a melhoria contínua na prestação de cuidados especializados.

Apesar do Relatório de Estágio abordar principalmente as competências específicas do EEESMO, destaco a relevância das competências comuns estabelecidas no Regulamento n.º 140/2019, uma vez que, ao longo do estágio as práticas foram centradas nos clientes, aplicando competências relacionada à responsabilidade profissional, deontológica, ética e legal.

Quanto ao Regulamento n.º 391/2019 (p.13561) relativas as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, define as competências do EEESMO como:

> "*cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional; cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós - natal; cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; cuida o grupo -alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.*"

O estágio iniciou-se no contexto do bloco de partos. O desenvolvimento de competências foi sustentado pelo Regulamento n.º 391/2019 em que o EEESMO:

> *"promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina; diagnostica*

precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido; providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto" (p.13563).

A experiência no bloco de partos foi marcada pelo desenvolvimento da minha autonomia e confiança. Numa fase inicial, sentia insegurança, contudo com a supervisão das tutoras adquiri confiança para atuar com eficácia. Sendo o parto um momento delicado em que a mulher pode sentir vulnerabilidade, o estágio consolidou a minha visão sobre a importância de um cuidado individualizado, centrado na mulher e na pessoa significativa que ela escolheu para acompanhá-la. Foi essencial criar um ambiente seguro, acolhedor e de estabelecer uma relação terapêutica impactando positivamente a vida destas famílias. Quando as parturientes apresentavam um plano de parto, procurei sempre validar com elas as informações registadas. Na ausência de registo escrito, procurei saber as preferências e as expectativas face ao seu parto.

O contexto clínico no bloco de partos, permitiu-me lidar com uma ampla variedade de casos clínicos, incluindo parturientes com diabetes gestacional, pré-eclampsia, hemorragia pós-parto, lacerações do III grau, distocia de ombros, processos de adoção, nó verdadeiro do cordão, nascimentos com a bolsa amniótica íntegra, entre outros.

O EEESMO desempenha um papel fundamental na promoção do vínculo afetivo entre o recém-nascido com a mãe e o pai imediatamente após o parto. Promovi o contacto pele com pele, a amamentação e o vínculo do recém-nascido com o pai, integrando o pai nos cuidados ao recém-nascido, em conformidade com as preferências que os clientes apresentavam.

Sempre que a condição do serviço o permitia, tive a oportunidade de acompanhar outra EEESMO nas urgências de obstetrícia que se encontrava na mesma ala. Considero esta oportunidade como positiva que me auxiliou a integrar o conhecimento do acompanhamento das mulheres desde o momento da admissão até ao momento do parto.

As estratégias não farmacológicas para lidar com a dor foram usadas para promover conforto à parturiente ao longo do trabalho de parto. Diante dos recursos limitados, adaptei-me às situações. São exemplos o uso de um lençol como rebozo e uma luva com água quente como recurso para lidar com a dor lombar.

O estágio no internamento do puerpério regeu-se pelo Regulamento n.º 391/2019 em que o EEESMO "*cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade"* (p.13563).

A transição para a parentalidade representa uma etapa significativa no ciclo de vida familiar, aguardado muitas vezes com grandes expectativas e alegria. No entanto, deparei-me que em muitas situações após o nascimento do filho, as mães e os pais enfrentam diversas dificuldades pelas quais não estavam preparados causando-lhes sentimentos de ansiedade. Procurei identificar as principais dificuldades e as necessidades de cada família. As dificuldades estavam muitas vezes interligadas à inexperiência dos pais, à falta de destreza ao realizar os cuidados e à sua autoeficácia. Durante o acompanhamento no puerpério, foi dado um foco especial em relação às competências parentais como a amamentação, higiene, transporte do recém-nascido e ao desenvolvimento de competências na promoção do vínculo entre o recém-nascido, a mãe e a pessoa significativa.

As dificuldades em lidar com o choro foram frequentemente mencionadas pelos pais como uma das principais preocupações no regresso a casa. Aproveitei esses momentos para implementar medidas de prevenção, explicando-lhes que o choro é um comportamento de comunicação expectável e natural nos primeiros meses de vida. Além de demonstrar técnicas para acalmar o bebé, consciencializei para a importância da divisão de tarefas e do apoio de outros familiares, com o intuito de reduzir o risco de comportamentos prejudiciais como o "*shaken baby syndrome*".

Relativamente ao papel do pai nos cuidados, algumas situações revelaram a minha atenção, nomeadamente pelo facto de a figura do pai ser secundária a nível da instituição hospitalar. Ora atualmente, sabe-se que os pais estão cada vez mais envolvidos e presentes nos cuidados com o filho, o que pode favorecer o desenvolvimento do recém-nascido e fortalecer o vínculo entre o pai e filho (Cardoso et al., 2024). Quando a mãe não pode estar presente no internamento do puerpério, o recém-nascido é transferido para a neonatologia, o que limita ao pai de assumir o seu papel de cuidador e o subvalorizando em relação à tríade mãe-pai-filho. Considero esta prática desfavorável na criação de laços afetivos e da partilha da responsabilidade do cuidar. Esta problemática deve-se pelo fato de que o pai não está formalmente registado no sistema informático, por consequente sugiro, que os sistemas hospitalares sejam mais flexíveis, permitindo aos pais uma maior valorização e envolvimento no processo do cuidar do seu filho.

O último contexto de estágio decorreu no serviço de grávidas de risco, em que o EEESMO "*cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno -fetal*" (Regulamento n.º 391/2019, p.13562).

Durante o internamento de grávidas, tive oportunidade de lidar com diversas patologias que justificaram o internamento nomeadamente: pré-eclampsia, diabetes gestacional, ameaça de parto pré-termo, restrição do crescimento intrauterino, colestase gravídica intra-hepática, retenção do ovo desvitalizado, abortos espontâneos, interrupção medica de gravidez, hiperémese gravídica, assim como trabalho de parto e indução do trabalho de parto. Esta diversidade permitiu-me desenvolver competências para promover a adaptação da mulher à gravidez com complicações e capacitando-a a identificar e a reagir aos sinais de alarme. Em cada turno avaliava-se os sinais vitais à grávida e realizava-se a cardiotocografia uma vez por turno, antes e após uma indução de trabalho de parto e sempre que o EEESMO avaliasse a sua necessidade.

Durante o processo de internamento, as visitas pelos clínicos eram conduzidas no gabinete de Enfermagem em colaboração com o EEESMO. Neste momento, dedicávamos a esclarecer as dúvidas que pudessem surgir, garantindo às grávidas uma compreensão do seu estado de saúde. Senti que este momento era favorável às mulheres e reforçou a importância da colaboração com a equipa multidisciplinar. No entanto, gostaria de destacar que, nesta visita, a grávida não tinha o direito de ter a pessoa significativa ao seu lado. Quando questionei o motivo desta restrição, fui informada que a decisão vinha dos clínicos, que optaram por não permitir a presença do acompanhante. Esta situação levou-me a refletir sobre o impacto de não ter ao seu lado uma pessoa da sua confiança e o impacto psicológico na grávida, assim como, o envolvimento do pai (se a mulher o desejar) no acesso às informações sobre a saúde do seu filho. Para o pai, pode ser percebida como uma falta de reconhecimento no seu papel parental e a sua exclusão, reforça a necessidade de reavaliar as políticas do serviço.

No internamento, a maioria das grávidas lidaram com a ansiedade pelas possíveis complicações. A carga emocional de estar num ambiente hospitalar, somada à incerteza sobre o futuro da gravidez, é um fator crítico que poderá influenciar seu processo adaptativo na transição para a parentalidade. A preparação para o parto e parentalidade são aspetos importantes para minimizar o impacto negativo no bem-estar psicológico da grávida.

Uma vez que a temática em estudo se encontrava relacionado com o luto perinatal, tive a oportunidade de assistir a momentos cujo desfecho foi menos positivo, fosse por interrupções médicas da gravidez ou abortos espontâneos. Nestes momentos tão delicados surgiu a importância do papel do EEESMO. Com o objetivo de apoiar os pais nesta situação difícil, procurei atuar de forma sensível e empática enquanto enfrentava as minhas próprias emoções.

A diversidade das situações enfrentadas proporcionou o desenvolvimento das competências para a assistência à mulher, ao recém-nascido e à família, a vigilância do trabalho de parto, assegurando intervenções seguras e com práticas baseada em evidência e adaptadas aos protocolos da instituição. Procurei momentos de reflexão com as tutoras que me proporcionaram

momentos de aprendizagem e me auxiliou a evoluir ao longo dos diferentes contextos.

Por momentos, enfrentei desafios que me fizeram questionar a minha capacidade de continuar. Lidar com personalidades diferentes das nossas em um ambiente de estágio foi uma fonte de *stress*. No entanto, ao refletir sobre as motivações que me trouxeram até aqui e o impacto positivo do meu trabalho com as famílias envolvidas, encontrei forças para perseverar e continuar.

6. REFLEXÃO FINAL

Este relatório de estágio representa a conclusão do MESMO que me proporcionou crescimento pessoal e profissional e no qual finalizo com gratidão e orgulho. Reflete algumas das experiências vividas durante os diferentes contextos de estágios, oferecendo-me a oportunidade de desenvolver competências técnicas, mas também momentos de reflexão.

Ao longo do estágio, estabelecer uma relação terapêutica destacou-se como um aspeto importante para mim, em que o apoio e a comunicação são valores que se destacaram no meu papel como aluna. O estágio também reforçou o meu compromisso em empoderar as mulheres nas suas diversas etapas do ciclo reprodutivo.

A realização deste relatório permitiu-me analisar e adquirir mais conhecimento da evidência científica na prestação de cuidados pelo EEESMO. As intervenções realizadas estiveram em conformidade com a evidência atual, contudo algumas práticas foram realizadas com base nas orientações de outros profissionais de saúde. A formação contínua nos locais de trabalho seria um contributo para sensibilizar e promover mudanças de comportamentos, contribuindo para experiências de parto positivas nas mulheres.

A revisão de literatura permitiu ganhar conhecimento acerca do luto perinatal e reforçou a necessidade de evoluir na abordagem da perda, particularmente no que se refere a respeitar às escolhas individuais de cada mulher e de uma relação empática. O luto perinatal é um processo doloroso, independentemente das diferenças culturais, como evidenciado no estudo na Nigéria. O contexto cultural influenciou o apoio dado pelos profissionais de saúde, em que as mulheres relataram como tendo dificultado o seu processo de luto.

Por outro lado, ao longo dos estágios, em Portugal foi possível observar uma prática pelo EEESMO mais humana, em que os profissionais de saúde oferecem escolhas e respeitem a mulher relativamente a sua forma de encarar o luto. Considerei estes cuidados fundamentais como forma de apoiar e valorizar a

perda das mulheres. No entanto, senti falta de informações mais detalhadas relacionadas a realização das cerimónias fúnebres não se verificando recursos de apoio para fornecer indicações sobre esta situação. Na comparação destas duas realidades, torna-se evidente que, é possível oferecer apoio e empatia nos momentos de perda, quando as intervenções não são focadas apenas nas necessidades físicas da mulher.

O EEESMO pode adotar estratégias que facilitam a vivência da perda. Destaco o plano de parto adaptado ao luto, com o objetivo de empoderar e respeitar as necessidades de cada família nos seus diferentes contextos religiosos e culturais. Este plano pode incluir a criação de memórias, como fotografias, impressões de pegadas ou o corte de uma madeixa de cabelo, bem como rituais de despedida que os pais desejem realizar e o contacto com o bebé.

Destaca-se outro aspeto, como a criação de espaços adaptados, que proporcionem um ambiente acolhedor e isolado de choro de recém-nascido, monitorização por cardiotocografia e imagens alusivas ao parto, assim como, permitir aos pais momentos de contacto com o recém-nascido. A utilização de um símbolo diferenciador na porta do quarto que seja reconhecível por todos os profissionais, pode ser outra ferramenta para garantir que todos os profissionais reconheçam a situação e adotem uma abordagem empática e alinhada com as necessidades da família.

O EEESMO também se destaca ao atuar na continuidade dos cuidados, como elo de ligação entre os diferentes profissionais de saúde, garantindo apoio às famílias ao longo do processo de luto.

Por último, considero que este percurso permitiu-me desenvolver as competências comuns e especificas inerentes à prática do EEESMO e encerra um capítulo da minha vida com a consciência que a formação não termina com a conclusão do ciclo académico.

O Apêndice II contém informações sobre o registo global das experiências clínicas ao longo do ano letivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAP Committee on Fetus and Newborn, ACOG Committee on Obstetric Practice, Kilpatrick, S. J., Papile, L., Macones, G. A., & Watterberg, K. L. (2017). *Guidelines for perinatal care*. American Academy of Pediatrics.

Abdala, L. G., & Cunha, M. L. C. da. (2018). Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida. *Clinical & Biomedical Research, 38*(4), 356–360. https://doi.org/10.4322/2357-9730.82178.

Ashley, T. (2021). Miscarriage, Stillbirth, and Perinatal Death: Psychosocial Aspects. *CINAHL Nursing Guide*.

Ayres de Campos, D.; Pinto, L. (2022) Protocolos de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. (1ª ed.) Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.

Azeez, S., Obst, K. L., Due, C., Oxlad, M., & Middleton, P. (2022). Overwhelming and unjust: A qualitative study of fathers' experiences of grief following neonatal death. *Death Studies*, *46*(6), 1443–1454. https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2030431.

Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales - Self-efficacy beliefs of adolescents (pp. 307–337). https://api.semanticscholar.org/CorpusID:10277490.

Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. (2009). World Health Organization. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23926623/.

Berghella, V., & Saccone, G. (2019). Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2019*(9), CD007235. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007235.pub4.

Bonapace, J., Gagné, G. P., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, S. (2018). No. 355 - Physiologic basis of pain in labour and delivery: An evidence-based approach to its management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 40*(2), 227–245. https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.08.003.

Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. D. A., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade, 5*(11), 121. https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220.

Buckley, S., Uvnäs-Moberg, K., Pajalic, Z., Luegmair, K., Ekström-Bergström, A., Dencker, A., Massarotti, C., Kotlowska, A., Callaway, L., Morano, S., Olza, I., & Magistretti, C. M. (2023). Maternal and newborn plasma oxytocin levels in response to maternal synthetic oxytocin administration during labour, birth and postpartum: A systematic review with implications for the function of the oxytocinergic system. *BMC Pregnancy & Childbirth, 23*(1), 1–56. https://doi.org/10.1186/s12884-022-05221-w.

Cacciatore J, & Bushfield S. (2007). Stillbirth: the mother's experience and implications for improving care. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, *3*(3), 59–79. https://doi.org/10.1300/J457v03n03_06.

Calais-Germain, B., & Parés, N. V. (2009). Bouger en accouchant: Comment le bassin peut bouger lors de l'accouchement (pp. 114–145). Paris. ISBN 978-2-9154418-36-1.

Cardoso, A. M. R. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai – Estudo sobre a avaliação das competências parentais* [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. http://hdl.handle.net/10400.14/20745.

Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2023). *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.

Cardoso, A., Capela, P., Carvalho, U., Albergaria, E., & Figueiredo, A. (2023). *Guia orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (de baixo risco)*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.

Cardoso, A., Soares, A., Sousa, B., Oliveira, M., Chaves, S., & Carvalho, J. (2024). *Guia orientador de boas práticas: Adaptação à parentalidade*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., & Hoffman, B. L. (2016). *Williams obstetrics* (24ª ed.). McGraw-Hill Education.

Da Silva Lopes, K., Takemoto, Y., Ota, E., Tanigaki, S., & Mori, R. (2017). Bed rest with and without hospitalisation in multiple pregnancy for improving perinatal outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD012031. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012031.pub2

Delayed umbilical cord clamping after birth: ACOG Committee Opinion summary, number 814. (2020). *Obstetrics & Gynecology*, *136*(6), 1238–1239. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004168

Escola Superior de Enfermagem. *Regulamento do Segundo Ciclo de Estudos*. Porto, 2019

Figueiras, C. I. S. (2018). *A promoção do contacto pele a pele: Uma competência do EEESMO* (Relatório de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. http://hdl.handle.net/10400.26/28385

Flenady, V., Oats, J., Gardener, G., Masson, V., McCowan, L., Kent, A., Tudehope, D., Middleton, P., Donnolley, N., Boyle, F., Horey, D., Ellwood, D., Gordon, A., Sinclair, L., Humphrey, M., Zuccollo, J., Dahlstrom, J., Mahomed, K., Henry, S., & Khong, Y., for the PSANZ Care Around the Time of Stillbirth and Neonatal Death Guidelines Group. (2020). *Clinical*

practice guideline for care around stillbirth and neonatal death (Version 4.3). NHMRC Centre of Research Excellence in Stillbirth. https://sanda.psanz.com.au/assets/Uploads/Section-1-Overview-V4.3-6.01.2020.pdf

Golan, A., & Leichtentritt, R. D. (2016). Meaning reconstruction among women following stillbirth: A loss fraught with ambiguity and doubt. *Health & Social Work, 41*(3), 147–154. https://doi.org/10.1093/hsw/hlw007

Hurtado-Sánchez, M. F., Pérez-Melero, D., Pinto-Ibáñez, A., González-Mesa, E., Mozas-Moreno, J., & Puertas-Prieto, A. (2021). Characteristics of heart rate tracings in preterm fetus. *Medicina, 57*(528). https://doi.org/10.3390/medicina57060528

ICNP Browser. (2019). ICN - International Council of Nurses. https://www.icn.ch/icnp-browser

Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estatísticas da saúde: 2021*. Lisboa: INE. https://www.ine.pt/xurl/pub/11677508

Ionescu, O. M., Mehedintu, C., Dumitrascu, M., Sandru, F., Edu, A., Conci, S., Isopescu, F., Mateescu, R., Carp-Veliscu, A., & Plotogea, M. (2021). Cardiotocography in preterm birth. *Romanian Journal of Medical Practice, 16*, 8–10. https://doi.org/10.37897/RJMP.2021.S6.2

Iravani, M., Faal Siahkal, S., Bahmaei, H., Beheshti Nasab, M., Ghanbari, S., Askari, S., & Zahedian, M. (2023). The efficacy of maternal lateral decubitus position during labor in correcting fetal occiput posterior position and childbirth outcomes: A systematic review. *Journal of Midwifery and Reproductive Health, 11*(3), 3759-3766. https://doi.org/10.22038/JMRH.2022.63293.1821

Koch, M. C. M. P. (2014). *Ultrapassar a perda involuntária da gravidez: Um modelo de intervenção de enfermagem* (Tese de doutoramento,

Universidade Católica Portuguesa). Repositório Científico de Acesso Aberto. http://hdl.handle.net/10400.14/18293

Kuforiji, O., Mills, T. A., & Lovell, K. (2023). Women's experiences of care and support following perinatal death in high burden countries: A metasynthesis. *Women and Birth*, *36*(2), e195-e202.

Kuforiji, O., Mills, T. A., & Lovell, K. (2024). An exploration of women's lived experiences of care and support following perinatal death in South-Western Nigeria: A hermeneutic phenomenological study. *Women & Birth*, *37*(2), 348–354. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.11.004

Levy, N. (2018). Legal issues. Administration of medication: Oxytocin. *CINAHL Nursing Guide*.

Lowdermilk, D., & Perry, S. (2009). *Enfermagem na maternidade*. Loures: Lusodidacta.

Machado, A. M. S. (2012). *Epidemiologia da ameaça de parto pré-termo e do trabalho de parto pré-termo*.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*.

McLean, E., Singer, J., Laurita, E., Kahler, J., Levin, C., & Papa, A. (2022). Perception of grief responses: Are maladaptive grief responses and the stages of grief considered normal? *Death Studies, 46*(6), 1414–1423. https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1983890

Nurmaliza, L., Lubis, R. C., & Muryani, M. (2023). The relationship between knowledge and attitudes of postpartum mothers regarding vulva hygiene and prevention of perineal wound infections at the Sulastri Clinic. *International Journal of Public Health Excellence (IJPHE), 3*(1), 460–470. https://doi.org/10.55299/ijphe.v3i1.744

Neal, P. (2024). Administering IV oxytocin. *CINAHL Nursing Guide*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados: EESMO*. https://ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf;sequence=12.

Peesay, M. (2017). Nuchal cord and its implications. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology, 3*, 28. https://doi.org/10.1186/s40748-017-0068-7

Pinto, R. P. S. (2019). *Pré-eclâmpsia: Uma revisão das atuais e novas estratégias de rastreio e prevenção* (Tese de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto. https://hdl.handle.net/10316/89950

Popoola, T., Skinner, J., & Woods, M. (2022). Beliefs and strategies for coping with stillbirth: A qualitative study in Nigeria. *Bereavement: Journal of Grief & Responses to Death*, *1*, 1–11.

Popoola T, Skinner J, & Woods M. (2024). “Every Woman Wants to Know What Came out of Her Body”: Grief Experiences of Women After Stillbirth in Nigeria. *Omega*, *88*(4),1275–1289. https://doi.org/10.1177/00302228211051823

Practice Bulletin No. 171: Management of preterm labor. (2016). *Obstetrics & Gynecology, 128*(4), 931–933. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001702.

Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. (2017). *Obstetrics & Gynecology, 130*(4), 168-e186. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002351.

Prevention of Group B Streptococcal early-onset disease in newborns: ACOG committee opinion summary, Number 797. (2020). *Obstetrics and Gynecology, 135*(2), 489–492. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003669.

Qian, J., Sun, S., Wu, M., Liu, L., Yaping, S., & Yu, X. (2021). Preparing nurses and midwives to provide perinatal bereavement care: A systematic scoping review. *Nurse Education Today, 103*, 104962. https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2021.104962.

Qian, J., Sun, S., Wang, M., Liu, L., & Yu, X. (2022). Effectiveness of the implementation of a perinatal bereavement care training programme on nurses and midwives: Protocol for a mixed-method study. *BMJ Open, 12*(8). BMJ Publishing Group. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059660.

Razeq, N. M. A., & Al-Gamal, E. (2018). Maternal Bereavement: Mothers' Lived Experience of Losing a Newborn Infant in Jordan. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, *20*(2), 137–145. https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000417.

Rich, T. M., Hill, A., & Billings, J. A. (2018). Naming the Stillborn Baby. *International Journal of Childbirth Education*, *33*(4), 39–40

Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. (2020). *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica* (1st ed., pp. 142-147). Lidel.

Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. (2020). *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica* (1st ed., pp. 162-168). Lidel.

Smith, N. (2024). Encouraging Parent-Newborn Bonding. *CINAHL Nursing Guide*.

Sriarporn, P., Turale, S., Lordee, N., Liamtrirat, S., Hanpra, W., & Kanthino, A. (2017). Support program for women suffering grief after termination of pregnancy: A pilot study. *Nursing & Health Sciences*, *19*(1), 75–80. https://doi.org/10.1111/nhs.12307.

Tavares de Souza, M., Dias da Silva, M., & de Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: O que é e como fazer? *Integrative Review: What is it? How to do it? Revista Brasileira de Enfermagem, 8*(1). https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134.

Tyrrell, P., Harberger, S., Schoo, C., & Siddiqui, W. (2023). Kubler-Ross stages of dying and subsequent models of grief. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Rashidi, M., Maier, E., Dekel, S., Sütterlin, M., Wolf, R. C., Ditzen, B., Grinevich, V., & Herpertz, S. C. (2022). Peripartum effects of synthetic oxytocin: The good, the bad, and the unknown. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 141,* 104859. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104859.

Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. (2019). *Diário da República, n.º 26, Série II de 2019-02-06*.

Regulamento n.º 391/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. (2019). *Diário da República, n.º 85, Série II de 2019-05-03*.

Van P. (2001). Breaking the silence of African American women: healing after pregnancy loss. *Health Care for Women International*, *22*(3), 229–243. https://doi.org/10.1080/07399330120995.

Widström, A.-M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth: Underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica, 108*(7), 1192–1204. https://doi.org/10.1111/apa.14754.

Wilson, P. A., Boyle, F. M., & Ware, R. S. (2015). Holding a stillborn baby: The view from a specialist perinatal bereavement service. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology, 55*(4), 337–343. https://doi.org/10.1111/ajo.12327.

World Health Organization. (2006). *Neonatal and perinatal mortality: Country, regional and global estimates*. https://iris.who.int/handle/10665/43444.

World Health Organization. (2014). *Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes*. https://iris.who.int/handle/10665/148793.

World Health Organization. (2015). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. https://iris.who.int/handle/10665/183037.

World Health Organization, United Nations Population Fund, & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2017). *Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors* (2nd ed.). https://iris.who.int/handle/10665/255760.

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. https://iris.who.int/handle/10665/260178.

World Health Organization. (2022). *Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. World Health Organization.

Woten, M. (2021). Mother-infant attachment in the neonatal intensive care unit: Supporting. *CINAHL Nursing Guide*.

World Health Organization. (2024, March 14). Newborn mortality. *Newborn mortality* (who.int).

APÊNDICES

APÊNDICE I - ANÁLISES DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO

Nome do Autor(es) / Ano	Título	Objetivos	Metodologia	Resultados / Conclusões
Omotewa Kuforiji, Tracey Mills, Karina Lovell. 2024.	An exploration of women's lived experiences of care and support following perinatal death in South-Western Nigeria: A hermeneutic phenomenological study.	Explorar as experiências vividas por mulheres em relação ao cuidado e apoio após a morte perinatal no sudoeste da Nigéria.	Método qualitativo com recurso a fenomenologia heideggeriana. Participaram 14 mulheres entre 22 e 41 anos com diferentes níveis de escolaridade que viveram uma morte perinatal nos últimos cinco anos com recurso a entrevistas por telefone. Para a análise de dados foi utilizado a abordagem de Van Manen.	O relato *"they did not tell me the baby died"* destaca a falta de comunicação por parte dos profissionais de saúde e dos parceiros. Foi comum nos partos por cesariana, as mulheres serem informadas de que o bebé tinha sido transferido para os cuidados neonatais, para evitar que insistissem em ver o bebé. Quando a morte ocorria durante o parto, as mães percebiam a situação pela ausência do choro do bebé ou pelas manobras de reanimação. As mulheres que foram informadas sobre o prognóstico desfavorecido do bebé antes do parto relataram sentir-se emocionalmente preparadas no momento do nascimento. Enquanto outras, expressaram ansiedade e

				angústia, desejando ser informadas imediatamente sobre a morte do filho. Alguns profissionais de saúde obrigaram algumas mães a ver e segurar o bebé, apenas para confirmar a sua identidade, em vez de oferecer apoio para lidar com o luto. Em alguns casos, os parceiros e familiares impediram o contato com o bebé devido a crenças culturais que desaconselhavam tal interação, considerando-a um tabu ou um mau presságio. Muitas mães não estiveram envolvidas ou presentes nas cerimónias fúnebres dos filhos, o que gerou angústia. O artigo refere que as mulheres sentiram a falta de apoio e que os profissionais de saúde estavam mais focados nas práticas hospitalares do que na prestação de cuidados e que o apoio que receberam foi predominante de familiares.

				As consultas no pós-parto estavam centradas na saúde física, sem considerar o bem-estar emocional das mulheres.
Tosin Popoola, **Joan Skinner,** **Martin Woods.** **2022.**	Beliefs and Strategies for Coping with Stillbirth: A Qualitative Study in Nigeria.	Descrever como as crenças tradicionais e religiosas moldam a experiência de mulheres que viveram um luto perinatal e as estratégias utilizadas para lidar com o luto.	O estudo usou uma abordagem qualitativa fenomenográfica. Entrevistas semiestruturadas a 20 mulheres com nado-morto a partir das 28 semanas de gestação e uma segunda fase com um grupo de discussão com 7 mulheres. Os dados foram registados, transcritos e analisados manualmente.	As crenças sobre a causa do nado-morto variavam de explicações religiosas, superstições e tabus, como a ideia de que algumas crianças são "Abiku", ou seja, nascidos para morrer. As mães não questionam essas crenças, muitas vezes aceitando a perda como vontade divina ou resultado de forças espirituais. As estratégias para lidar com o luto, foi a fé as ajudou a aceitar a perda. A contenção das emoções gerada pelas normas sociais impede muitas mulheres de expressar o seu luto contribuindo para um luto prolongado. O estudo destaca como, na cultura iorubá, a perda de um bebé é frequentemente normalizada e marcada por uma "cultura de silêncio". A falta de rituais apropriados para o luto e a rejeição de

				emoções refletem normas sociais enraizadas. A crença de que o nado-morto pode trazer má sorte ou reincarnar reforça essa desconexão entre a mãe e o bebé. O estudo sugere que os profissionais de saúde precisam ser mais sensíveis às crenças religiosas e culturais dessas mães, devendo criar espaços para que essas mulheres expressem as suas emoções sem julgamentos. O estudo permitiu às mulheres falarem sobre a perda ao pormenor. A maioria dos bebés faleceram no parto e foram imediatamente separados das mães e estas não sabem as causas da morte. Os profissionais de saúde estão conscientes do *coping* religioso.

Paulina Van. **2001.**	Breaking the Silence of African American Women: Healing After Pregnancy Loss	Descrever as estratégias das mulheres para superarem a perda de um filho.	Estudo qualitativo, com 10 mulheres afro-americanas que viveram perdas gestacionais ou neonatais. As participantes foram recrutadas por meio de uma amostra de conveniência e entrevistadas com perguntas abertas, sendo utilizado o método de teoria fundamentada para a análise dos dados.	As estratégias de *coping* mencionadas pelas participantes foram agrupadas em quatro categorias principais: "*Putting It Aside"*: muitas mulheres evitam pensar na perda, pela falta de reconhecimento social e pela dor que lhes causa. "*There Was a Purpose":* atribuir um propósito à perda, como uma preparação para futuros desafios pessoais ou profissionais. "*Heal Yourself*": as participantes do estudo relatam um processo interno de cura, que as incentivava a tomar medidas ativas para enfrentar o luto, como mudanças no estilo de vida ou práticas espirituais. *"He's in a Good Place*": encontraram conforto na crença de que seus bebés estavam em um lugar seguro, sendo cuidados por entes queridos falecidos.

				Identificar um objetivo para a experiência da perda foi útil no processo de luto.
Patricia Wilson, **Frances Boyle,** **Robert Ware.** **2015.**	Holding a stillborn baby: the view from a specialist perinatal bereavement servisse.	Descrever as experiências de pais que passaram pelo luto perinatal ao terem contacto com seus filhos nado-mortos em um hospital com um serviço especializado de apoio ao luto.	Estudo de coorte prospectivo com 26 mães e 11 pais que perderam seus filhos entre setembro de 2007 e dezembro de 2008. A colheita de dados foi através de questionários de autorrelato que foram enviados aos pais 6-8 semanas, 6 meses e 13 meses após a perda, utilizando medidas validadas para avaliar o arrependimento, o luto parental e a saúde mental.	A maioria das mães (20) e dos pais (9) escolheram ver e segurar seus bebés nado-mortos e o arrependimento foi baixo independentemente da decisão. Para as mães, segurar o bebé estava associado a um luto mais intenso nos três momentos medidos, mas não a piores resultados de saúde mental. Os pais que seguraram o bebé apresentaram pior saúde mental em comparação com os que não seguraram, mas os dados dos pais são limitados devido ao pequeno número de participantes. A experiência de segurar o bebé nado-morto pode intensificar o luto sem necessariamente comprometer a saúde mental das mães. Para os

				pais, as implicações ainda são pouco claras, sugerindo a necessidade de mais estudos. A decisão de ver e segurar o bebé deve ser apoiada, com orientação cuidadosa por parte dos profissionais de saúde, respeitando os valores e preferências dos pais. O estudo destaca a necessidade de uma assistência ao luto que ofereça apoio na tomada de decisão dos pais.
Aiya Golan, **Ronit Dina Leichtentritt.** **2016**	Meaning Reconstruction among Women following Stillbirth: A Loss Fraught with Ambiguity and Doubt	O objetivo deste estudo foi examinar o significado que as mulheres que viveram um luto perinatal atribuem à sua	Pesquisa qualitativa baseada na fenomenologia com uma abordagem descritiva que visa entender como essas mulheres atribuem significado à sua perda e ao "figura perdida." A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas com 10	Os resultados mostram que as mulheres têm perceções variadas sobre a figura perdida, alternando entre referir-se a ela como "bebé" ou "feto". Essa ambiguidade é exacerbada por um ambiente social que minimiza a importância da perda, levando as mulheres a questionarem suas próprias perceções e identidades maternas. O artigo sugere que os profissionais que lidam com essas mulheres devam reconhecer a

		perda e à figura perdida.	mulheres que viveram a morte fetal em Israel. Cada entrevista foi gravada e transcrita.	ambiguidade da perda e oferecer apoio que valide as suas experiências e sentimentos; que as mulheres sejam informadas sobre a perda e as opções disponíveis para lidar com o luto.
Nadin Abdel Razeq, **Ekhlas Al-Gamal.** **2018.**	Mothers' Lived Experience of Losing a Newborn Infant in Jordan	Entender a experiência de luto e os significados associados vividos por mães que perderam seus recém-nascidos nas Unidades de Terapia Intensiva	Estudo qualitativo com abordagem fenomenológica descritiva. Entrevistas semiestruturadas realizadas nas residências das participantes com 12 mulheres. Limitações: tamanho reduzido da amostra.	*Longing and Grieving* (Saudade e Luto): descreve as respostas emocionais das mães à perda. *Adaptive Work of Coping* (Estratégias de *Coping* ao Luto): reflete como as mães internalizam significados para lidar com a perda. *Moving Forward but With a Scar* (Seguir em Frente, mas com uma Cicatriz): mostra como as mulheres continuaram as suas vidas carregando as memórias inesquecíveis da perda do recém-nascido. As autoras destacam a importância de apoio ao luto logo após a notícia da morte do recém-

		Neonatal na Jordânia.		nascido, com uma atenção aos significados atribuídos pela mãe à perda. Os profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, devem apoiar nas crenças religiosas e espirituais e as estratégias de *coping* das mães em luto.
Telvis Rich, Anthony Hill, **Jason Billings.** **2018.**	Naming the Stillborn Baby.	Mencionar a importância de nomear o bebé nado-morto e o impacto desse ato no processo de luto para os pais.	Estudo descritivo, baseado em uma revisão da literatura. Foram utilizados estudos anteriores sobre luto, espiritualidade, e a experiência de perda gestacional, incluindo referências de organizações como a OMS e relatos de estudos qualitativos.	Importância de Nomear: nomear o bebé nado-morto é visto como uma forma de reconhecimento e de conexão, ajudando os pais a validarem a existência e a memória do bebé. Efeitos Positivos: ajudou na transição dos termos médicos "feto" para "bebé", fortalecendo o vínculo dos pais com o nado-morto e auxiliando no processo de luto. *Coping:* foi considerado uma estratégia, permitindo que os pais lidem com a transição do bebé e processem a perda.

				O artigo conclui que nomear o bebé nado-morto não só reconhece a existência do bebé, mas também proporciona um meio para os pais e familiares lidarem com a dor da perda. Recomenda que os profissionais de saúde incentivem essa prática, proporcionando apoio emocional aos pais durante o processo de luto.
Punpilai Sriarporn, **Sue Turale, Nuananong Lordee,** **Sawanee Liamtrirat,** **Wasana Hanpra,** **Authid Kanthino.**	Support program for women suffering grief after termination of pregnancy: A pilot study	Programa que visa ajudar os participantes a facilitar o processo de luto, reconhecer o luto, assegurar aos e satisfazer as necessidades específicas de	Estudo piloto com um grupo único, com desenho de pré-teste e pós-teste com 30 mulheres tailandesas que passaram por interrupção médica da gravidez na Tailândia. Houve quatro fases de contato com as participantes: logo após a interrupção, 24 horas, 3 dias e 7 dias depois. O programa abordou temas como as	As participantes mostraram uma diminuição significativa nos níveis de luto após o programa de apoio ao luto, passando de níveis moderados a severos para moderados a leves. As mulheres relataram sentir apoio tanto dos profissionais de saúde quanto dos seus familiares, especialmente através de práticas culturais. O programa ajudou a aumentar a aceitação da perda e melhorar o controlo emocional, mostrando-se eficaz em fornecer apoio em

2017		cada participante.	condições físicas do feto, o processo de luto e apoio fornecido.	situações de luto após a interrupção médica da gravidez O estudo sugere que programas de apoio personalizados, alinhados com a cultura e as crenças religiosas das participantes, podem ser eficazes para ajudar mulheres a lidar com o luto após a interrupção médica da gravidez.
Joanne Cacciatore, **Suzanne Bushfield.** **2007.**	Stillbirth: The Mother's Experience and Implications for Improving Care	Compreender as experiências de mulheres que tiveram uma perda gestacional e explorar o que elas consideraram útil no processo de	Estudo qualitativo baseado em entrevistas com 47 mulheres entre 19 e 51 anos, que relataram as suas experiências de perda gestacional. A pesquisa utilizou uma abordagem fenomenológica.	O estudo enfatiza que, o apoio psicológico e social oferecido às mães após a perda é inconsistente e muitas vezes inadequado. O artigo destaca que muitas mães não recebem o apoio necessário para lidar com o luto e que a falta de orientação durante o período hospitalar pode agravar a dor relativa à perda. Validação e Apoio Social: as participantes destacaram que o apoio, especialmente de grupos com outras mães que passaram pela mesma experiência, foi essencial para facilitar o

		luto e como a experiência as transformou.		processo de luto. Elas sentiam que as suas emoções eram validadas. Isolamento Social: Muitas mães expressaram que o luto por um nado-morto é frequentemente ignorado ou minimizado pela sociedade, levando a um sentimento de isolamento. Elas sentem que o seu sofrimento é desconsiderado porque a perda do bebé não é vista como uma "morte de verdade". Mudanças Pessoais e Espirituais: o luto por um nado-morto transformou muitas das mães, mudando suas visões sobre a vida e levando algumas a se orientarem em atividades de apoio a outras mães em luto. Intervenções personalizadas: cada mulher tem necessidades únicas no seu processo de luto e o artigo sugere que os profissionais devem estar

				atentos a essas especificidades, oferecendo apoio contínuo, mesmo após a alta hospitalar.
Omotewa Kuforiji, **Tracey Mills,** **Karina Lovell.** **2023.**	Women's experiences of care and support following perinatal death in high burden countries: A metasynthesis	Examinar as experiências das mulheres em países com alta mortalidade perinatal e desenvolver compreensão sobre as experiências dessas mulheres, identificando as lacunas no apoio fornecido tanto pelos profissionais	Metasíntese que incluíram oito estudos qualitativos de países da África Subsaariana e do Sul da Ásia, utilizando metodologia descritiva e interpretativa.	As mães expressaram emoções negativas, como culpa, dor psicológica e confusão. Elas descreveram a experiência da morte perinatal como uma jornada sem recompensa, onde o esforço da gestação foi em vão. A falta de reconhecimento da morte por parte da sociedade e dos profissionais de saúde agravou essas emoções. O apoio fornecido por profissionais de saúde foi percebido como inadequado ou inexistente. Muitas mães relataram que os profissionais, especialmente os médicos, eram distantes e insensíveis. Houve poucos exemplos de interações significativas, como reforço positivo ou separação de mães com perda gestacional das mães com bebés vivos e na maioria dos

		de saúde quanto por familiares. Explora as estratégias de *coping* adotadas pelas mães na ausência de apoio adequado.		casos, as mães foram deixadas para processar a perda sozinhas. Na ausência de apoio, as mulheres adotaram estratégias pessoais para lidar com a perda. Algumas recorreram à aceitação, acreditando que era "a vontade de Deus". Outras focaram nos filhos vivos ou tentaram evitar falar ou pensar sobre a perda, frequentemente motivadas por pressões familiares ou culturais. A combinação de fatores culturais e institucionais contribuíram para o sofrimento emocional. A falta de reconhecimento social da morte perinatal, combinada com a ausência de apoio psicológico e informações por parte dos profissionais de saúde, resultou em um sentimento de isolamento entre as mães. A ausência de orientação e informações sobre o que causou a morte dos bebés deixou as mães confusas e culpando-se a si mesmas.

				A falta de estrutura e reconhecimento sobre como abordar essas mortes, amplia o impacto negativo na saúde mental das mães. A necessidade de *guidelines* e intervenções específicas para apoiar essas mulheres é necessária. O estudo também sugere que mais pesquisas são necessárias para entender como os profissionais de saúde podem melhorar a sua abordagem ao luto perinatal e como as comunidades possam ser capacitadas para fornecer apoio psicológico adequado. O sentimento de culpa foi aumentado quando outros, como profissionais de saúde ou familiares, culparam as mulheres pela morte do bebé, por ações que podem ter ou não tomado durante a gravidez ou durante o trabalho de parto.

Tosin Popoola, **Joan Skinner,** **Martin Woods.** **2022.**	Every Woman Wants to Know What Came out of Her Body': Grief Experiences of Women After Stillbirth in Nigeria	Descrever as experiências ao luto de mulheres, destacando a necessidade de ver e interagir com o bebé. Descreve as dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde e as respostas emocionais e psicológicas ao luto.	Abordagem qualitativa descritiva, com entrevistas semiestruturadas presenciais conduzidas com 20 mulheres entre 22 e 44 anos em Saki, sudoeste da Nigéria em 2017. As entrevistas foram transcritas e analisadas.	As participantes relataram sentir-se "no escuro" sobre a morte dos seus bebés. Os profissionais de saúde frequentemente evitavam ou atrasavam o diagnóstico de nado-morto, deixando as mães ansiosas e desorientadas. A comunicação com os profissionais de saúde foi marcada por informações falsas e algumas mulheres relataram ser enganadas até que um familiar lhes revelou a verdade. Todas as mulheres descreveram sentir dor psicológica e mencionam que a perda de um filho não pode ser tratada como uma dor física, pois é uma ferida emocional que permanece. As mulheres experimentaram tristeza, culpa e choque após o nascimento do filho. A maioria das mulheres relatou sentir culpa pela morte do seu filho, acreditando que poderiam ter feito algo para evitar a tragédia. O choque e a confusão também foram reações comuns,

				especialmente porque a morte do bebé frequentemente foi inesperada. Muitas mulheres encontraram consolo na por sua própria vida. Em uma sociedade onde a mortalidade materna é alta, sobreviver ao parto era visto como algo pelo qual deviam ser gratas, o que as ajudou a lidar com a perda. Mesmo assim, muitas relataram reviver o luto ao ver crianças de outras mães. A falta de oportunidade ter contacto com o bebé foi significativa para as mulheres. De acordo com a sua cultura, as mães com filhos nado-mortos são separadas imediatamente após o parto e as tradições impedem-nas de guardar memórias do bebé, como fotografias ou impressões das pegadas. Combinado com práticas hospitalares inadequadas, aumentou o sofrimento dessas mulheres.

				A análise também destacou que a maioria das mulheres foi deixada a lidar com sua dor sozinha, sem o apoio adequado dos profissionais de saúde, que, muitas vezes, seguiam tradições culturais sem considerar as necessidades individuais das mães. O estudo conclui que, apesar das diferenças culturais, o impacto emocional do nado-morto é profundo para as mulheres iorubá e a falta de apoio agravou a dor que sentiam. O estudo sugere a necessidade de melhorar o cuidado com o luto perinatal na Nigéria, com formações para profissionais de saúde que lidam com o luto, a fim de atender melhor às necessidades individuais das mulheres, em vez de seguir normas culturais tradicionais.

APÊNDICE II – REGISTO GLOBAL DAS EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL		ASSISTÊNCIA INTRAPARTO										ASSISTÊNCIA PÓS-PARTO			
Gravidez e adaptação à gravidez	Gravidez com complicações	Parto de baixo risco	Parto de risco	Episiotomia		Laceração		Episiorrafia	Parto pélvico		Partos assistidos	Puérperas de baixo risco	Puérperas de risco	Recém-nascidos sem necessidades especiais	Recém-nascidos com necessidades especiais
				com	sem	com	sem		Contexto Clínico	Simulação					
145	142	27	15	13 (incluem 10 realizadas nos partos distócicos)	39	27	12	27	0	2 (1 nas aulas práticas da ESEP e 1 em formação externa)	10	120	51	72	43