



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A Perda Gestacional na Perspetiva do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Ana Margarida Pereira Morim

Viana do Castelo, outubro de 2024



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A Perda Gestacional na Perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio de Natureza Profissional de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo no âmbito do Consórcio com o Instituto Politécnico de Bragança e da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, ao abrigo do Despacho nº 12705/2022 em Diário da República, 2ª série — N.º 211 — 2 de novembro de 2022.

Ana Margarida Pereira Morim

Orientadora: Maria Conceição Moreira Freitas

Especialista na Área Científica de Enfermagem, professora adjunta na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo

Viana do Castelo, outubro de 2024

Morim, A.M.P (2024). *Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional: A Perda Gestacional na perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Viana do Castelo: [s.n.]. Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.

Trabalho expressamente elaborado como relatório de estágio original, para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, apresentado na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

Palavras-chave: aborto; morte fetal; experiências; perspetivas; enfermeiros obstétricos; saúde materna.

A seguinte parte do presente RENP foi apresentada:

Morim, A.M.P., & Moreira-Freitas, C. (2024/05/21). Perda Gestacional na perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: Protocolo de uma *Scoping Review*. [comunicação oral]. I Jornadas Perda Gestacional: reconhecer, cuidar e ressignificar, Porto.

A seguinte parte do presente relatório ENP foi publicada:

Morim A.M.P., & Moreira-Freitas, C. (2024). Perda Gestacional na perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: Protocolo de uma *Scoping Review*. *Studies in Health Sciences*, v.5, n.3, p.01-13. <https://doi.org/10.54022/shsv5n3-001>.

Dedico este trabalho à minha família, por todo o apoio e carinho que sempre me proporcionaram em todos os momentos da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A realização deste Relatório de Estágio de Natureza Profissional contou com o apoio e a colaboração de várias pessoas e instituições às quais expresso o meu profundo agradecimento.

Agradecer primeiramente, aos docentes e funcionários da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, com os quais tive o prazer de contactar, mas também a todos os docentes do Consórcio deste mestrado, em especial às professoras Conceição Freitas e Andreia Gonçalves, por todo o apoio demonstrado e conhecimentos transmitidos ao longo destes dois anos intensos.

Um agradecimento particular à Professora Conceição Freitas, pela orientação, e constante apoio e motivação durante todo o processo de elaboração deste trabalho.

A todos os enfermeiros especialistas que me orientaram durante este percurso, o meu sincero reconhecimento pelo profissionalismo, paciência e dedicação. A vossa orientação prática e os ensinamentos compartilhados foram essenciais para o desenvolvimento das minhas competências profissionais, mas também pessoais.

A todas as mulheres e famílias, em particular àquelas que sofreram uma perda gestacional, agradeço profundamente por confiarem em mim e permitirem que eu fizesse parte de momentos tão delicados e pessoais. A vossa coragem e resiliência foram uma fonte de inspiração contínua.

À minha família, expresso a mais sincera gratidão pelo amor incondicional, apoio e incentivo em todas as etapas da minha vida académica, profissional e pessoal. A vossa presença e apoio foram fundamentais para a conclusão desta etapa.

A todos, o meu sincero obrigada.

“O importante não é o que nos faz o destino, mas sim o que nós fazemos com ele”

Florence Nightingale

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	xi
ÍNDICE DE TABELAS	xi
RESUMO.....	xii
ABSTRACT	xv
LISTA DE ABREVIATURAS	xvii
LISTA DE ACRÓNIMOS	xvii
LISTA DE SIGLAS.....	xviii
PARTE I - COMPONENTE DE ESTÁGIO.....	1
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL..	2
1.1 Bloco de Partos.....	3
1.2 Unidade de Cuidados na Comunidade	7
2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS	8
3. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E	
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	13
3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	13
3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de	
Saúde Materna e Obstétrica.....	20
3.2 Experiências Mínimas para Aquisição do Título de Enfermeiro Especialista	
em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	53
PARTE II- COMPONENTE INVESTIGATIVA.....	56
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	57
1.1 Perda Gestacional: uma realidade atual	57
1.2 A Perda Gestacional e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde	
Materna e Obstétrica	60
2. METODOLOGIA.....	62
2.1 Objetivo e Finalidade do Estudo	62

2.2	Questão de Investigação	62
2.3	Tipo de Estudo: Scoping Review	63
2.4	Critérios de Inclusão.....	64
2.5	Estratégia de Pesquisa	64
2.6	Seleção dos Estudos	66
2.7	Extração de Dados.....	67
3.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	68
4.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	80
5.	CONCLUSÕES DO ESTUDO	90
	CONCLUSÃO GERAL	93
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
	ANEXOS	110
	ANEXO I- Certificado Jornadas Perda Gestacional.....	111
	ANEXO II- Certificado Congresso Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica...	112
	ANEXO III- Certificado da Comunicação Livre.....	113
	ANEXO IV- Escala de Goodwin Modificada	114
	ANEXO V- Questionário de Avaliação do PPPP.....	115
	APÊNDICES	117
	Apêndice I- Atividade “Puerpério: desafios e adaptações à nova fase”	118
	Apêndice II- Protocolo <i>Scoping Review</i>	124
	Apêndice III- Estratégia de Pesquisa	137
	Apêndice IV- Instrumento de Recolha de Dados	139

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama PRISMA.....	67
Figura 2: O EEESMO e a Perda gestacional	80

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Experiências Mínimas e Experiências Realizadas no ENP	55
Tabela 2: Resumo dos Artigos Seleccionados	70
Tabela 3: Categorização dos Resultados	79

RESUMO

Introdução: O presente Relatório de Estágio de Natureza Profissional resulta da incorporação de conhecimentos consolidados durante o Estágio de Natureza Profissional, realizado em contexto de sala de partos e cuidados de saúde primários, em conformidade com as orientações da Ordem dos Enfermeiros e da Comunidade Europeia, para a obtenção do título de mestre e especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. O tema central deste relatório é a perda gestacional na perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, tendo sido realizado um estudo de investigação relacionado com a temática.

Objetivo: Os principais objetivos deste relatório passam por descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo do Estágio de Natureza Profissional; contribuir para o desenvolvimento da ciência de Enfermagem, realçando a importância da evidência científica para a prática de cuidados e, por fim, contribuir para a melhoria das práticas realizadas nos contextos onde decorreu o Estágio de Natureza Profissional apresentando os resultados da investigação realizada. O estudo de investigação tem como objetivo mapear o conhecimento científico existente acerca das perspetivas e experiências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica relativamente à perda gestacional.

Metodologia: A prestação de cuidados ao longo do estágio foi guiada pela teoria das transições de Afaf Meleis, focada na adaptação dos indivíduos a diferentes tipos transições. Realizou-se uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas durante o Estágio de Natureza Profissional, considerando as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Foi elaborada uma *Scoping Review*, baseada na metodologia *Joanna Briggs Institute*, orientada pela questão de investigação “Qual o conhecimento científico disponível sobre as experiências e perspetivas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica relativamente à perda gestacional?”, que incluiu na análise final um total de 12 artigos científicos.

Resultados: Durante o estágio foram cumpridas todas as experiências mínimas necessárias para a obtenção do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e adquiridas as competências necessárias à prestação de

cuidados especializados nesta área, destacando-se situações complexas como a perda gestacional. Dos estudos incluídos na Scoping Review, emergiram três temas principais: impacto emocional da perda, desafios enfrentados e estratégias adotadas pelos profissionais, e necessidades sentidas. Destacou-se a desvalorização do impacto emocional destes profissionais, por parte das instituições de saúde. Os principais desafios incluíram a falta de formação específica e de competências comunicacionais para lidar com situações de perda gestacional. A estratégia mais utilizada para enfrentar esses desafios foi a partilha de experiências entre pares. Identificou-se ainda a necessidade de desenvolver e implementar protocolos específicos para estas situações, promover momentos de reflexão em equipa e criar espaços que garantam a privacidade e conforto das famílias que vivenciam uma perda gestacional.

Conclusão: Os objetivos estabelecidos para o Estágio de Natureza Profissional foram atingidos, tendo-se verificado a aquisição e o desenvolvimento das competências necessárias para a prática de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. O Enfermeiro Especialista nesta área desempenha um papel crucial no apoio emocional, físico e psicológico a mulheres e famílias que enfrentam a perda gestacional. Este estudo evidencia a necessidade de implementar medidas no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados a estas famílias, bem como fornecer aos profissionais de saúde, os recursos e suporte adequados para lidar com estas situações de forma adequada, garantindo o seu bem-estar e uma prestação de cuidados empática e humanizada.

Palavras-chave: aborto; morte fetal; experiências, perspectivas; enfermeiros obstétricos; saúde materna.

ABSTRACT

Introduction: This Professional Internship Report report results from the incorporation of knowledge consolidated during the Professional Internship, carried out in a delivery room and primary health care setting, in accordance with the guidelines of the Ordem dos Enfermeiros and the European Community, to obtain the title of master and Obstetric Nurse. The central theme of this report is gestational loss from the perspective of the Obstetric Nurse and a related research study was carried out.

Objective: The main objectives of this report are to describe and reflect on the activities carried out and skills acquired during the Professional Internship; to contribute to the development of nursing science, highlighting the importance of scientific evidence for the practice of care and, finally, to contribute to the improvement of practices carried out in the contexts where the Professional Internship took place by presenting the results of the research carried out. The aim of this research study is to mapping existing scientific knowledge about the perspectives and experiences of Obstetric Nurse in relation to pregnancy loss.

Methodology: The care provided throughout the internship was guided by Afaf Meleis theory of transitions, which focuses on how individuals adapt to different types of transitions. A critical-reflective analysis was made of the activities carried out during the Professional Internship, taking into account the common and specific competencies of the Obstetric Nurses. A Scoping Review was carried out, based on the Joanna Briggs Institute methodology, guided by the research question “What scientific knowledge is available on the experiences and perspectives of Obstetric Nurse in relation to pregnancy loss?”, which included a total of 12 scientific articles.

Results: During the internship, all the minimum experiences required to obtain the title of Nurse Midwife were fulfilled and the skills required to provide specialized care in this area were acquired, highlighting complex situations such as pregnancy loss. Three main themes emerged from the studies included in the Scoping Review: emotional impact of the loss, challenges faced and strategies adopted by professionals, and needs felt. The lack of appreciation of the emotional impact on these professionals by health institutions stood out. The main challenges included the lack of specific training and communication skills to deal with situations of pregnancy loss. The strategy most used to deal with these

challenges was sharing experiences among peers. There was also a need to develop and implement specific protocols for these situations, to promote moments of team reflection and to create spaces that guarantee the privacy and comfort of families experiencing a pregnancy loss.

Conclusion: The goals set for the Professional Internship were achieved, with the acquisition and development of the necessary skills for the practice of Obstetric Nurse. The Obstetric Nurse plays a crucial role in providing emotional support, physical and psychological support to women and families facing pregnancy loss. This study highlights the need to implement measures to improve the quality of care provided to these families, as well as providing health professionals with the appropriate resources and support to deal with these situations appropriately, guaranteeing their well-being and an empathetic and humanised provision of care.

Keywords: abortion; fetal death; experiences; perspectives; nurse midwives; maternal health.

LISTA DE ABREVIATURAS

et al. - et alli (e outros)

p. - página

s.d. - sem data

nº - número

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

APA - American Psychological Association

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

WHO - World Health Organization

LISTA DE SIGLAS

BP - Bloco de Partos

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CCE - Conselho das Comunidades Europeias

CMESMO - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CTG - Cardiotocografia

CU - Contrações Uterinas

DGS - Direção Geral de Saúde

ENP - Estágio de Natureza Profissional

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

HPP - Hemorragia Pós-parto

IA - Índice de APGAR

IMG - Interrupção Médica da Gravidez

JBÍ - Joanna Briggs Institute

LA - Líquido Amniótico

OE - Ordem dos Enfermeiros

PPPP - Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade

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

RENp - Relatório de Estágio de Natureza Profissional

RN - Recém-nascido

SPOMMF - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-fetal

SU - Serviço de Urgência

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

PARTE I - COMPONENTE DE ESTÁGIO

A primeira parte do Relatório de Estágio de Natureza Profissional (RENP) é constituída por três capítulos. O primeiro capítulo apresenta a contextualização do Estágio de Natureza Profissional (ENP), incluindo a caracterização dos contextos onde foi desenvolvida a prestação de cuidados. O segundo capítulo abordará os pressupostos teóricos que orientaram a prática de cuidados ao longo do estágio. A análise e reflexão crítica do processo de aquisição e desenvolvimento de competências será abordada no terceiro capítulo, do qual fazem parte as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Neste capítulo, será ainda realizada uma reflexão acerca das experiências mínimas obrigatórias para a atribuição do título de EEESMO.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O ENP foi a unidade curricular eleita para o segundo semestre do segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO). Esta escolha prendeu-se sobretudo com a consecução de todas as exigências com vista à obtenção do título de EEESMO pela Ordem dos Enfermeiros (OE), com a obtenção do grau de mestre e com o interesse pessoal em aprofundar competências na área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO).

Os objetivos gerais deste estágio foram: aplicar conhecimentos no planeamento, execução e avaliação dos cuidados especializados em ESMO; interpretar a complexidade da intervenção no âmbito da Enfermagem especializada, sustentada na evidência científica, na prestação e gestão de cuidados de Enfermagem especializados ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção; integrar os princípios éticos legais que orientam a profissão com vista ao desenvolvimento de ações autónomas e/ou interdisciplinares adequadas a cada situação clínica; participar na construção, implementação e avaliação de programas de intervenção de Saúde Materna e Obstétrica; documentar os cuidados/intervenções de ESMO e, por fim, sistematizar evidência e integrar o conhecimento técnico-científico, ético e relacional e capacidade de argumentação que fundamentem a tomada de decisão clínica, face a problemas complexos e imprevisíveis. Para além destes, foram ainda delineados objetivos pessoais, nomeadamente: desenvolver uma prática profissional centrada nas mulheres, famílias e no respeito pelos princípios éticos e deontológicos da profissão; desenvolver capacidade de análise e reflexão sobre a prática clínica; desenvolver competências técnico-científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, RN e família e aprofundar conhecimentos relativamente à temática da perda gestacional.

Este estágio decorreu no período de fevereiro a julho de 2024, sendo este realizado em dois contextos distintos, tendo em conta os objetivos previstos para a concretização da unidade curricular e os interesses e objetivos pessoais. Assim, a primeira parte do estágio foi realizada no Bloco de Partos (BP) de um hospital no norte do país, e a segunda parte decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), também localizada na região norte. A escolha do BP foi uma prioridade, uma vez que, para a obtenção do título

de EEESMO, é necessário cumprir requisitos mínimos obrigatórios, estabelecidos pela OE e pelo Conselho das Comunidades Europeias (CCE). Esses requisitos incluem procedimentos e vigilâncias que são, em grande parte, realizados em contexto de sala de partos. Esses requisitos serão explanados de forma mais aprofundada no capítulo seguinte. Por todas estas razões, foi planeado um período mais longo de estágio no BP, decorrendo assim de 19 de fevereiro a 7 de junho de 2024.

A preferência para a realização da primeira parte do estágio neste hospital em específico, decorreu do facto de querer conhecer um novo contexto da prática de cuidados especializados na área de Saúde Materna e Obstétrica, de forma a poder experienciar diferentes modelos de prestação de cuidados, além de interagir com novas equipas de trabalho e novas instalações. A opção pela realização da segunda parte do estágio em contexto de cuidados de saúde primários (CSP), foi motivada tanto pelo meu interesse pessoal nesse contexto, quanto pela necessidade de aquisição de competências no âmbito da prestação de cuidados à mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal, com o objetivo de cumprir o número mínimo de experiências obrigatórias. A escolha desta UCC em específico foi motivada pela convergência entre o meu interesse por este contexto e a vontade de adquirir e aprofundar competências no âmbito da ESMO. Este foi um contexto pelo qual passei anteriormente, no âmbito do Estágio de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o que foi um fator facilitador da minha integração na equipa, tornando-se possível rentabilizar ainda mais o tempo preconizado para este estágio. A segunda parte do ENP decorreu no período de 10 de junho a 15 de julho de 2024.

No presente capítulo será apresentada uma breve contextualização dos dois contextos onde decorreu o ENP.

1.1 Bloco de Partos

O hospital selecionado para desenvolver o ENP, foi fundado há mais de cinco séculos, contando já com mais de 500 anos de história. São valores desta instituição o respeito pela dignidade e bem-estar da pessoa, pelo desenvolvimento humano, pela competência, inovação e responsabilidade (Hospital de Braga, s.d). Em 2017, a competência dos profissionais deste hospital foi distinguida, com resultados de excelência

pela Entidade Reguladora da Saúde, tendo obtido a melhor classificação do país neste âmbito. Este hospital tem como principal missão o primado do utente, incluindo para isso a prestação de cuidados de saúde no âmbito do serviço de urgência, dos cuidados paliativos, da promoção da saúde e prevenção da doença, o apoio ao ensino e à investigação científica, pretendendo assegurar as condições necessárias para se assumir como um hospital de ensino universitário (Hospital de Braga, s.d.).

Esta unidade hospitalar abrange uma população de cerca de 1.2 milhões de pessoas, provenientes de toda a região do Minho (Hospital de Braga, 2021).

O serviço de obstetrícia deste hospital situa-se no quinto piso, estando organizado em várias áreas, nomeadamente a Consulta Externa de Obstetrícia/Ginecologia, o Serviço de Urgência (SU) de Obstetrícia/Ginecologia, o Internamento de Ginecologia, o BP, o Internamento de Puerpério e o Internamento de Grávidas com Patologia Materno-fetal ou Gravidez de Risco (Hospital de Braga, 2021).

A admissão da grávida/utente do foro ginecológico é realizada através do serviço de urgência geral e posteriormente é encaminhada para o SU de Obstetrícia/Ginecologia, constituído por dois gabinetes médicos, um gabinete de Enfermagem, uma sala polivalente e uma sala de espera. Após a entrada no serviço, a grávida passa por uma avaliação por parte do EEESMO e pela equipa médica. Posteriormente, e de acordo com cada situação, poderá ter alta ou ser encaminhada para o BP ou para o internamento de grávidas. De realçar que a pessoa significativa da grávida/parturiente pode estar presente 24 horas por dia, seja qual for o desfecho da situação, o que é de uma importância extrema, pois promove a vinculação precoce e a interação entre a mulher, companheiro e recém-nascido (RN). No caso de uma utente do foro ginecológico, é realizada também uma avaliação médica e de enfermagem especializada, que poderá ter como desfecho a alta ou o encaminhamento para o internamento de ginecologia.

O SU de Obstetrícia/Ginecologia e o serviço de Neonatologia (com unidade de cuidados intensivos) deste hospital, encontram-se ao lado do BP, existindo uma porta que possibilita a entrada direta no serviço, o que permite uma circulação rápida e eficiente em situações de necessidade, como por exemplo, situações de emergência.

O BP deste hospital apresenta instalações físicas de excelência, amplas, organizadas e equipadas com tecnologia recente e atualizada. O serviço conta também

com um sistema de segurança avançado, incluindo a colocação de pulseira eletrônica nos RN. Este serviço é constituído por oito salas de partos, todas elas com casa de banho privativa, e equipadas com todo o material necessário para o trabalho de parto (TP) e parto. Cada sala está igualmente equipada com um cardiotocógrafo com telemetria, o que permite liberdade de movimentos se a mulher assim o desejar.

O BP possui ainda um bloco operatório para a realização de cesarianas urgentes ou emergentes, uma sala de recobro e uma sala de Enfermagem. Além disso, existem ainda áreas de apoio logístico como a rouparia, sala de sujos, gabinete da secretária de unidade, uma copa e uma sala de espera para acompanhantes das parturientes.

No que diz respeito aos recursos humanos, o BP conta com uma equipa multidisciplinar constituída por médicos obstetras, médicos anestesistas, pediatras, EEESMO, assistentes operacionais e uma secretária de unidade.

A equipa de enfermagem deste serviço inclui um total de 35 profissionais especializados. A distribuição por turno prevê cinco EEESMO: três estão alocados exclusivamente ao BP, um ao SU e um responsável pelo bloco cirúrgico operatório nas cesarianas urgentes, encarregue dos cuidados imediatos ao RN. A equipa de EEESMO deste serviço demonstra entreaajuda entre todos os profissionais, revelando um forte espírito de equipa. No que diz respeito à metodologia de trabalho, cada enfermeiro especialista é responsável pela prestação de cuidados a um máximo de três parturientes e respetivos RN. Os registos realizam-se através de um programa informático denominado Glintt[®], sistema este que utiliza a linguagem de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

A equipa médica é constituída por 49 médicos especialistas em obstetrícia/ginecologia, com um mínimo de cinco profissionais escalados por turno para prestar apoio à sala de partos e ao SU. Existe ainda um médico/a anestesista disponível 24 horas por dia e dois pediatras que, apesar de estarem habitualmente alocados ao serviço de Neonatologia, dão apoio à sala de partos quando necessário.

As assistentes operacionais desempenham um papel crucial no bom funcionamento do serviço, com três profissionais destacadas por turno. As suas responsabilidades incluem o apoio logístico, a higienização de materiais e espaços, o transporte de pacientes, entre outras tarefas.

Segundo os dados disponibilizados pelo Serviço Nacional de Saúde (n.d), esta unidade hospitalar realiza uma média de 3000 partos por ano. Contudo, em 2023, esse número foi reduzido devido aos sucessivos encerramentos temporários dos SU de Obstetrícia/Ginecologia em várias instituições do país, incluindo este hospital. No ano de 2023, foram realizados 2605 partos, dos quais 649 foram cesarianas, o que corresponde a uma taxa de cesarianas de 24,9%.

A integração neste serviço decorreu de forma gradual no sentido de conhecer as rotinas, os protocolos institucionais e a metodologia de trabalho implementada. A disponibilidade de todos os EEESMO que constituem a equipa foi essencial para a partilha de conhecimentos e experiências, bem como para o desenvolvimento de competências práticas e teóricas necessárias para uma prestação de cuidados de excelência. O período de integração foi ainda importante para identificar alguns desafios iniciais relacionados com especificidade e complexidade deste contexto. O primeiro desafio que enfrentei foi a adaptação ao ritmo intenso e às exigências da prestação de cuidados às mulheres e famílias. Outro fator que me causou alguma ansiedade no início foi a necessidade de lidar com situações de emergência que requeriam uma resposta rápida e eficaz, o que inicialmente se revelou desafiador. Além disso, familiarizar-me com os protocolos e procedimentos específicos deste hospital exigiu algum tempo de aprendizagem e consolidação. No entanto, após ultrapassar essas dificuldades iniciais, observei uma evolução gradual, tanto na minha capacidade de iniciativa e autonomia, como na colaboração com a equipa multidisciplinar.

Com o tempo, a prática diária, o apoio contínuo da equipa e o compromisso com a excelência na prestação de cuidados, permitiram-me superar os desafios identificados inicialmente e integrar-me plenamente no serviço. Desta forma, a experiência no bloco de partos revelou-se extremamente enriquecedora, tendo adquirido as competências necessárias e alcançado os objetivos propostos para este estágio.

1.2 Unidade de Cuidados na Comunidade

A UCC onde decorreu o ENP integra uma unidade local criada em 2008, constituindo a instituição de saúde de referência da região do Alto Minho. Esta unidade local serve uma população residente de cerca de 230.412 pessoas, abrangendo a totalidade do distrito (ULSAM, 2023).

A prestação de cuidados de saúde primários a esta população é assegurada por um Agrupamento de Centros de Saúde, constituído por 12 centros de saúde, perfazendo um total de 37 unidades funcionais, entre elas: 6 Unidades de Saúde Familiares Modelo B, 9 Unidades de Saúde Familiares Modelo A, 9 unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 12 Unidades de Cuidados na Comunidade e 1 Unidade de Saúde Pública (ULSAM, s.d.).

Este estágio foi realizado numa UCC que tem como principal missão promover a melhoria do estado de saúde da população da sua área de abrangência, prestando cuidados especializados e de proximidade. Segundo os últimos dados, esta unidade abrange uma população de 48.720 utentes, sendo que 22.750 são do sexo masculino e 25.970 do sexo feminino. Do número total de mulheres, 9776 encontram-se em idade fértil, o que corresponde a uma percentagem de 37,6% (ULSAM, s.d.).

No que diz respeito aos recursos humanos, esta unidade conta com 10 enfermeiros especialistas, 1 secretário clínico, 1 médico, 1 dirigente e ainda 5 técnicos superiores de diversas áreas, nomeadamente nutrição e dietética, serviço social e fisioterapia. Na área de Saúde Materna e Obstétrica, trabalham 3 enfermeiras especialistas, sendo que uma delas está exclusivamente a exercer as suas funções na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Viana do Castelo.

Em termos de infraestruturas, esta unidade está localizada num edifício com espaço físico reduzido, o que pode ser insuficiente para o número de profissionais que trabalha na unidade. Esta unidade dispõe de três gabinetes e uma sala polivalente, sendo esta última utilizada sobretudo para a realização das sessões do Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPPP), para reuniões de serviço e outras atividades, por ser a maior sala disponível.

No âmbito da Saúde Materna e Obstétrica, esta unidade foca-se no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, através da implementação do PPPP. A referenciação dos casais é realizada pelas enfermeiras de família, entre as 20-24

semanas de gravidez, permitindo a sua integração no programa. As sessões, que podem ser teóricas ou práticas, são dinamizadas individualmente por duas EEESMO, sendo que cada uma é responsável por várias turmas.

No âmbito deste programa, as enfermeiras especialistas desta unidade implementam PPPP em meio aquático, na piscina municipal da cidade, sendo esta uma parceria realizada entre a UCC e a Câmara Municipal. No que se refere ao período pós-parto, de momento, o Programa de Recuperação Pós-Parto encontra-se suspenso devido à falta de condições estruturais que permitam a dinamização destas sessões destinadas a puérperas e RN, uma vez que não existe uma sala apropriada para esse efeito. Apesar disso, as EEESMO desta unidade mantêm-se disponíveis para apoiar os casais que necessitem de qualquer auxílio durante o período pós-parto, através da realização de visitas domiciliárias.

A integração nesta UCC decorreu de forma positiva, sendo facilitada pela experiência prévia no local, o que permitiu uma adaptação eficiente às dinâmicas e atividades da unidade. O conhecimento prévio da equipa de profissionais e da metodologia de trabalho possibilitou uma rápida imersão nas atividades diárias e nos programas em curso, assumindo responsabilidades crescentes à medida que as competências eram demonstradas e reconhecidas pela equipa.

Esta experiência permitiu aprofundar conhecimentos e habilidades na prestação de cuidados comunitários no âmbito da ESMO, particularmente em áreas como o planeamento familiar e a vigilância pré-natal.

2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS

Os modelos e as teorias de Enfermagem constituem uma estrutura essencial para compreender e dar sentido à prática de cuidados, garantindo um exercício profissional rigoroso, baseado nos pressupostos científicos e filosóficos que cada teórico/a apresenta (Huitzi-Egilegor et al., 2014). Segundo Ribeiro et al. (2018), é imprescindível que os profissionais da área da Enfermagem conheçam e se apropriem das teorias que devem sustentar a sua prática de cuidados. Ao longo do ENP utilizei como modelo conceptual da prática de cuidados a Teoria das Transições de Afaf Meleis, por compreender o

desenvolvimento do ser humano face às mudanças previsíveis e imprevisíveis da sua vida (Meleis, 2010). Esta teoria foi particularmente relevante para a compreensão da temática do relatório, uma vez que permitiu entender a perda gestacional como um processo de transição, com profundas implicações para a mulher e para a sua família.

A maternidade é um período de desenvolvimento associado a diversas transformações a nível individual, conjugal e social, o que leva a que ocorram múltiplos processos de transição durante este período (Abreu, 2011). Assim, no âmbito da Saúde Materna e Obstétrica, estas transições podem ser consideradas uma fase crítica para o casal e família, que exige reequilíbrio e reajustamento, podendo ter repercussões para os pais e também no desenvolvimento e crescimento do RN (Abreu, 2011).

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO) da OE (2021, p. 22), uma transição é definida como *“um processo organizado numa determinada sequência e que decorre ao longo de diversas fases (...). O processo conduz, ao longo do tempo, à incorporação das mudanças no modo de viver, com consequente reorientação e redefinição do modo de ser e de estar do indivíduo que a vive”*.

Meleis e Schumacher (cit. in Meleis, 2010), nas diversas pesquisas que realizaram durante o estudo das teorias de Enfermagem, consideraram que assistir utentes em processo de transição constitui o conceito central da disciplina de Enfermagem. Após definirem propriedades e dimensões para as transições, estas autoras, relacionaram-nas com os quatro metaparadigmas de Enfermagem: Pessoa, Ambiente, Saúde e Cuidados de Enfermagem. Assim, e após vários anos a refletir sobre as transições, Afaf Meleis desenvolveu uma teoria de médio alcance, a qual designou de Teoria das Transições. Esta teoria aborda uma problemática que consiste na compreensão do desenvolvimento do ser humano face às mudanças previsíveis e imprevisíveis da sua vida, bem como as suas respostas perante as situações de *stress* (Meleis, 2010). Esta é uma teoria particularmente relevante na área da Saúde Materna e Obstétrica, onde as transições são intrínsecas e frequentemente complexas.

Para Meleis (2010, p. 67), as transições podem ser definidas como *“(...) a passagem de uma fase de vida, condição, ou um estado para outro... Transição refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre pessoa-ambiente. Esta pode envolver mais do que uma pessoa e está incorporada no contexto da situação”*.

A mesma autora, refere ainda que as transições implicam profundas mudanças de papéis, relacionamentos, habilidades, comportamentos, personalidade, podendo estas ter efeitos negativos na vida do indivíduo que a vivencia, bem como, na de pessoas significativas (Meleis, 2010).

A Teoria das Transições de Meleis é constituída pela natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condições facilitadoras e inibidoras da transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e intervenções terapêuticas de Enfermagem (Meleis, 2010).

Relativamente à natureza das transições, existem quatro tipos: as transições de desenvolvimento (relacionadas com as mudanças no ciclo vital); as transições situacionais (associadas a acontecimentos que implicam alteração de papeis); as transições de saúde/doença (ocorrem quando surge mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e, finalmente, as transições organizacionais (representadas pelas mudanças que ocorrem a nível ambiental, podendo ser originadas por mudanças a nível social, político, económico ou intraorganizacional) (Meleis, 2010).

No que diz respeito aos padrões, as transições podem ser classificadas em simples (única transição) ou múltiplas; sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas (Meleis, 2010).

As transições possuem também propriedades como a consciencialização, envolvimento, mudança e diferença, espaço temporal da transição, pontos críticos e eventos (Meleis, 2010).

Ainda segundo Meleis (2010), o processo de transição caracteriza-se pela existência de condições facilitadoras ou inibidoras. Para compreender as experiências das pessoas, ao longo da transição, é necessário caracterizar as condições pessoais, da comunidade e da sociedade, que podem facilitar ou dificultar uma transição saudável. A nível pessoal estão relacionadas com os significados, as crenças culturais e atitudes, o status socioeconómico e a preparação e conhecimento. No que diz respeito à sociedade, as condições que podem facilitar ou dificultar uma transição saudável, incluem diversos fatores estruturais e de suporte, como por exemplo, a rede de apoio, os serviços comunitários, as políticas, entre outros.

Os padrões de resposta às transições podem ser monitorizados através de indicadores que avaliam o nível de conhecimento e de desempenho imprescindíveis às novas situações e contextos, assim como ao impacto do evento na saúde. As respostas das pessoas ao longo da transição são denominadas de indicadores, sejam eles de processo ou de resultado, dando informação sobre a evolução da transição. Segundo esta teoria, são considerados indicadores de processo: o sentir-se ligado, o interagir, o sentir-se situado e o desenvolver confiança e *coping*. Dos indicadores de resultado fazem parte a mestria e a identidade integradora fluida (Meleis, 2010).

As intervenções terapêuticas de Enfermagem são compreendidas como uma ação interventiva contínua no decorrer do processo de transição. O enfermeiro tem um papel importante ao longo dos processos de transição, desenvolvendo uma relação terapêutica de forma a providenciar informação e suporte, através de um processo de aquisição de novas competências relacionadas com a experiência de transição. De acordo com Meleis (2010), o enfermeiro possui competências para intervir com pessoas que vivem processos de transições, cujo objetivo não é somente conhecer a teoria, mas, a partir desta, aplicar o conhecimento na prática. Assim, e tendo em conta que as transições constituem um foco de atenção crucial no exercício da profissão de Enfermagem, o EEESMO pode constituir um recurso importante no processo de transição. Ao entender estas transições como processos multifacetados e ao utilizar estratégias de apoio específicas, estes profissionais podem melhorar significativamente os resultados de saúde e a qualidade de vida das mulheres e famílias durante estes períodos de mudança (Meleis, 2010).

Faz parte das competências do EEESMO o cuidado da mulher e da sua família, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (OE, 2021). A parentalidade é definida, segundo a CIPE, versão 2.0 (OE, 2010, p. 66) como ação de *“tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”*.

Quando ocorre o nascimento de um filho, surge um processo de transição da função conjugal para a parental, que acarreta inúmeras mudanças e tem um grande impacto na vida pessoal e familiar dos pais, implicando um tempo de reajustamento e

redefinição de papéis, funções e identidade (Canavarro & Pedrosa, 2005). Segundo Janisse et al. (2009), a parentalidade é um dos mais exigentes papéis sociais em termos físicos e mentais que os indivíduos podem assumir ao longo das suas vidas.

De acordo com a teoria de Meleis (2010), a transição para a parentalidade é uma transição desenvolvimental, referindo-se às mudanças naturais e esperadas que ocorrem ao longo da vida, acompanhando as etapas de desenvolvimento humano. Por outro lado, a transição para a parentalidade como uma transição situacional considera as mudanças específicas que ocorrem em resposta a eventos pontuais ou condições de vida específicas, como a morte, um acidente, entre outros. Este tipo de transição é mais focado nas circunstâncias e no contexto imediato que influenciam a experiência da parentalidade, como por exemplo, a perda gestacional. Com este evento a mulher/casal vê interrompida a transição desenvolvimental, passando a ter que lidar com uma transição situacional.

A compreensão profunda e a aplicação desta teoria foram fundamentais no decorrer do ENP, pois deparei-me diariamente com o processo de transição para a parentalidade, bem como com situações de perda gestacional. Segundo Meleis (2010), quando ocorre a morte de um filho, o processo de luto, por se tratar de um evento que contraria a ordem natural do ciclo vital, não é uma transição de desenvolvimento, sendo então considerado uma transição situacional. Perante esta perda ocorre um desequilíbrio profundo da dinâmica familiar com uma profunda alteração de papéis (Meleis, 2010).

A aplicação desta teoria ao longo do ENP, particularmente em situações de perda, permitiu uma prática de cuidados humanizada e holística, mas também um conhecimento aprofundado relativamente ao processo de transição tendo em conta a sua natureza e condicionalismos. Para além disso, a teoria das transições auxiliou na estruturação de todas as intervenções de forma a se tornarem mais sensíveis às necessidades individuais de cada família, reconhecendo a complexidade e a profundidade de uma experiência como a perda gestacional. Basear a minha prática de cuidados nesta teoria foi importante para um melhor entendimento dos processos de transição e as suas implicações para a saúde das mulheres/famílias, bem como dos modos de intervenção para facilitar estes mesmos processos.

A escolha da Teoria das Transições de Afaf Meleis como base teórica para o presente RENP, foi cuidadosamente deliberada e fundamentada, existindo várias razões que refletem a relevância e a aplicabilidade desta teoria à temática em estudo. Em

primeiro lugar, a capacidade que esta teoria tem de fornecer uma compreensão profunda e abrangente das complexas transições vividas pelas mulheres e famílias durante a perda gestacional. Em segundo lugar, a teoria das transições auxilia os profissionais de Enfermagem na implementação de cuidados holísticos e centrados na paciente, essenciais para facilitar uma transição saudável e apoiar o bem-estar emocional e psicológico das mulheres/famílias que enfrentam esta difícil experiência. Por último, ao aplicar esta teoria na prática, o EEESMO pode desempenhar um papel crucial no apoio e orientação das famílias durante este período crítico.

3. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A reflexão é amplamente reconhecida como um elemento fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro especialista (Persson et al., 2018). Este capítulo destina-se a uma análise e reflexão crítica sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, durante o ENP.

A análise e reflexão crítica a seguir apresentadas visam identificar os desafios enfrentados, as estratégias adotadas e as competências adquiridas ao longo do ENP, proporcionando uma visão aprofundada do crescimento profissional e pessoal ao longo deste percurso formativo.

3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Atualmente, os cuidados de saúde exigem um nível crescente de competências técnicas e conhecimentos científicos. Assim, é fundamental que os profissionais de saúde acompanhem a evolução dos cuidados, procurando atualização constante para garantir uma prestação de cuidados de excelência, atendendo sempre às necessidades dos utentes.

Posto isto, a especialização e a diferenciação numa determinada área, têm sido cada vez mais uma realidade que compreende a globalidade dos profissionais da área da saúde, da qual os enfermeiros fazem parte. Ao enfermeiro especialista reconhece-se a “(...) *competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem*

especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído (...) o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem (...)” (OE, 2019a, p.4744). Para a obtenção deste título, é necessário que os enfermeiros demonstrem um conjunto de competências comuns que são extensíveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

A OE criou o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, com o objetivo de promover um enquadramento regulador para a certificação dessas competências. Nesse documento, define-se por competências comuns, aquelas que são *“(...) partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”* (OE, 2019a, p.4745).

Estas competências, conforme o próprio nome sugere, são comuns a qualquer área de especialidade em Enfermagem e organizam-se em vários domínios, nomeadamente: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a). Estes domínios serão explorados em cada subcapítulo.

Competência do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

No que diz respeito ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, há duas competências a serem destacadas. A primeira diz respeito ao desenvolvimento de uma *“prática profissional, ética e legal na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”* (OE, 2019a, p.4745). A segunda competência relaciona-se com a garantia de *“(...) práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.”* (OE, 2019a, p.4745).

Para a aquisição destas competências, foi necessário realizar uma revisão de alguns documentos fundamentais ao exercício e regulamento da profissão de Enfermagem, como a Deontologia da profissão de Enfermagem (OE, 2015a) e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 1996). Essa revisão

proporcionou uma base sólida para desenvolver uma prática especializada, tendo por base as diretrizes éticas e deontológicas da profissão. A unidade curricular de Ética e Deontologia em Saúde, lecionada no primeiro semestre do primeiro ano deste mestrado, foi também importante no sentido de rever toda esta documentação e de fornecer bases teóricas essenciais para o desenvolvimento e consolidação destas competências.

Ao longo do ENP foram realizadas algumas atividades, com o objetivo de desenvolver capacidades que facilitassem a prestação de cuidados, salvaguardando sempre a segurança das mulheres/famílias e que permitiram adquirir competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Para uma prestação de cuidados responsável, ética e legal, foi essencial conhecer a estrutura física, organizacional e funcional, tanto do BP como da UCC, pelo que, a primeira semana foi dedicada ao reconhecimento de ambos os contextos. Neste sentido, foi importante consultar as normas e protocolos de atuação específicos de cada contexto, a identificação dos diversos equipamentos e materiais, reconhecimento dos espaços físicos e a adaptação às dinâmicas de cada serviço. Mantive sempre uma postura proativa, demonstrando disponibilidade e empenho, fatores que considero essenciais para a integração nas equipas multidisciplinares e para a qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com o Código Deontológico, publicado no estatuto da OE (2015a), os enfermeiros devem salvaguardar sempre a privacidade e a intimidade da pessoa. Posto isto, foram sempre garantidas essas condições ao longo da prestação de cuidados, nomeadamente através de algumas atitudes como: assegurar a privacidade das mulheres/casais em todas as intervenções/procedimentos, obter o consentimento informado antes de qualquer intervenção, estabelecer uma comunicação clara e empática e respeitar os desejos e vontades das mulheres/famílias. Ainda assim, existiram momentos, principalmente em contexto hospitalar, em que a privacidade e intimidade da mulher foram desafiadas, como em situações que exigiam a colaboração de outros elementos da equipa multidisciplinar. A entrada de vários profissionais na sala de partos era algo recorrente, o que pode levantar questões sérias relativamente à privacidade e intimidade da mulher, pois a presença de muitas pessoas pode ser invasiva e desconfortável para aquela família. Assim, a entrada de vários profissionais deve ser criteriosamente gerida de forma a minimizar a exposição desnecessária destas mulheres, criando um ambiente mais humanizado e respeitoso, neste caso, durante o TP e parto.

Para além disso, é impreterível obter o consentimento destas mulheres/famílias. Este assunto foi algo que foi várias vezes refletido e discutido com a equipa de Enfermagem ao longo do estágio. A presença de vários profissionais só deve ser justificada pela segurança da mulher e do RN ou em situações de emergência.

Assim, a prática de cuidados foi sempre baseada no respeito pela dignidade humana, garantindo o direito à informação e escolha consciente e informada, preservando a privacidade das mulheres e famílias, respeitando a sua individualidade, e assegurando a confidencialidade e o sigilo profissional em todas as situações. No que se refere a este domínio, acredito que foram prestados cuidados de excelência.

Competência do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade contempla três competências principais: desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019a).

A qualidade em saúde pode ser definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e alcança a adesão e satisfação do cidadão, e pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão (Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho, 2015). O mesmo despacho refere também que a qualidade está intimamente ligada à segurança dos cuidados. Ainda assim, é importante referir que nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde (OE, 2001).

Durante a realização do ENP, diversas atividades foram desenvolvidas neste domínio, baseadas nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, comuns a todas as áreas de especialidade, com a finalidade da melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros. Assim, os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem são: a

satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e autocuidado; a readaptação funcional e a organização dos cuidados (OE, 2001).

Neste âmbito, várias atividades foram realizadas, como a colaboração na elaboração e atualização de protocolos de Enfermagem institucionais, assegurando sempre que estavam de acordo com a evidência científica mais atual. Além disso, participei na análise detalhada de incidentes que ocorriam no serviço, de forma a garantir um ambiente terapêutico e seguro e a melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Também observei como se processa uma auditoria interna, estando esta diretamente relacionada com a promoção de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Outro ponto relevante foi a minha participação em sessões de formação contínua da equipa de Enfermagem.

A oportunidade de trabalhar sob a orientação de enfermeiros altamente competentes, com vasto conhecimento científico, foi crucial para o meu desenvolvimento. Estes profissionais incentivaram diariamente a reflexão crítica sobre a qualidade dos cuidados e a segurança das mulheres, casais e RN, promovendo uma avaliação e melhoria constante dos cuidados prestados ao longo das semanas. Esta dinâmica permitiu-me identificar as áreas em que deveria investir mais e, assim, adquirir de forma mais consolidada conhecimentos e competências.

Posto isto, procurei sempre desempenhar um papel ativo para a melhoria contínua da qualidade nos contextos onde decorreu o ENP. As atividades desenvolvidas durante o estágio contribuíram significativamente para o desenvolvimento da competência do domínio da melhoria contínua da qualidade. Alinhando-se com os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem estabelecidos pela OE, estas ações não só promoveram melhorias nos cuidados obstétricos prestados, mas também reforçaram a importância da qualidade e segurança no exercício profissional da Enfermagem (OE, 2001).

Competência do Domínio da Gestão de Cuidados

No que concerne à gestão de cuidados, existem duas competências principais: gerir os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na

equipa de saúde e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019a).

A gestão é um domínio que se revela de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados (OE, 2001). Em ambos os contextos da prática de cuidados, foi possível observar e compreender a função do enfermeiro chefe/gestor, bem como a sua importância na gestão dos cuidados de Enfermagem. Em contexto hospitalar, tive ainda a oportunidade, juntamente com a enfermeira orientadora, de observar de perto o papel de enfermeira responsável de turno, especialmente quando a enfermeira chefe se encontrava ausente. Estas experiências permitiram-me participar em algumas tarefas inerentes a esta função, nomeadamente: distribuição e mobilização de recursos humanos; gestão adequada dos materiais, equipamentos e instalações; articulação com a equipa multidisciplinar, entre outros. Para além disso, durante o ENP, foi possível gerir a prestação de cuidados estabelecendo prioridades de acordo com as necessidades das mulheres/famílias e com as situações que surgiam.

Assim, considero ter desenvolvido competências essenciais no domínio da gestão dos cuidados, com sentido de responsabilidade e assertividade nas relações interpessoais, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e contribuindo para um melhor desempenho global, sempre com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados prestados. No entanto, apesar de sentir que adquiri as ferramentas essenciais, acredito que, com mais experiência profissional no futuro, poderei desenvolver esta competência com ainda mais confiança e assertividade.

Competência do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são as seguintes: desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019a).

De acordo com o Código Deontológico, o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: *“manter a atualização*

continua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015a).

Durante a realização do ENP foram desenvolvidas várias atividades direcionadas para fomentar o autoconhecimento, a assertividade e a prática baseada na evidência científica. Estas atividades permitiram a incorporação de conhecimentos atualizados na prática diária, fortalecendo a capacidade de tomar decisões clínicas fundamentadas em evidências, atuando como fator facilitador no processo de aprendizagem. A seguir serão explanadas essas atividades.

A reflexão diária sobre as experiências que iam ocorrendo permitiu-me identificar pontos fortes e áreas de melhoria. A análise de algumas situações juntamente com as enfermeiras permitiu-me discutir diferentes abordagens e pontos de vista, promovendo a reflexão.

Durante estes meses, existiu uma procura constante pela atualização, quer através do estudo autónomo diário, quer através da participação em diversos congressos relacionados com a ESMO, nomeadamente nas I Jornadas sobre a Perda Gestacional: reconhecer, cuidar e ressignificar (Anexo I) e no Congresso de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: Nascer São João - Um contributo para a vida (Anexo II). Estes congressos permitiram incorporar na prática de cuidados conhecimentos atualizados e baseados na melhor evidência científica. Nas jornadas relacionadas com a perda gestacional, tive ainda a oportunidade de apresentar o protocolo do estudo de investigação que desenvolvi, denominado por “A Perda Gestacional na perspetiva do EEESMO: protocolo de uma *Scoping Review*” (Anexo III). Ao expor o meu trabalho à avaliação por pares, tive a oportunidade de aprender com as críticas construtivas recebidas, o que contribuiu para a melhoria da minha prática de investigação.

Este estágio proporcionou um ambiente favorável ao desenvolvimento de competências no domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais. Através do descrito anteriormente, foi possível aprimorar o autoconhecimento, a assertividade e a aplicação de evidências científicas na prática clínica, garantindo um crescimento contínuo e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Segundo a OE (2019b, p.13560), “*o perfil de competências específicas do EEESMO, integra, juntamente com o perfil de competências comuns, o conjunto de competências especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar*”. Com base nesta definição, ao longo deste capítulo, serão abordadas as competências específicas adquiridas e desenvolvidas durante o ENP, sendo elas:

- a) cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- b) cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- c) cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

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

Segundo a OE (2021), e de acordo com o PQCEESMO, a assistência pré-natal em ESMO é vista como um conjunto de cuidados criados e implementados pelo EEESMO, centrados na promoção da adaptação à gravidez, à parentalidade e a preparação para o parto. A assistência pré-natal assenta num modelo de cuidados centrado em consultas conduzidas por EEESMO, planeadas de acordo com as necessidades específicas de cada mulher/família (OE, 2021). Ainda de acordo com a OE, a “*assistência pré-natal deve englobar a adaptação à gravidez, incluindo a avaliação da evolução da gravidez (vigilância da gravidez), a adaptação à parentalidade e a preparação para o parto*” (OE, 2023, p.9). Todas estas dimensões serão abordadas a seguir.

Durante o ENP, surgiram inúmeras oportunidades de contactar com grávidas durante o período pré-natal, o que permitiu o desenvolvimento de competências específicas enquanto futura EEESMO, tanto em contexto de cuidados de saúde primários, na UCC, como a nível hospitalar, no SU. Na UCC esse contacto foi estabelecido através da realização de consultas de vigilância pré-natal e da realização de sessões no âmbito do PPPP. Estes programas são iniciativas de intervenção comunitária, desenvolvidas junto

das grávidas/casais, tendo em vista *“contribuir para uma vivência mais informada e gratificante da gravidez, do parto, do puerpério e da aprendizagem da parentalidade”* (Portugal, 2020, p.8). De acordo com o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, estes cursos têm como objetivos *“desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho”* (Portugal, 2015, p.63).

Nos cuidados de saúde primários este programa destina-se, preferencialmente, a grávidas, casais e pessoas significativas que sejam referenciados pelas unidades funcionais dos Agrupamentos dos Centros de Saúde. Estas sessões devem iniciar-se preferencialmente entre as 24 e as 28 semanas de gestação, tendo em conta *“a ecografia morfológica e a viabilidade fetal, os aspetos evolutivos da gravidez, o usufruto de recursos assistenciais diferenciados e uma tomada de consciência por parte da grávida da proximidade do seu trabalho de parto e parto (...)”* (Portugal, 2020, p.26). Ainda assim, a idade gestacional para o início deste programa é flexível.

O EEESMO possui as competências necessárias para proceder, com autonomia, ao acompanhamento da grávida de baixo risco (OE, 2023). Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), tendo em conta o enquadramento e as características dos PPPP, os seus objetivos, os temas e as atividades a desenvolver, a responsabilidade dos mesmos, deve ser atribuída a um EEESMO, dada a abrangência da sua intervenção nos diversos domínios, assegurando, sempre que seja necessário, o contributo de outras áreas profissionais (Portugal, 2020).

Durante o ENP na UCC, tive a oportunidade de experienciar e participar no processo de implementação deste programa, através da preparação, execução e avaliação destas sessões. A preparação das sessões envolveu diversas atividades, como a constituição de turmas tendo em conta a idade gestacional, a preparação atempada dos materiais necessários e conteúdos e a realização de entrevistas individuais aos casais antes do início da frequência nas sessões. A DGS preconiza a realização destas entrevistas com o principal objetivo de avaliar o bem-estar físico, emocional e social da grávida e do casal (Portugal, 2020). Estas entrevistas servem também para conhecer melhor estas grávidas/casais, personalizar o acompanhamento e identificar necessidades específicas, de forma a construir um plano de cuidados ajustado às suas expectativas e circunstâncias.

Para além disso, estes momentos foram de extrema importância na medida em que facilitaram a criação de uma relação de confiança entre mim e os futuros pais, promovendo uma experiência mais positiva e informada durante a gravidez, o parto e o período pós-parto (Portugal, 2020). Ainda assim, as entrevistas não são consideradas pela DGS como consultas de vigilância pré-natal, devido aos objetivos preconizados para as mesmas. No entanto, no decorrer do estágio, estes momentos foram encarados como uma oportunidade de aprendizagem, pelo que foram transformados em consultas de vigilância pré-natal.

Tendo em conta a fase da gravidez em que estas mulheres se encontravam ao iniciar as sessões de preparação para o parto e parentalidade, as consultas que realizei neste contexto foram maioritariamente do 3º trimestre, mais especificamente entre as 27 e as 32 semanas de gestação.

Em todas as consultas foi importante solicitar o Boletim de Saúde da Grávida, onde consta toda a informação relativa à sua saúde, com o objetivo de perceber como decorreu a gravidez até aquele momento. Para além de conter informações importantes para a grávida/casal, o preenchimento deste boletim permite acima de tudo assegurar uma correta articulação entre os CSP e os cuidados hospitalares, garantindo uma vigilância segura e eficaz da gravidez.

A avaliação do bem-estar materno-fetal, foram realizadas através de diversas intervenções da competência do EEESMO, incluindo a verificação dos parâmetros vitais, a medição da altura do fundo uterino e a execução das manobras de Leopold de forma a determinar a posição e apresentação fetal (Portugal, 2015). Em todas as situações, os objetivos de cada intervenção foram explicados à grávida e ao casal, pedindo sempre a sua autorização e garantindo a sua privacidade.

Durante cada consulta foram avaliadas as necessidades das grávidas e acompanhantes, tendo em consideração a idade gestacional e o nível de literacia, particularmente no que se refere à saúde sexual e reprodutiva, sendo planeadas intervenções para dar resposta a todas as necessidades identificadas. Tendo em conta que a gravidez constitui um processo evolutivo e dinâmico, a avaliação do risco obstétrico deve ser efetuada em diversas ocasiões, pelo que foi realizada em todas as consultas, para averiguar se existia alguma condição que desaconselhasse a participação destes casais nos PPPP ou que revelasse a necessidade de referenciação para os cuidados obstétricos

hospitalares (Portugal, 2020). Para a avaliação do risco obstétrico, foi utilizada nestas consultas a Escala de Goodwin modificada (Portugal, 2015) (Anexo IV).

Tendo em conta a idade gestacional, foi possível abordar várias temáticas importantes nesta fase da gravidez, nomeadamente: estilos de vida saudáveis, desconfortos, sinais de alerta de parto pré-termo, presença de movimentos fetais, promoção do aleitamento materno, promoção do plano de parto e da visita à maternidade onde planeavam ter o parto, importância da vinculação precoce e da comunicação intrauterina e promoção da saúde mental na vivência da gravidez (Portugal, 2015). Através da abordagem destes temas, foi possível promover decisões informadas no âmbito da saúde pré-natal, fornecendo informações sobre recursos disponíveis na comunidade, em caso de necessidade (OE, 2019b). Além disso, foi também importante verificar outros parâmetros, como a profilaxia da isoimunização RhD, se aplicável, análises laboratoriais realizadas anteriormente e a ecografia obstétrica do 3º trimestre (Portugal, 2015).

Assim, através destas consultas, foi possível cuidar 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 e fetal (OE, 2019b).

Relativamente ao PPPP, ao longo das semanas foi possível participar em todas as sessões práticas e teóricas realizadas na UCC, o que permitiu uma visão abrangente e integrada dos conteúdos abordados nas sessões e das estratégias utilizadas pelas enfermeiras especialistas para empoderar as mulheres/casais/famílias através do desenvolvimento e treino das competências parentais. As sessões teóricas abordaram várias temáticas, nomeadamente anatomia e fisiologia do TP e parto, promoção do aleitamento materno, desobstrução da via aérea no RN, cuidados ao RN e puericultura, adaptação do RN à vida extrauterina, período puerperal e transição para a parentalidade. As sessões práticas estavam essencialmente relacionadas com os exercícios na gravidez, respiração, relaxamento e medidas não farmacológicas de alívio da dor. Todas as temáticas abordadas nos PPPP desta UCC, estão de acordo com as recomendações da DGS (Portugal, 2020).

Neste contexto, foi possível dinamizar duas sessões teóricas a duas turmas diferentes, intituladas “Puerpério: desafios e adaptações à nova fase” (Apêndice I). Ainda que relacionadas com o mesmo tema, estas duas sessões decorreram de formas completamente distintas no que respeita à interação do grupo. Estas diferenças

demonstraram e reforçaram que a orientação e condução de cada sessão é única e depende das características e necessidades das mulheres, pelo que deve ser sempre personalizada e ajustada a cada um dos grupos. Para isso, foi importante adotar várias estratégias, nomeadamente, conhecer os casais que constituíam cada turma através da realização das entrevistas iniciais, criar um ambiente acolhedor e favorável à partilha de experiências, ajustar cada sessão em função da dinâmica do grupo e do nível de interação, entre outras.

As sessões realizadas no âmbito deste programa proporcionaram momentos de partilha de experiências que foram importantes no estabelecimento de uma relação de confiança entre os casais e os profissionais de saúde, permitindo que estes casais se sentissem mais seguros e informados sobre esta nova fase das suas vidas. Estes encontros proporcionaram ainda momentos de partilha e de validação entre casais, o que permitiu também a criação de uma rede de apoio entre eles.

Para além disso, tive a oportunidade de dinamizar, juntamente com as enfermeiras especialistas da UCC, sessões práticas de preparação para o parto em meio aquático, realizadas em parceria com o município. Esta experiência foi extremamente gratificante, pois introduziu uma abordagem inovadora no programa, evidenciando os benefícios das sessões realizadas em meio aquático. Segundo a literatura mais recente, a água proporciona sensação de bem-estar e relaxamento, permitindo às grávidas sentirem-se mais leves e com maior liberdade de movimentos. Além disso, o meio aquático possibilita o trabalho de todas as partes do corpo, proporcionando assim importantes vantagens fisiológicas (Cancela-Carral et al., 2022). De acordo com Stan (2014), os exercícios realizados em meio aquático ajudam na adaptação natural do corpo, melhoram a flexibilidade das articulações e preparam o corpo e a grávida para o parto. Ainda segundo um estudo realizado pelo mesmo autor, a maioria das grávidas aprecia a sensação de suspensão proporcionada pela água, especialmente na fase final da gravidez (Stan, 2014).

No entanto, durante as sessões realizadas no âmbito do PPPP verificou-se uma presença irregular de pais/companheiros. Houve sessões em que a participação masculina rondou os 50%, enquanto outras registaram menor participação. Segundo um estudo realizado por Mendes (2014), a participação dos pais nos PPPP tem um impacto positivo no seu desempenho, aumentando a motivação e as habilidades para cuidar do RN. Além disso, fortalece o vínculo pai-bebé e a relação entre o casal, contribuindo para sentimentos de realização, orgulho e satisfação pessoal. Estes aspetos são particularmente significativos durante a transição para os novos papéis parentais, pois o nascimento de

uma criança também marca o nascimento de um pai (Mendes, 2014). Posto isto, ao longo do estágio foram adotadas algumas estratégias para promover a participação do pai através da criação de um ambiente acolhedor e inclusivo, do envolvimento ativo do pai durante as sessões e do incentivo ao diálogo e à partilha de experiências.

No final das sessões era realizada a avaliação e o registo das mesmas, nomeadamente através do registo de assiduidade e do registo das atividades no sistema informático Sclinico®. Nos casos em que se tratava da última sessão, era entregue um questionário, realizado pelas enfermeiras especialistas desta unidade para avaliar a eficácia da formação e permitir que os participantes expressassem o seu nível de satisfação relativamente ao programa (Anexo V).

Relativamente ao contexto hospitalar, procurei usufruir do máximo de experiências possíveis, sendo que foi também possível desenvolver e adquirir competências relativamente ao período pré-natal. Estas competências foram desenvolvidas essencialmente em contexto de SU, onde destaco algumas experiências relevantes.

Durante o ENP tive contacto com duas situações de perda gestacional que demonstraram e destacaram o papel crucial do EEESMO no suporte às mulheres e famílias que enfrentam estas situações difíceis. O contacto com estas situações ocorreu no SU, onde foi possível monitorizar e acompanhar o TP (OE,2019b). Destacam-se duas situações particularmente desafiantes que decorreram neste contexto. Uma delas envolveu uma interrupção médica da gravidez (IMG) às 24 semanas de gestação, devido a malformações fetais e a outra dizia respeito a uma morte fetal às 38 semanas de gravidez. Nesta última, a grávida recorreu ao SU por não perceber movimentos fetais, situação que resultou num desfecho traumático tanto para esta mulher/casal como para nós, profissionais de saúde.

Após a confirmação do diagnóstico, foi realizado o acolhimento e acompanhamento da mulher/casal/pessoa significativa, criando um ambiente seguro ao longo de todo o processo. Durante esta fase, a intervenção focou-se essencialmente em promover a saúde da mulher/casal durante o processo de resolução da perda gestacional. Entre as intervenções implementadas, destacam-se: o fornecimento de apoio emocional e psicológico; a escuta ativa e empática, permitindo a expressão de sentimentos; a prestação de informações claras e precisas sobre o processo de perda gestacional; a implementação de técnicas de alívio da dor; e, por fim, o respeito pela privacidade e pelos desejos do

casal, tentando sempre que possível, ir ao encontro das suas expectativas. Estas situações culminaram em partos eutócicos, situações extremamente difíceis e delicadas que pude experienciar e que serão abordadas mais à frente.

Em contexto de SU, gostaria de destacar uma situação de realização de uma versão cefálica externa a uma grávida com 36 semanas de gestação. Segundo a Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-fetal (SPOMMF) (2021), a versão cefálica externa é uma técnica realizada pela equipa médica e que tem como objetivo converter um feto em apresentação pélvica num feto em apresentação cefálica a partir da manipulação fetal através do abdómen da grávida. Esta manobra só está indicada a partir das 36 semanas de gestação, pelo maior risco de parto pré-termo associado a idades gestacionais inferiores. Esta experiência permitiu-me conhecer o protocolo existente na instituição, bem como visualizar e colaborar na execução deste procedimento, de forma a esclarecer estes casais sobre os benefícios e riscos associados aos procedimento e taxa de sucesso, para que estes pudessem tomar uma decisão informada. Para além disso, realizei várias intervenções antes, durante e após o procedimento, de forma a garantir a segurança e o bem-estar materno-fetal. Antes e durante a realização do procedimento, procedi à monitorização cardiotocográfica contínua e monitorização dos sinais vitais maternos, no sentido de prevenir eventuais complicações.

A versão cefálica externa pode levar a complicações, ainda que com uma prevalência rara, como é o caso das alterações transitórias da frequência cardíaca fetal (FCF), necessidade de realização de cesariana emergente, hemorragia vaginal anteparto, rotura uterina e traumatismo fetal (SPOMMF, 2021). O acompanhamento psicológico da mulher/casal ao longo de todo o procedimento foi também alvo da minha atenção, proporcionando apoio emocional e esclarecendo todas as dúvidas de forma a reduzir a ansiedade e a proporcionar uma experiência positiva para ambos.

Nesta situação em particular, a versão cefálica externa não foi bem sucedida, uma vez que o feto se encontrava posicionado com o dorso anterior, o que por si só é um fator associado a uma menor probabilidade de sucesso. Esta experiência permitiu-me colaborar diretamente com a equipa médica na execução da técnica da versão cefálica externa, e ainda prestar cuidados após o procedimento, uma vez que o EEESMO desempenha um papel fundamental na vigilância materna e fetal. Para isso, a mulher submetida a manobras de versão cefálica externa permaneceu em vigilância no BP, durante uma hora,

onde realizei uma avaliação criteriosa do bem-estar materno-fetal através da monitorização cardiotocográfica contínua e da monitorização dos sinais vitais. Foi também importante assegurar a continuidade dos cuidados, através de educação para a saúde relacionada com sinais de alerta após a alta hospitalar. Após asseguradas todas as condições de segurança, a mulher teve alta, sem qualquer intercorrência.

No que diz respeito à prestação de cuidados a grávidas com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, foram experienciadas várias situações, como pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, restrição do crescimento intrauterino, entre outras.

Destaco uma situação de pré-eclâmpsia com critérios de gravidade. A situação que experienciei tratava-se de uma primigesta de 22 anos, com uma gestação de 31 semanas e 6 dias, com diagnóstico de restrição do crescimento fetal e pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade. Esta grávida foi encaminhada para o SU pela consulta externa após a realização da ecografia do 3º trimestre, apresentando hipertensão, edemas e cefaleias. Esta situação culminou no internamento da grávida, por hipertensão e proteinúria, tendo evoluído para um diagnóstico de pré-eclâmpsia com critérios de gravidade.

A pré-eclâmpsia é normalmente classificada com ou sem critérios de gravidade. Segundo a *World Health Organization* (WHO, 2011), a pré-eclâmpsia pode ser classificada como grave quando alguma das seguintes condições está presente: hipertensão grave, proteinúria intensa ou disfunção orgânica substancial materna. A progressão de sintomas leves para graves pode ser rápida, inesperada ou até mesmo fulminante, sendo, por isso, necessário transferir a grávida para o BP, para uma vigilância mais apertada. Posteriormente, foi iniciado o protocolo institucional de pré-eclâmpsia, que inclui administração de sulfato de magnésio, para prevenção de convulsões. A administração de sulfato de magnésio, exige intervenções específicas de enfermagem para uma vigilância acrescida devido aos seus efeitos secundários, nomeadamente a avaliação dos reflexos rotulianos, vigilância de sinais de alerta (cefaleias, escotomas, dor epigástrica), e a monitorização horária do débito urinário. Durante este processo, observei que a grávida apresentava débito urinário reduzido nas primeiras duas horas (30 ml e 16 ml, respetivamente), o que foi imediatamente reportado à equipa médica, que prescreveu análises sanguíneas. Os resultados revelaram valores compatíveis com uma síndrome de HELLP, caracterizada por hemólise, níveis elevados de enzimas hepáticas e baixa contagem de plaquetas (WHO, 2011). Segundo a WHO (2011) a síndrome HELLP ocorre

em 10% a 20% das mulheres com pré-eclâmpsia grave, sendo um importante indicador de disfunções orgânicas adicionais e mortalidade. Dada a gravidade da situação e os riscos envolvidos, foi decidida a realização de uma cesariana para término da gestação, com posterior transferência da puérpera para cuidados intermédios.

Através da vivência desta situação, foi possível conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia associada ou concomitante com a gravidez. Além disso, foram também adquiridas outras competências específicas do EEESMO nomeadamente identificação e a monitorização de desvios à gravidez fisiológica, cooperando com outros profissionais no tratamento e referência das situações que ultrapassam o âmbito de atuação do EEESMO.

Assim, de forma geral, no decorrer do ENP e através de todas as atividades realizadas, foi possível adquirir as competências necessárias no que se refere à assistência em cuidados de enfermagem especializados à grávida/casal/família durante o período pré-natal.

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, parto e pós-parto

Segundo os PQCEESMO, desenvolvidos pela OE (2021), o EEESMO cuida da mulher durante o TP, garantindo uma prática de cuidados num ambiente seguro, com o objetivo de otimizar a saúde da parturiente e RN, não esquecendo de cuidar também da pessoa significativa que acompanha a parturiente, contribuindo assim para uma experiência de parto e apoio ao parto positiva. Para além disso, é também da competência deste profissional, cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-parto, no sentido de potenciar a saúde da puérpera, promovendo a adaptação à parentalidade, a recuperação pós-parto e a gestão saudável da conjugalidade pós-parto (OE, 2021).

Neste sentido, a prestação de cuidados à mulher/casal em contexto hospitalar, nomeadamente na sala de partos, foi crucial para adquirir e desenvolver todas as competências atribuídas ao EEESMO. As experiências e atividades desenvolvidas ao longo do estágio serão explanadas neste ponto.

O processo de prestação de cuidados iniciava-se no SU, quando a grávida chegava à unidade hospitalar. Era então realizada a admissão administrativa da mulher/casal, seguida pela triagem e avaliação inicial realizada pelo EEESMO. No primeiro contacto com a mulher/casal, tive sempre o cuidado de me apresentar, explicando o motivo da minha presença e procurando entender as expectativas e sentimentos do casal. A avaliação inicial revelou-se um momento de grande importância, uma vez que permitiu recolher informação relevante sobre a história obstétrica da grávida, assim como estabelecer uma relação de empatia e consequentemente a criação de um ambiente tranquilo e de confiança, favorecendo a expressão de sentimentos da grávida/casal relativamente ao TP e parto.

Durante este primeiro contacto com a mulher/casal, foi possível discutir e refletir sobre os desejos e expectativas relativamente ao TP e parto, independentemente de a mulher ter ou não um plano de parto escrito. O plano de parto é um documento escrito que permite aos casais expressar os seus desejos e preferências relativamente ao modo como gostariam que ocorresse o TP, o parto e o nascimento do bebé (Portugal, 2020). Idealmente, este documento deve ser elaborado com a colaboração dos profissionais de saúde que acompanham a gravidez, nomeadamente o EEESMO, de forma a que os cuidados de saúde prestados e os procedimentos desejados, reflitam uma vontade informada, esclarecida e livre. Ao longo do ENP procurei sempre fazer uma análise atenta a todos os planos de parto dos casais, no sentido de conhecer as expectativas/vontades da mulher/casal. Essa análise foi também essencial para identificar possíveis limitações, como questões logísticas relacionadas à disponibilidade de instalações ou equipamentos específicos. Todos os planos de parto foram exequíveis, na medida em que a maioria dos desejos das parturientes geralmente incluíam: a presença do acompanhante durante o TP e parto; deambulação e liberdade de movimentos; ingestão de líquidos durante o TP; analgesia epidural; não realização de episiotomia por rotina; corte tardio do cordão umbilical; o contacto pele-a-pele após nascimento; amamentação na primeira hora de vida; entre outros. Assim, foi possível assegurar que os desejos e preferências dos casais fossem respeitados e integrados na prática clínica, proporcionando assim uma experiência de parto mais humanizada e centrada na mulher e na família.

Apesar da importância da elaboração do plano de parto, no decorrer deste estágio deparei-me com muitas parturientes que não traziam consigo um plano de parto escrito. No entanto, isso não impediu que as suas preferências e desejos fossem discutidos

oralmente, respeitados e considerados durante todo o processo, esclarecendo todas as dúvidas e assegurando uma experiência de parto alinhada com as suas expectativas e necessidades.

Assim, ao longo da minha prática de cuidados procurei sempre realçar que o plano de parto, quer esteja escrito ou não, poderia, a qualquer momento, ser alterado por vontade própria da mulher. Esse reforço visava garantir que a parturiente se sentisse confortável e segura com as decisões tomadas. Essa flexibilidade é essencial para que possa adaptar-se a circunstâncias imprevistas, sem comprometer a segurança e o bem-estar da mulher e do RN. Posto isto, considero ter atuado de acordo com o plano de parto estabelecido, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado e ainda um ambiente seguro durante o TP e parto.

Após a avaliação inicial e a observação médica, a grávida era internada, passando para o internamento de grávidas ou para o BP, tendo em conta cada situação e a evolução do TP, sempre acompanhada da pessoa que identificava como acompanhante significativo. Nesse momento, era realizado o seu acolhimento, no sentido de promover o conforto e bem-estar dos mesmos, através, da criação de um ambiente tranquilo, estabelecimento de uma comunicação clara e envolvimento do pai/pessoa significativa no processo. Para além disso, foi sempre questionada a vontade dos casais relativamente à minha presença e intervenção nos cuidados, tendo em conta o meu papel de profissional em formação pós-graduada, tendo-se verificado sempre a sua aceitação.

Após a admissão da grávida no BP, era realizada uma avaliação relativamente à fase do TP em que a parturiente se encontrava, ajustando os cuidados prestados a cada estadio. O TP pode ser dividido em quatro fases/estádios, o primeiro estadio denomina-se dilatação, o 2º estadio corresponde ao período expulsivo, o 3º estadio de equitadura e o 4º estadio hemóstase, podendo ainda ser definido como *“o conjunto de fenómenos fisiológicos, que, uma vez induzidos ou espontâneos, conduzem à extinção cervical, à dilatação do colo uterino, à progressão fetal no canal de parto e à sua expulsão para o exterior”* (Fatia & Tinoco, 2016, p.308). Considera-se início de TP quando se instalam contrações uterinas (CU) regulares dolorosas, ao mesmo tempo que se dá a extinção cervical e dilatação (Fatia& Tinoco, 2016).

A avaliação do bem-estar fetal era realizada através da cardiotocografia (CTG). A CTG é uma ferramenta fundamental na monitorização do TP, pois permite identificar

possíveis sinais de sofrimento fetal e assegurar o bem-estar materno-fetal (Ayres-de-Campos et al., 2015). A evidência científica mais atual, sugere que a realização de CTG contínua durante o TP não é necessária para todas as mulheres (Alfirevic et al., 2017). Segundo uma revisão da literatura recente, realizada por Alfirevic et al. (2017), a monitorização fetal contínua, quando comparada com a monitorização intermitente, não demonstrou reduzir a incidência da morte neonatal, mas está associada a um aumento das taxas de cesarianas e partos distócicos. A WHO (2018a) recomenda a monitorização intermitente como prática padrão em situações de gravidez de baixo risco, acrescentando que a monitorização contínua deve ser reservada para situações de risco ou complicações específicas durante o TP. O *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (2022), recomenda a monitorização contínua da cardiotocografia durante o TP em situações específicas tais como: taquissistolia, presença de mecônio, febre materna, suspeita de corioamniotite ou sepsis, perda hemática vaginal que ocorre durante o TP, taquicardia materna, hipertensão, proteinúria, inserção de analgesia regional, utilização de ocitocina e alterações no padrão da FCF, variabilidade ou desacelerações. Assim, a monitorização contínua deve ser considerada tendo sempre em conta os benefícios e os potenciais riscos, individualizando a prestação de cuidados conforme as necessidades específicas de cada parturiente. Importante ainda referir que a monitorização materna e fetal, através da CTG deve ser utilizada como um complemento à avaliação clínica e não como substituto de uma observação cuidada e do pensamento crítico, devendo sempre ser integrada com outras informações para uma interpretação mais abrangente (Ayres-de-Campos et al., 2015).

Neste sentido, a interpretação da CTG foi sempre realizada de forma global, crítica e integrada com outras informações relevantes tendo em conta cada situação clínica, como por exemplo comunicação com a grávida, fatores de risco, exames laboratoriais e outros exames complementares de diagnóstico.

A execução das manobras de Leopold foi crucial para determinar a estática fetal e consequentemente realizar uma correta identificação do foco fetal e do fundo uterino, para a colocação correta das sondas do cardiotocógrafo. Estas manobras fazem parte do exame físico da grávida, idealmente a partir das 36 semanas de gestação e consistem em quatro manobras utilizadas para palpação do útero gravídico de forma a determinar a posição, apresentação e a descida da apresentação, sendo essenciais para a correta monitorização (Superville & Siccald, 2023).

Em contexto de sala de partos, foi possível observar e interpretar os mais variados traçados cardiotocográficos, nomeadamente traçados com características normais, traçados que necessitam de uma monitorização e vigilância apertada, denominados de suspeitos e traçados com características que se desviam da normalidade, que se designam por traçados patológicos. Todas estas experiências foram fundamentais, no sentido em que me permitiram consolidar o conhecimento teórico adquirido anteriormente com a prática clínica, aprimorando cada vez mais a capacidade de identificar e interpretar diferentes padrões da FCF e atividade uterina.

Os traçados normais foram, na generalidade, os mais comuns. Estes traçados caracterizam-se por apresentarem uma linha de base entre 110-160 batimentos por minuto, uma boa variabilidade (entre 5-25 batimentos por minutos) e ausência de desacelerações. Os traçados suspeitos caracterizam-se pela falta de pelo menos uma característica de normalidade, mas que ainda assim, não evidenciam comprometimento claro do bem-estar fetal (Ayres-de-Campos et al., 2015). No decorrer do ENP, interpretei vários traçados com características suspeitas nomeadamente: desacelerações periódicas ou esporádicas, ausência de acelerações e pouca variabilidade (Ayres-de-Campos et al., 2015). Os traçados patológicos que tive a oportunidade de interpretar foram essencialmente por uma linha de base inferior a 100 batimentos por minuto, desacelerações repetitivas, tardias ou prolongadas.

Quando ocorriam desvios ao padrão normal, ou seja, traçados suspeitos ou patológicos, eram necessárias ações imediatas no sentido de evitar resultados neonatais adversos. Assim, a maioria destas situações foi revertida através de intervenções de enfermagem como: interrupção da perfusão de ocitocina/prostaglandinas e alternância de decúbito materno para decúbito lateral esquerdo ou quatro apoios. Quando essas medidas não revertiam a situação, a equipa médica era rapidamente acionada, pois o risco de hipóxia fetal era elevado (Ayres-de-Campos et al., 2015). De acordo com Ayres-de-Campos et al. (2015), existem vários fatores que podem levar a hipoxia aguda fetal, nomeadamente: posição supina materna, hipotensão materna súbita, atividade uterina excessiva e esforços expulsivos maternos durante o segundo estadio de TP. Ainda assim, e segundo o mesmo autor, a causa mais frequente de hipoxia fetal é a atividade uterina excessiva, que pode ser detetada através da presença de taquissistolia no traçado do cardiotocógrafo. No decorrer do ENP, pude contactar com seis episódios de taquissistolia, que se caracteriza pela ocorrência de mais de 5 contrações em 10 minutos, em dois

períodos sucessivos de 10 minutos, ou, em média, durante um período de 30 minutos, que podem levar à diminuição da perfusão placentária de forma transitória e/ou causar compressão do cordão umbilical (Ayres-de-Campos et al., 2015). Nestas situações, foi imperativo agir o mais rapidamente possível, no sentido de prevenir complicações. Estas situações foram sempre referenciadas à equipa médica, por ultrapassarem o âmbito de atuação do EEESMO. De todas as situações de taquissistolia que experienciei três foram revertidas através das intervenções de enfermagem referidas anteriormente e duas foram resolvidas através da administração de salbutamol por via endovenosa, segundo protocolo institucional com o objetivo de realizar tocólise aguda. Existiu ainda uma situação que não reverteu após a adoção de várias medidas e, por isso, foi decidida a realização de cesariana emergente, que acabou por decorrer sem intercorrências.

Considerando o explanado anteriormente, durante o ENP, foram adquiridas as competências relacionadas com a identificação e monitorização do risco materno-fetal durante o TP e parto. Além disso, foi ainda possível consolidar todo o conhecimento teórico com a prática de cuidados.

A maioria das mulheres admitidas no BP encontrava-se no primeiro estadio de TP, denominado de dilatação. Este estadio está dividido em duas fases: a fase latente, que pode ser definida como o intervalo de tempo que decorre desde o início das CU rítmicas e os 5 cm de dilatação (exclusive) e a fase ativa que corresponde ao intervalo que decorre entre a dilatação cervical ≥ 5 cm com apagamento/extinção $\geq 80\%$ e a dilatação completa (Portugal, 2023).

A progressão do TP foi monitorizada através da avaliação de várias características, nomeadamente através da observação do comportamento da mulher e das suas queixas, da frequência e duração das CU, observação física da mulher (linha púrpura), descida da apresentação fetal percecionada através da realização das manobras de Leopold, alteração do muco cervical e também através da realização do toque vaginal (Moncrieff et al., 2022; NICE, 2023).

A avaliação através do toque vaginal é fundamental para determinar as condições do colo uterino (posição, extinção, dilatação, consistência e plano de descida), e para avaliar a situação, apresentação e variedade fetal. A capacidade de perceber e interpretar o toque vaginal foi uma competência que fui aperfeiçoando ao longo das semanas, sentindo cada vez mais sensibilidade e confiança à medida que o estágio foi avançando.

O toque vaginal auxilia também na verificação da adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o TP. A DGS recomenda a realização de exame vaginal de 4 em 4 horas, na fase ativa do primeiro estadio de TP, se nada ocorrer que justifique a realização de um exame vaginal imediato (vontade de realizar esforços expulsivos, CTG suspeita/patológica, necessidade de monitorização CTG interna, entre outros). Na fase latente do segundo estadio de TP o exame vaginal deve ser realizado de 2 em 2 horas e na fase ativa deve ser realizado a cada 30 minutos, salvo exceções que justifiquem a realização de um exame vaginal imediato (Portugal, 2023). Ainda assim, antes da realização deste exame, certificava-me que o mesmo era necessário e que acrescentaria informações importantes para o processo de tomada de decisão, uma vez que, este é um exame invasivo e que pode ser angustiante para a mulher, especialmente se esta apresentar dor ou demonstrar ansiedade, muitas vezes associada a um ambiente desconhecido (NICE, 2023).

De igual forma, antes da realização de qualquer exame ou procedimento, assegurei sempre o consentimento informado da parturiente, a sua privacidade e dignidade, mas também o conforto da mulher (NICE, 2023). Para isso, expliquei de forma clara e compreensível a necessidade da realização da intervenção, os seus benefícios, riscos e alternativas, de forma a garantir uma tomada de decisão informada, consciente e voluntária. De acordo com a WHO (2018a), garantir que a mulher é informada e consente a realização de qualquer intervenção, é essencial para uma experiência de parto positiva. Estudos recentes destacam a importância do consentimento informado na prática clínica em obstetrícia. De acordo com um estudo realizado por Rimmer et al. (2020), a falta de consentimento informado é frequentemente associada a experiências negativas de parto e perceções de violência obstétrica. Posto isto, a prática do consentimento informado é fundamental para melhorar a experiência de parto e fortalecer a relação de confiança entre a mulher/ casal e os profissionais de saúde, pelo que foi sempre um aspeto presente na prestação de cuidados, de forma a assegurar o respeito pelos direitos das mulheres e a promover cuidados baseados em princípios éticos e legais.

O registo da progressão do TP foi sempre realizado de forma meticulosa, tanto em papel no partograma quanto no sistema informático utilizado no hospital onde realizei o estágio, denominado Glintt[®]. A WHO (2018a) destaca que o registo no partograma é uma prática recomendada para uma correta monitorização do TP, acrescentando ainda que a sua utilização pode prevenir complicações e melhorar os resultados maternos e perinatais.

Para além disso, um estudo realizado por Ollerhead & Osrin (2014) demonstrou que a implementação sistemática do partograma melhora a qualidade dos cuidados durante o TP e está associada a uma menor incidência de intervenções desnecessárias. Através do partograma, foi possível registar dados essenciais para a avaliação da progressão do TP ao longo do tempo e todas as intervenções realizadas. Neste documento foram sempre registados dados cruciais, nomeadamente os sinais vitais, a contratilidade uterina, os batimentos cardíacos fetais, as características do líquido amniótico (LA), a dilatação cervical, a extinção, a descida da apresentação fetal, a apresentação e posição fetal e outros dados relevantes, como a administração de fármacos, intervenções realizadas, posições maternas adotadas ao longo do TP, entre outros. Através do registo das horas, foi possível monitorizar a progressão do TP ao longo do tempo, aspeto crucial para avaliar a evolução do TP.

Os registos realizados ao longo da progressão do TP contribuíram para uma avaliação objetiva, para a interpretação e análise crítica da evolução do mesmo, para a continuidade na prestação de cuidados entre a equipa de saúde e também para a uniformização da linguagem utilizada.

Durante o ENP pude contactar também com diversas situações de indução de TP, que consiste no desencadear artificial de CU, de forma a que se inicie o TP. A WHO (2022a), considera que as gestações que se prolongam para além das 41 semanas estão associadas a resultados adversos tanto para as mulheres como para os bebés, defendendo por isso que a indução do TP *“é recomendada para mulheres que se sabe com certeza terem atingido 41 semanas (maior ou igual a 41 semanas +0/7 dias) de gestação”* e ainda que a *“indução rotineira do parto, para mulheres com gestações não complicadas, com menos de 41 semanas não é recomendada”* (WHO, 2022a, p.4).

O valor preditivo de uma indução está relacionado com a avaliação das condições cervicais, através da utilização do índice de *Bishop*, que é crucial na decisão da indução, bem como na escolha do melhor método (Fonseca, 2016). O índice de *Bishop* é o sistema de avaliação cervical mais utilizado na prática clínica e avalia as condições do colo uterino através de cinco características, nomeadamente a dilatação cervical, a extinção, a consistência, a posição e a altura da apresentação (Cal, 2020). Através do cálculo deste índice, torna-se possível distinguir um colo favorável (Índice de *Bishop* ≥ 5) de um colo desfavorável (Índice de *Bishop* < 5) à indução do TP (Cal, 2020). Um colo do útero

favorável é aquele que é considerado maduro para a indução, ao contrário do colo cervical desfavorável que é visto como pouco maduro para a indução de TP (Cal, 2020). Segundo Fonseca (2016), existem duas formas de agir sobre um colo desfavorável, nomeadamente, através de métodos mecânicos ou através de métodos farmacológicos. Durante a prática clínica constatou-se que o método mais utilizado foi o farmacológico através da utilização de prostaglandinas ou ocitocina.

Durante a minha prática de cuidados procurei aprofundar e consolidar conhecimentos relativamente à indução de TP, através da evidência científica mais recente e do conhecimento dos protocolos institucionais. Segundo Fonseca (2016), a indução de TP pode estar associada a algumas complicações, com as quais contactei, tais como, a possibilidade de ocorrer atividade uterina excessiva e hipoxia aguda fetal, pelo que as parturientes submetidas a indução TP, quer através de métodos farmacológicos, quer através de métodos mecânicos, necessitaram de uma maior vigilância de forma a detetar precocemente sinais e sintomas de possíveis complicações. Assim, foram adotadas várias medidas de forma a prevenir essas complicações, nomeadamente: monitorização continua da FCF e da contratilidade uterina, avaliação dos sinais vitais, observação das características do LA, quando aplicável, entre outros.

Com a evolução do TP, a intensidade e a natureza da dor no TP tendem a aumentar à medida que as CU se tornam mais frequentes e intensas. Segundo Oliveira e Pedro (2016, p.415), a dor sentida pela parturiente neste período, pode levá-la a *“rentabilizar os seus recursos, fortalecendo-a e preparando-a para o vínculo com o RN”*. A dor de TP deve ser considerada *“única e altamente individualizada”* para cada uma das parturientes (Oliveira & Pedro, 2016, p.411). Para além disso, e segundo os mesmos autores, é de extrema importância que os profissionais de saúde que contactam com a parturiente, percebam a dor como um fenómeno sensitivo, mas também afetivo de forma a intervirem para minimizar a dor dessa mulher, sempre tendo em conta as suas necessidades e desejos.

Em ambas as fases do 1º estadio de TP, foi possível trabalhar com as parturientes várias medidas não farmacológicas de alívio da dor, de forma a envolver também o companheiro/pessoa significativa. Estas medidas foram postas em prática em todas as parturientes que acompanhei ao longo do ENP, sendo na maioria das vezes utilizada como um complemento da analgesia farmacológica, de forma a proporcionar o maior conforto possível. Ainda assim, existiram cinco situações em que as parturientes não foram

submetidas a qualquer tipo de analgesia farmacológica, duas delas por opção, duas porque não eram elegíveis para este tipo de analgesia (por alterações na coagulação sanguínea) e uma situação em que a mulher deu entrada no BP já em período expulsivo. Estas experiências foram muito enriquecedoras, na medida em que pude testemunhar toda a resiliência e a força destas mulheres e também desenvolver habilidades para oferecer suporte emocional e físico adequado em situações de dor intensa e iminente. Nessas situações o alívio da dor foi realizado exclusivamente através de medidas não farmacológicas, que tive a oportunidade de proporcionar e dar a conhecer às mulheres/casais, nomeadamente: técnicas de respiração e relaxamento, realização de massagem, hidroterapia, utilização da bola de pilates, liberdade de movimentos, musicoterapia e apoio emocional. Estas medidas foram postas em prática, respeitando sempre as escolhas da mulher/casal, de forma a proporcionar-lhes uma experiência de parto positiva e a ir ao encontro das suas expectativas para aquele momento.

À medida que a dor se ia intensificando, a maioria das parturientes que não apresentava contraindicações, solicitava medidas farmacológicas de controlo da dor. Neste sentido, o meu papel enquanto futura EEESMO foi informar e esclarecer as mulheres/casais relativamente à analgesia disponível no serviço, para que estas pudessem tomar decisões de forma consciente e informada.

Durante o estágio tive a oportunidade de contactar com a analgesia sistémica e a analgesia regional. A analgesia sistémica foi realizada essencialmente numa fase mais inicial do TP, mas também foi utilizada como complemento à analgesia epidural. Existiram ainda situações em que a analgesia sistémica foi utilizada por outros motivos, nomeadamente recusa da parturiente à analgesia epidural ou quando existia alguma contraindicação para a realização da mesma. A analgesia sistémica consiste na administração de fármacos opioides (petidina e remifentanil), por via endovenosa, que se caracterizam por ter um início de ação rápido, mas uma eficácia temporária. A administração destes fármacos exigiu uma vigilância rigorosa, para que a dosagem fosse o mais ajustada possível às necessidades da parturiente de forma a garantir o alívio da dor, mas também para vigiar efeitos colaterais relacionados com os fármacos administrados, que podem ocorrer na mulher (hipotensão, náuseas e vômitos, depressão respiratória, sedação, entre outros) e no feto (bradicardias, depressão respiratória) (Kadirogullari et. al., 2021). A medida farmacológica mais utilizada foi, sem dúvida, a analgesia epidural, que segundo Graça (2017), é considerado entre todos os métodos de

alívio da dor, o mais inócuo e eficaz, tanto para a parturiente como para o feto. Aquando da realização da analgesia epidural, adotei diversas intervenções cruciais para garantir a segurança e o bem-estar da parturiente e do feto. Antes do procedimento preparava todo o material necessário, monitorizava os sinais vitais maternos, administrava soroterapia e realizava monitorização cardiotocográfica continua. Durante a execução do procedimento, colaborava com o anestesista na abertura de todo o material, assegurava o posicionamento correto da grávida e proporcionava-lhe apoio emocional de forma a tranquilizá-la. Nesta fase, foi essencial vigiar a resposta materna ao procedimento, observando sinais de desconforto, dor, entre outros. Após o procedimento, ajustava a posição da parturiente de forma a otimizar a distribuição do fármaco, monitorizava os sinais vitais, realizava monitorização do bem-estar materno-fetal através de CTG e assegurava que a analgesia epidural proporcionava alívio adequado, vigiando efeitos colaterais, que pudessem surgir. Posto isto, considero que adquirir outra competência específica do EEESMO, através da cooperação com o médico anestesista, na implementação de algumas das intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.

No decorrer do estágio, pude experienciar a realização de vários procedimentos, como é o caso da amniotomia, que consiste na rotura artificial e intencional da bolsa amniótica, por um profissional de saúde (Mahdy et al., 2023). As orientações da DGS referem que o EEESMO deve *“respeitar a fisiologia do TP, evitando a amniotomia artificial por rotina”* (Portugal, 2023, p.5). Desta forma, a bolsa amniótica deve manter-se intacta até que haja um critério clínico rigoroso para a sua rotura (Portugal, 2023). Segundo Mahdy et al. (2023), as duas principais razões para a rotura artificial das membranas são: induzir/acelerar o processo de TP ou auxiliar na colocação de dispositivos de monitorização fetal interna, de forma a fornecer uma avaliação direta do estado fetal, uma vez que a membrana amniótica apresenta um impedimento físico para esta forma de monitorização. Por outro lado, existem contraindicações para a realização da amniotomia, nomeadamente em casos de vasa prévia, suspeita de inserção velamentosa do cordão umbilical, apresentação insinuada ou apresentação desconhecida, pelo risco aumentado de prolapso do cordão (Mahdy et al., 2023). Além disso, este procedimento está contraindicado em situações em que a mulher não se encontra em TP ativo ou em casos em que a grávida rejeita o procedimento.

Assim, tive a oportunidade de realizar duas vezes este procedimento para colocação do dispositivo de monitorização fetal interna. A amniotomia foi realizada com

técnica assética, durante o exame vaginal, de forma a assegurar que não existe nenhuma das contraindicações referidas anteriormente. Se todas as condições estivessem reunidas, era realizada a rotura de membranas com um amniótomo, esperando pelo momento da contração uterina. No fim da rotura, eram avaliadas as características do LA e mantido o toque vaginal, controlando a saída do LA, de forma a prevenir o prolapso do cordão. Durante o procedimento, foi sempre mantida a monitorização fetal, de forma a avaliar o bem-estar fetal, antes, durante e após a rotura de membranas, de forma a evitar a ocorrência de complicações (prolapso do cordão, compressão do cordão ou infeções).

Em suma, a vigilância do primeiro estadio de TP é de extrema relevância, por diversos aspetos, nomeadamente pela necessidade de monitorizar a progressão do TP, identificar precocemente sinais de complicações, assegurar o bem-estar materno e fetal, proporcionar alívio da dor e conforto à parturiente e também oferecer apoio emocional contínuo, garantindo assim um ambiente seguro e tranquilo que favoreça o desenrolar natural do processo de parto.

Após o primeiro estadio de TP, segue-se o segundo estadio que é denominado período expulsivo. A DGS divide o período expulsivo em duas fases distintas, à semelhança do primeiro estadio. A fase latente do 2º estadio do TP é definida como o intervalo que decorre entre o momento em que é detetada dilatação cervical completa e o momento em que se iniciam os esforços expulsivos maternos. A fase ativa do 2º estadio do TP é definida como o intervalo que decorre entre o início dos esforços expulsivos maternos e o nascimento completo do feto (Portugal, 2023).

Com a entrada neste estadio, é importante avaliar vários fatores de forma a ter em atenção o tempo para reunir e preparar todo o material necessário para o momento da expulsão. Além disso, foi sempre uma preocupação garantir toda a preparação do ambiente físico, incluindo uma verificação geral do reanimador neonatal, de forma a assegurar que o material estava operacional, caso fosse necessário. Foi também importante nesta fase envolver o companheiro/pessoa significativa, criando um ambiente tranquilo, esclarecendo todas as dúvidas, informando sobre todo o processo e mantendo-me por perto de forma a proporcionar toda a calma e segurança a estes casais. Sem dúvida que foi bastante gratificante perceber a envolvimento de vários casais e de alguma forma participar neste que é um momento tão pessoal e tão especial nas suas vidas.

É nesta fase que a parturiente se deve concentrar nos esforços expulsivos, assim que sentir necessidade de o fazer, havendo a possibilidade da implementação de esforços expulsivos dirigidos ou, por outro lado, a adoção de esforços expulsivos espontâneos. A evidência científica mais atual é inconclusiva no que se refere a qual dos métodos é mais benéfico, existindo estudos que apresentam resultados variáveis. De acordo com uma revisão da literatura realizada por Lemos et al. (2017), não existem evidências claras de que um método seja superior ao outro em termos de resultados maternos e neonatais, sendo que os autores sugerem, na ausência de evidências conclusivas, que sejam tidas em consideração as preferências e o conforto da mulher, bem como o contexto clínico.

Na prática de cuidados encorajei as mulheres a seguirem os seus próprios instintos e a encontrar a posição mais adequada para si, de forma a conseguirem realizar os esforços expulsivos da forma mais eficaz possível, o que vai de encontro às recomendações do NICE (2023). Em situações pontuais, em mulheres submetidas a analgesia epidural, constatou-se uma falta de percepção da vontade de realizar esforços expulsivos, o que acabou por prolongar este período, sendo que a percepção de dor é benéfica no sentido de orientar os esforços expulsivos maternos (OE, 2023). Nestas situações, foi necessário realizar algumas intervenções importantes para auxiliar a progressão do parto e garantir a segurança materno-fetal, nomeadamente, a orientação dos esforços expulsivos, o incentivo à mudança de posição, o apoio emocional, o reforço positivo e auxílio na percepção corporal.

A posição materna durante o parto desempenha um papel importante e pode influenciar a experiência de parto da mulher. Ao longo de todo o TP foi possibilitado à mulher a liberdade de movimentos sendo encorajada a adotar a posição que desejasse e que lhe proporcionasse maior conforto para o momento do nascimento. Neste âmbito, tive a oportunidade de assistir partos em diversas posições, nomeadamente em posição sentada, litotomia, lateral, de cócoras e em quatro apoios. A variedade de posições que as mulheres adotaram no decorrer do TP e no momento do parto, parece demonstrar que as mulheres procuram cada vez mais estar informadas relativamente aos benefícios e consequências de determinadas posições. No decorrer do ENP, as posições mais utilizadas no período expulsivo foram a sentada e a lateral e a menos utilizada foi a posição de litotomia, sendo esta última utilizada na assistência a um parto, por desejo da mulher. Nesta situação, a parturiente foi informada relativamente aos benefícios que as posições verticalizadas apresentam e experimentou outras posições, no entanto, referiu

que se sentia mais confortável em litotomia, sendo respeitada e cumprida a sua vontade. Vários estudos sugerem que uma mulher que adota a posição de litotomia pode sentir mais dor no segundo estágio do TP em comparação com posições alternativas de parto (Valiani et al., 2016). Além disso, as posições supinas estão associadas a maiores anormalidades na FCF e a um menor número de partos eutócicos espontâneos do que as posições verticais ou laterais (Satone et al., 2023).

A gravidade favorece o encravamento, a descida da apresentação e a expulsão do feto, uma vez que aumenta os diâmetros ântero-posterior e transversal da pelve materna. Para além disso, existem outros benefícios na adoção destas posições, nomeadamente: a diminuição da incidência de partos distócicos, a melhoria da ventilação materna e do equilíbrio ácido-base materno-fetal e a diminuição das alterações anormais da FCF. As posições verticalizadas favorecem a eficácia das CU e proporcionam um menor nível de desconforto e dor durante o TP, pois permitem que haja liberdade de movimentos, que aumenta os níveis de endorfinas, que consequentemente levam a uma diminuição dos níveis de dor e a um aumento dos níveis de satisfação da parturiente (Amaro et al., 2021). Os mesmos autores evidenciam ainda que quando se adotam posições verticalizadas, existe uma menor necessidade de realizar uma episiotomia, bem como uma menor ocorrência de lacerações perineais de terceiro grau (Amaro et al., 2021).

A monitorização fetal contínua foi utilizada em todas as parturientes durante o segundo estágio de TP. No entanto, o NICE (2022) recomenda, para situações de baixo risco, a realização de auscultação intermitente, neste estágio, acrescentando ainda que esta deve ser realizada imediatamente após uma contração, durante pelo menos um minuto, repetindo no mínimo uma vez a cada quinze minutos. Este foi um tema que tive a oportunidade de debater com alguns EEESMO da equipa, constatando que estes estão cientes das recomendações e da evidência científica mais atual. Ainda assim, relacionaram esta prática com diversas limitações organizacionais e de recursos humanos, que acabam por condicionar a implementação da prática baseada na evidência, nomeadamente os rácios desadequados de EEESMO por parturiente, a sobrecarga de trabalho e a dificuldade em garantir a monitorização intermitente adequada nos períodos de maior pressão nos serviços.

O EEESMO deve ainda reconhecer o padrão fisiológico do segundo estágio de TP, como por exemplo desacelerações precoces de rápida recuperação, com variabilidade

mantida entre contrações, de forma a evitar intervenções desnecessárias (OE, 2015b). Segundo Fatia e Tinoco (2016), são sinais de alerta nesta fase as desacelerações tardias e de recuperação lenta e as bradicardias mantidas, situações que acabaram por acontecer em alguns partos, pelo que foi necessária, em situações que se desviavam do padrão fisiológico normal da FCF, a intervenção da equipa médica. Na maioria dessas situações, o parto acabou por ser assistido pela equipa médica, terminando muitas vezes em partos distócicos, com necessidade de utilização de ventosas ou espátulas para auxiliar no rápido nascimento.

No momento do nascimento, estavam sempre presentes na sala dois EEESMO, sendo que um deles ficava responsável pelo parto e o outro ficava responsável pelos cuidados imediatos ao RN, salvo exceções em que era necessária a colaboração de outros profissionais, o que vai de encontro às recomendações da DGS (Portugal, 2023). Ao longo do estágio, procurei ter sempre o maior número de experiências, ficando também responsável pelos cuidados ao RN, por exemplo, nos partos assistidos por outras estudantes do CMESMO. Para além disso, tive ainda a oportunidade de participar em cesarianas, ficando responsável por receber o RN e prestar os respetivos cuidados imediatos.

À medida que a apresentação ia progredindo no canal de parto, e com o auxílio dos esforços expulsivos maternos, a cabeça do feto começava a coroar à vulva. Nesta fase, tive sempre presente que a proteção perineal é crucial para evitar lacerações, baseando-me nas recomendações e evidências mais atuais. No momento do nascimento, utilizei medidas como a aplicação de compressas mornas no períneo, a massagem perineal e o controlo da velocidade da saída da cabeça fetal, com o objetivo de evitar a expulsão brusca do RN, de forma a proteger o períneo e tecidos circundantes (Aasheim et al., 2017). Segundo uma revisão, realizada por Aasheim (et al., 2017) relacionada com as técnicas de proteção perineal durante o segundo estadio de TP, para a redução do trauma perineal, foram encontradas várias técnicas de proteção do períneo. O mesmo estudo concluiu que a realização da massagem perineal e a aplicação de compressas mornas no períneo podem reduzir traumas perineais graves, como por exemplo lacerações de terceiro e quarto grau. A utilização da técnica “*hands-off*”, que se caracteriza por uma atitude menos interventiva por parte do EEESMO, permitindo que a cabeça do RN coroe a vulva sem manipulação direta do períneo, pode reduzir o número de episiotomias. No entanto, não ficou claro se

essas técnicas tiveram um efeito benéfico relativamente a outros tipos traumas perineais (Aasheim et al., 2017).

A avaliação da necessidade de realização da episiotomia foi outra competência adquirida. Ao longo do ENP, foi possível observar a realização desta técnica, principalmente em partos distócicos. De acordo com a SPOMMF (2022), a episiotomia deve ser realizada por indicação e não por rotina. Segundo a mesma fonte, as indicações para a sua realização incluem: a redução do 2º estadio de TP, suspeita de hipóxia fetal e prevenção de lesão obstétrica do esfíncter anal nos partos vaginais distócicos ou quando ocorreu lesão do esfíncter anal em partos anteriores. Durante o estágio, realizei 2 episiotomias num total de 31 partos, devido a suspeita de hipoxia fetal, o que pode evidenciar uma mudança de comportamentos relativamente a esta técnica e que os EEESMO estão cada vez mais capacitados relativamente à falta de evidência científica existente, uma vez que muito poucos estudos demonstraram a utilidade do uso seletivo da episiotomia (Barjon et al., 2024). Ainda assim, segundo os mesmos autores, as situações em que os profissionais de saúde podem considerar a realização de uma episiotomia são: partos distócicos, distocia de ombros ou sofrimento fetal.

Retomando o momento do nascimento, após a rotação externa da cabeça fetal, procurei sempre excluir a possibilidade de existência de circulares cervicais ou laterocedência da mão e/ou cordão antes do desencravamento dos ombros. Todas as circulares com que me deparei eram largas e de fácil passagem pela cabeça do RN, não havendo necessidade de proceder à laqueação precoce do cordão. A laqueação do cordão pode ocorrer precocemente, quando ocorre imediatamente ou no primeiro minuto após o nascimento ou tardiamente, quando é efetuada depois do primeiro minuto após o nascimento, tipicamente entre o 1º-3º minuto ou quando o cordão para de pulsar (McDonald et al., 2013).

Um episódio que gostaria de destacar foi uma situação em que decorreu distocia de ombros. A distocia de ombros caracteriza-se pela *“retração da cabeça fetal sobre o períneo materno, em direção à pelve, logo após a sua exteriorização na altura do nascimento”*, ao qual se atribui o nome de sinal de tartaruga (Bothou et al., 2021, p.2). Existem vários fatores de risco que têm sido relacionados com a ocorrência desta emergência obstétrica, nomeadamente a macrosomia fetal, a diabetes gestacional, o parto instrumentado e gravidez anterior com história de distocia de ombros (Marques et

al., 2011). Ainda assim, a macrosomia do feto é considerada como fator de risco mais significativo para a ocorrência de distocia de ombros (Bothou et al., 2021). No entanto, a maioria dos casos de distocia de ombros ocorrem na ausência destes fatores de risco, o que reforça a ideia de que esta emergência deve ser encarada como imprevisível (Marques et al., 2011). Esta emergência obstétrica está relacionada com várias complicações para o feto, mas também pode resultar em complicações graves para a mulher (Bothou et al., 2021). No que diz respeito às complicações fetais, pode ocorrer parestesia do plexo braquial, asfixia, encefalopatia hipóxico-isquêmica, fratura do úmero, da clavícula e em casos mais graves, mortalidade perinatal. Nas complicações maternas a mais comum é a lesão dos tecidos moles, nomeadamente o aumento da probabilidade de lacerações de terceiro e quarto grau ou roturas vaginais e da vulva (Bothou et al., 2021). Na situação que presenciei, verificou-se uma situação de fratura da clavícula do RN.

Esta situação foi identificada pela equipa médica, que já estava presente na sala de partos por suspeita de sofrimento fetal, tendo assumido o controlo da situação. No entanto, considero ter sido um elemento importante no pedido de ajuda aos restantes membros da equipa, nomeadamente da equipa de neonatologia. Foi necessário auxílio na realização das manobras externas, tendo assim colaborado com a equipa médica. A distocia de ombros pode ser resolvida através de manobras externas, que não sendo bem-sucedidas, dão lugar às manobras internas. A distocia de ombros que presenciei foi resolvida em menos de dois minutos, com recurso a manobras externas, nomeadamente a manobra de McRoberts, que é considerada pela literatura uma manobra bastante eficaz nestas situações e que consiste na hiperflexão das coxas sobre o abdómen, com o objetivo de aumentar ao máximo o diâmetro pélvico materno (Bothou et al., 2021). Esta manobra é frequentemente combinada com a pressão suprapúbica (manobra de Rubin I), normalmente realizada por outro profissional de saúde (Bothou et al., 2021).

Na maioria dos partos que decorreram sem intercorrências, após a saída dos ombros, e asseguradas todas as condições de segurança, procurava envolver as mulheres na exteriorização do resto do corpo, confirmando se queriam segurar no RN, tendo em conta o combinado e discutido previamente. A maioria das mulheres aceitavam e seguravam o RN, colocando-o imediatamente sobre o seu corpo, iniciando desde logo o contacto pele a pele, seguindo as recomendações da WHO (2018a). Segundo a WHO (2018a) os RN sem complicações devem ser mantidos em contacto pele a pele com as suas mães durante a primeira hora após o nascimento de forma ininterrupta para prevenir

a hipotermia e promover a amamentação. Na prática de cuidados verificou-se por parte da equipa, a preocupação em promover e cumprir o contacto pele-a-pele do RN com a sua mãe. No entanto, este contacto era interrompido para monitorização do peso do RN, embora fosse retomado após o procedimento. Esta prática foi questionada e debatida com os EEESMO da equipa que justificaram que tal era realizado no sentido de agilizar os procedimentos hospitalares necessários para internar o RN, de forma a poder realizar os registos de enfermagem. Existiram ainda dois casos particulares em que o contacto pele a pele não foi possível, embora essas situações tivessem constituído uma minoria, devido a complicações relacionadas com o RN, nomeadamente situações de dificuldade respiratória em que o RN acabou por ser transferido para a neonatologia.

Nos nascimentos que decorriam sem intercorrências, e enquanto o RN estava em contacto pele a pele, eram também implementadas algumas medidas de adaptação à vida extrauterina, como por exemplo a manutenção da temperatura corporal e a avaliação do RN através do Índice de APGAR (IA). O IA permite uma avaliação rápida das condições de vitalidade do RN através de cinco características: a frequência cardíaca, a coloração do RN, a irritabilidade reflexa, frequência respiratória e o tônus muscular, sendo atribuída a cada característica uma pontuação de 0 a 2, da qual resulta um score final. Esta avaliação é realizada de forma sistemática no 1º, 5º e 10º minutos. Este índice permite caracterizar o período de transição do RN à vida extrauterina, sendo que um score entre 7 e 10 demonstra que não houve dificuldade na adaptação à vida extrauterina e um score inferior a 7 traduz dificuldade nessa adaptação (Freitas & Baptista, 2016)

A clampagem do cordão foi quase sempre realizada tardiamente, pois era efetuada após o cordão parar de pulsar, ou seja, sempre após o primeiro minuto de vida, o que vai de encontro às orientações do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), que defende que a clampagem tardia do cordão umbilical aumenta os níveis de hemoglobina no nascimento, melhorando as reservas de ferro nos primeiros meses de vida, o que pode ter um efeito favorável relativamente ao desenvolvimento do RN (ACOG, 2017). Em todas as situações foi questionado à mulher/casal qual a sua intenção relativamente à clampagem do cordão, tendo promovido, sempre que desejavam, a sua colaboração no corte do cordão, registando muitas vezes o momento em vídeos e fotografias, com o consentimento do casal e com a sua máquina fotográfica, para que ficassem com memórias para mais tarde recordarem.

Pontualmente não foi possível realizar a clampagem do cordão após o primeiro minuto de vida e iniciar o contacto pele a pele logo após o nascimento, devido à ocorrência de complicações que poderiam ter posto em causa a sobrevivência do RN. Destaco uma situação em que o RN nasceu com um IA de 6 ao 1º minuto de vida, devido a cianose, reflexos débeis, pouca tonicidade e respiração irregular, o que implicou a clampagem imediata do cordão para ser rapidamente transportado para o reanimador, que embora se encontre dentro da sala de partos, está logisticamente mais afastado. Neste sentido, foi necessária a intervenção do neonatologista, com o qual pude colaborar nos cuidados ao RN com alterações morfológicas e funcionais. Estas são situações que provocam ansiedade e muita preocupação nos pais, pelo que tentei sempre mantê-los informados dos procedimentos realizados e atualizados face ao estado clínico do RN.

Após o nascimento eram colocadas no RN duas pulseiras de identificação. Uma pulseira era eletrónica, constituída por um sistema de alarme que era acionado caso o RN fosse aproximado das portas do serviço, sendo colocada no membro inferior do RN. A outra pulseira era de papel, colocada no membro superior, onde constava o nome completo da mãe. A colocação das pulseiras tem como objetivo garantir a segurança do RN, sendo retiradas unicamente após a alta do RN.

Após o nascimento, segue-se o terceiro estadio de TP, denominado de dequitadura. A dequitadura decorre desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta, que ocorre em dois tempos, no primeiro dá-se a separação da placenta da parede do útero e a descida para a vagina. No segundo tempo, ocorre a saída através do canal de parto (Portugal, 2023; Fatia & Tinoco, 2016).

Segundo Sequeira et al. (2020), a duração da dequitadura é variável, podendo durar entre 5 minutos e 1 hora. Ainda assim, outros autores referem que não existe consenso universal quanto à duração deste estadio e ao momento a partir do qual se define retenção da placenta (Martins & Braga, 2020).

Neste período eram observados os sinais de descolamento da placenta, sendo eles: a hemorragia de separação (repentina perda de sangue oriunda do introito vaginal); as CU; o prolongamento evidente do cordão umbilical à medida que a placenta desce para o introito vaginal; elevação do fundo uterino 2-3 cm acima do umbigo e a mudança de forma do útero de discóide para ovóide (Sequeira et al., 2020). Para além disso, eram também avaliados outros parâmetros relevantes nesta fase, como os sinais vitais

maternos, possíveis sinais de alerta (hemorragia abundante, dor abdominal aguda, alterações no estado de consciência, entre outros) e o estado emocional da mulher.

Existem várias abordagens relativamente à dequitação, podendo ser adotadas condutas distintas pelo EEESMO neste estadio, nomeadamente a conduta ativa, a conduta expectante/fisiológica e, por último, a conduta mista, considerada apenas por alguns autores (Begley et al., 2019). O princípio da conduta expectante/fisiológica, é uma abordagem “*hands off*”, em que o profissional deve aguardar pelos sinais de descolamento da placenta, acabando a mesma por sair de forma espontânea ou através do auxílio da gravidade e dos esforços expulsivos maternos (Begley et al., 2019). A conduta ativa consiste na realização de tração controlada do cordão umbilical, administração de fármacos uterotónicos e realização de massagem uterina (Prada & Rafael, 2016). A conduta mista é uma combinação das duas anteriores.

Segundo a NICE (2023), a conduta ativa do terceiro estadio de TP está associada a um menor risco de hemorragia pós-parto (HPP), quando comparada com a conduta expectante/fisiológica, e, por isso, deve ser a conduta a adotar. A HPP é uma das principais causas de mortalidade materna em todo o mundo, sendo a administração de uterotónicos a medida mais eficaz para reduzir essa ocorrência (WHO, 2018a). A WHO (2018a) recomenda o uso de ocitocina como fármaco de eleição para a prevenção de HPP durante a terceira fase do TP, em todos os nascimentos, de forma a assegurar uma melhor contração uterina e a minimizar a perda de sangue após o nascimento. Na minha prática de cuidados segui sempre as recomendações mais atuais, administrando 10 unidades de ocitocina em perfusão EV, a todas as mulheres (Portugal, 2023). Posto isto, foi adotada uma conduta ativa durante o terceiro estadio de TP.

Realizada a dequitação, procedia sempre à observação rigorosa e minuciosa da placenta (face materna e face fetal), realizando a identificação das membranas (córion e âmnios), verificando a existência de membranas fragmentadas, bem como a integridade dos cotilédones. Para além disso, a placenta era pesada e era também observado o cordão umbilical, verificando a inserção do mesmo, o seu comprimento e o número de vasos (Fatia & Tinoco, 2016). Esta observação cuidada da placenta tem como principal objetivo antecipar e minimizar complicações, tais como: retenção de fragmentos placentares, HPP, atonia uterina, placenta retida, inversão uterina e coagulopatia (Sequeira et al., 2020).

Após a saída da placenta, inicia-se o quarto estadio correspondente ao puerpério imediato, que engloba as duas primeiras horas após a saída da placenta e das membranas amnióticas (Graça, 2017). Nesta fase, procurei sempre verificar o globo de segurança de *Pinard*, com o objetivo de garantir que o útero estava bem contraído e avaliar a perda hemática vaginal. De seguida, era realizada a inspeção detalhada do canal vaginal e do períneo, de forma a verificar a integridade dos tecidos e, se fosse o caso, proceder à correção da episiotomia e/ou laceração perineal. Nas situações em que foi realizada a episiotomia, procedi à episiorrafia, utilizando a técnica de sutura continua, o que vai de encontro à evidência científica atual, que defende que a episiotomia não complicada deve ser corrigida com sutura contínua (SPOMMF, 2022). No caso das lacerações de 1º grau (afetam apenas a pele perineal) e 2º grau (envolvem a pele e os músculos perineais), foi possível proceder à sua correção na maioria dos casos com sutura continua intradérmica e noutros casos com sutura interrompida. No entanto, a evidência científica indica que a técnica de sutura continua, em comparação com o método interrompido, está associada a uma redução da dor perineal e de outras complicações no pós-parto (Mascarenhas, 2020). Ainda assim, ao longo de estágio constatei que a técnica de sutura interrompida era utilizada por alguns profissionais, pois consideravam uma técnica mais simples de executar e mais segura no caso de ocorrerem complicações, embora não exista evidência científica que sustente esta prática. Posto isto, na minha prática de cuidados, abordei e debati várias vezes este tema com os diversos EEESMO da equipa de forma a harmonizar a prática clínica com a evidência científica mais atual.

Confesso que a técnica da sutura perineal foi um desafio pela exigência na aprendizagem e pela dificuldade inicial em identificar os diferentes planos a serem suturados, de forma a preservar a anatomia do períneo e garantir a funcionalidade sexual, obstétrica e vesical da mulher. Contudo, foi algo que fui treinando, aperfeiçoando e adquirindo cada vez mais sensibilidade e experiência com o passar do tempo, tendo adquirido essa competência, com toda a paciência e auxílio da minha enfermeira orientadora. Foi ainda possível observar a correção de uma laceração de 3º grau que ocorreu na sequência de um parto distócico.

Após a correção perineal, eram prestados os cuidados de higiene e conforto, aproveitando também este momento para informar, orientar, e instruir a mulher relativamente aos cuidados de higiene perineal, gestão da dor na região da sutura e prevenção da infeção da ferida. Para além disso, era também fornecido gelo para colocar

na região perineal, de forma a aliviar a dor aguda e edema causados pelo traumatismo perineal sofrido durante o parto (Silva, 2019).

Todos os RN, incluindo os de baixo peso, devem ser amamentados o mais rapidamente possível após o nascimento, assim que a mãe e o bebé estiverem clinicamente estáveis (WHO, 2018a). Apesar desta recomendação, a vontade da mulher era sempre respeitada sendo que todas as mulheres foram questionadas relativamente à sua intenção de amamentar, não tendo contactado com nenhum caso de recusa. Enquanto futura EEESMO, tive a oportunidade de auxiliar as mulheres/casais na promoção da amamentação precoce. Nestes momentos, tentei ao máximo envolver o pai, incentivando-o a ajudar a posicionar o RN e a participar ativamente no processo de criação do vínculo afetivo, tendo obtido um feedback positivo na maioria das situações. Foi também alvo da minha atenção proporcionar um ambiente calmo, acolhedor, garantindo sempre a privacidade do casal, deixando-os desfrutar deste momento tão especial e único, demonstrando disponibilidade para auxiliar sempre que considerassem necessário.

Após o parto, a puérpera e RN permaneciam cerca de 2 horas no BP, para uma vigilância apertada do puerpério imediato, com o objetivo de prevenir complicações pós-parto. Durante este período foi importante manter sempre a vigilância do RN e da puérpera, realizando visitas regulares ao quarto para verificar se tudo estava a decorrer dentro da normalidade. Este período de tempo era utilizado para proceder aos registos de enfermagem possibilitando assim a continuidade de cuidados. Ao longo do ENP, tentei sempre aperfeiçoar os registos, de forma a serem o mais completos e claros possíveis, tendo plena consciência que os registos de enfermagem são uma componente fundamental da prática profissional. Estes registos são essenciais pois contêm toda a informação relativa ao TP e parto, bem como o estado físico da mulher e do RN. Além disso, em situações específicas, os registos elaborados durante todo o TP, parto e pós-parto, podem ser utilizados em situações legais, o que reforça a importância de uma execução meticulosa e precisa dos mesmos.

Passadas, em média, duas horas desde o momento do nascimento, iniciava-se a prestação de cuidados à puérpera e ao RN, com o objetivo de avaliar se era seguro realizar a sua transferência para o internamento de puerpério. Este momento era crucial para avaliar diversos aspetos relacionados com a puérpera e com o RN, que serão explanados a seguir. No entanto, tivemos situações em que a puérpera permaneceu durante mais

tempo no BP (além das 2 horas), devido à necessidade de uma vigilância mais intensiva, para assegurar que a mesma estava estável para ser transferida para o internamento. Entre os motivos que poderiam justificar essa permanência prolongada estavam hipertensão, hipotensão, dor aguda, hemorragia, hipotonia uterina e retenção de fragmentos placentários.

Relativamente à puérpera, e de acordo com as recomendações da WHO (2022b), era realizada a avaliação dos sinais vitais, da altura uterina e da contração uterina através da palpação do globo de segurança de *Pinard*. Para além disso, eram também avaliadas as características da hemorragia vaginal e da ferida perineal, caso existisse. O levante precoce foi incentivado e realizado sempre que possível, pois favorece a recuperação e reduz o risco de complicações como o tromboembolismo (Néné & Sequeira, 2020). Assim, a maioria das puérperas foi ao duche realizar os primeiros cuidados de higiene pós-parto depois de decorridas em média as duas horas pós nascimento, sempre com supervisão, de forma a garantir a sua segurança e a fornecer o apoio necessário neste momento tão delicado de recuperação. No entanto, existiram situações pontuais em que os cuidados de higiene perineais tiveram de ser realizados na cama por diversos motivos, nomeadamente náuseas, tonturas e hipotensão materna.

O exame físico do RN foi sempre realizado após o contacto pele-a-pele e antes de ser transferido para o puerpério. O EEESMO desempenha um papel crucial na avaliação inicial do RN, garantindo a deteção precoce de anomalias ou complicações (OE, 2019b). Gostaria de destacar algumas situações específicas de alterações morfológicas no RN detetadas aquando da realização do exame físico tais como a sindactilia (fusão das partes moles ou ósseas dos dedos das mãos e/ou pés), polidactilia (duplicação parcial ou completa de um ou mais dedos das mãos e/ou pés) e suspeita de fratura da clavícula. Enquanto futura EEESMO, procurei sempre transmitir estas alterações morfológicas de forma clara e sensível aos pais, esclarecendo qualquer dúvida que apresentassem e informando relativamente ao encaminhamento destas situações, nomeadamente, através da referenciação ao neonatologista, para que o RN pudesse ser observado por este.

A administração da vitamina K no RN foi realizada com o consentimento dos pais e após a primeira hora de vida, de forma a não interromper o contacto pele a pele neste período, o que vai de encontro às recomendações da WHO (2018a), que defende que todos os RN devem receber 1 mg de vitamina K por via intramuscular após o nascimento, respeitando a primeira hora em que o RN está em contacto pele a pele. Segundo a

American Academy of Pediatrics, num estudo realizado por Hand et al. (2022), a administração intramuscular de vitamina K é a medida mais eficaz para prevenir hemorragias no RN. Durante o ENP não contactei com nenhuma situação de recusa de administração da vitamina K por parte dos pais.

Neste período, realizei também a profilaxia da infeção ocular, que segundo o protocolo da instituição onde realizei o estágio, consiste na administração de uma pomada ocular denominada cloridrato de oxitetraciclina (antibiótico) para prevenir infeções, sendo este o único fármaco disponível. No entanto, a *American Academy of Pediatrics* (2024) recomenda a aplicação de azitromicina a 0,5% nos olhos de todos os RN, incluindo aqueles que nasceram por cesariana, para prevenir infeções oftálmicas que podem ter consequências na visão do RN. Estas recomendações vão ao encontro de uma revisão da literatura recente que defende que a azitromicina é o fármaco mais recomendado e seguro, verificando-se neste estudo que esta é uma prática comum na generalidade dos países e recomendada por diretrizes universais (Celik et al., 2022). Os mesmos autores defendem ainda que a administração da profilaxia ocular pode ser adiada durante uma hora para facilitar o vínculo entre os pais e o RN, algo que foi cumprido na prática de cuidados.

Nesta fase, tentei incentivar a participação do pai/convivente significativo nos primeiros cuidados ao RN de forma a promover a vinculação precoce entre este e o filho. Terminada esta fase, a puérpera era transferida para o internamento de puerpério, acompanhada do RN e companheiro/pessoa significativa, sendo transmitidos à enfermeira que os recebia, todos os dados relevantes sobre a mulher e RN, bem como toda a informação relativa ao TP e parto. Assim, no que se refere ao puerpério imediato, desenvolvi competências na vigilância da puérpera e do RN, de forma a assegurar o seu bem-estar e providenciar os cuidados imediatos necessários (OE, 2019b).

No decorrer do ENP, experienciei momentos únicos e especiais para estas famílias, sentindo-me grata por me permitirem estar presente e participar num dos instantes mais peculiares das suas vidas, o nascimento de um filho. Estas experiências permitiram-me adquirir e desenvolver competências cruciais para o meu futuro enquanto EEESMO. Para além destas, existiram também situações que permitiram a aquisição de outras competências, e que deixaram marcas no meu percurso académico, como é o caso das situações de perda gestacional. Como referido anteriormente, pude acompanhar algumas situações de perda gestacional, uma temática que será desenvolvida com mais pormenor na segunda parte deste relatório. Estes episódios acabaram por culminar em

partos eutócicos de nados-mortos. Assisti assim o parto de um nado-morto com 24 semanas em apresentação pélvica e o parto de um nado-morto às 38 semanas de gestação em apresentação cefálica.

O controlo da dor foi sempre um foco da minha atenção ao longo do ENP, com particular incidência nas situações de perda gestacional. Assim, implementei estratégias de controlo da dor em colaboração com outros profissionais, no sentido de tornar a experiência desta mulher/família o menos dolorosa possível, tendo em conta o sofrimento já causado por toda a situação. Segundo Miranda & Zangão (2020), a dor física nas situações de perda gestacional deve ser evitada ao máximo por ser considerada extremamente agressiva, já que a dor emocional não é possível evitar.

Todas estas experiências relacionadas com a perda foram difíceis e deixaram marcas no meu percurso académico, pois foi o primeiro contacto que tive com a prestação de cuidados em situação de perda gestacional. Enfrentei desafios iniciais, como a comunicação, o medo do silêncio, o controlo emocional e o receio de ser inconveniente em algum momento. No entanto, vivenciar e estudar estas situações permitiram o desenvolvimento de resiliência emocional, aprendendo a lidar com emoções fortes e geri-las da melhor forma possível, nomeadamente através de estratégias de autocuidado e apoio entre pares. O contacto com estas situações permitiu identificar necessidades na equipa de EEESMO, como a falta de apoio emocional, a escassez de tempo para dedicar a estes casais e falta ausência de protocolos específicos para estas situações.

Ao longo da minha passagem pelo BP, um serviço complexo e exigente, procurei refletir sobre todas as minhas práticas e discutir outras abordagens. Este exercício constante permitiu desenvolver e consolidar competências, mas acima de tudo promover uma prestação de cuidados baseada na evidência e consequentemente mais segura para estas famílias. Através desta análise e reflexão, procurei sempre aprender e retirar o melhor de cada experiência vivida, de forma a promover a excelência dos cuidados de ESMO. O ENP contribuiu para a aquisição de competências que permitem o exercício da Enfermagem Especializada em Saúde Materna e Obstétrica. Salienta-se também o interesse que despertou para a abertura de novos horizontes na prestação de cuidados de qualidade e no âmbito da pesquisa e investigação de forma a impulsionar estudos na área.

3.3 Experiências Mínimas para aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Durante o percurso formativo, o futuro EEESMO deve completar experiências mínimas para que lhe seja reconhecido o título de especialista pela Ordem que o regulamenta, no caso de Portugal, a OE. Essas experiências mínimas estão consignadas na legislação, ponto 5.1-B do Anexo II, da Lei nº 9/2009 de 4 de março, na redação dada pela Lei nº 25/2014 de 2 de maio (p. 2587-2588). Assim, estão definidas as seguintes experiências mínimas:

- a. Consulta de grávidas incluindo pelos menos 100 exames pré-natais;
- b. Vigilância/assistência e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;
- c. Realização pelo aluno de pelo menos, 40 partos; quando este nº não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos;
- d. Participação ativa em partos de apresentação pélvica;
- e. Em caso de impossibilidade, devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deve ser realizada uma formação por simulação;
- f. Prática de episiotomia e iniciação à sutura: a iniciação incluirá em ensino teórico e exercícios clínicos; a prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e rasgões simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada, se tal for indispensável;
- g. Vigilância/assistência e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;
- h. Vigilância/assistência e cuidados, incluindo exame, de pelo menos, 100 parturientes e RN normais;
- i. Observação e cuidados a RN que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes e depois do tempo, bem como RN de peso inferior ao normal e RN doentes;
- j. Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia;
- k. Iniciação aos cuidados em medicina e cirurgia, a iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos.

A uniformização dos números de experiências mínimas torna-se crucial para garantir a qualidade e a segurança na formação dos EEESMO. Esta padronização visa assegurar que todos os profissionais adquirem um conjunto mínimo de competências e conhecimentos, indispensáveis para o exercício competente e seguro da sua prática de cuidados. Ainda que esta uniformização seja essencial, a necessidade de alcançar todos os requisitos obrigatórios para o reconhecimento do título de EEESMO, gerou um certo nervosismo e ansiedade iniciais, que podem ter influência no desempenho no decorrer do estágio. O facto de ter que cumprir um número específico de experiências pode ser desanimador, especialmente quando existem desafios e dificuldades que tornam o cumprimento desses números mais difícil, nomeadamente a existência de outros formandos e a baixa natalidade. Ainda assim, à medida que o tempo ia passando e que iam sendo atingidas todas as experiências necessárias, essa ansiedade e nervosismo diminuíram.

Ao longo do percurso académico, foi possível alcançar todas as experiências mínimas obrigatórias para atribuição do título de EEESMO. Seguidamente, será apresentada uma tabela com todas as experiências realizadas no decorrer do ENP (Tabela 1).

Tabela 1: Experiências mínimas e Experiências realizadas no ENP

Experiências Mínimas (Lei nº9/2009)	Experiências Realizadas
Realização de 100 exames pré-natais	Realizados 110 exames pré-natais
Vigilância e cuidados a 40 parturientes	Vigilância de 53 parturientes
Realização de pelo menos, 40 partos; quando este nº não puder ser atingido, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos;	Realizados 31 partos eutócicos e participação/assistência em 22 partos (eutócicos, distócicos e pélvico)
Participação ativa em partos de apresentação pélvica	Participação ativa em 1 parto de apresentação pélvica
Formação por simulação de parto de apresentação pélvica	Realizada 1 simulação do parto pélvico em contexto formativo
Prática de episiotomia e iniciação à sutura	Realizadas 2 episiotomias com respetiva episiorrafia e 6 correções perineais
Vigilância e cuidados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco	Realizada vigilância de 40 grávidas em situação de risco
Vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos, 100 parturientes e 100 RN normais	Realizada vigilância e exame de 100 RN normais e vigilância de 100 puérperas.
Observação e cuidados a RN que necessitem de cuidados especiais	Realizada observação e cuidados a 9 RN com cuidados especiais (hidrocefalia, prematuridade, patologia respiratória, etc.)
Cuidados a mulheres com patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia	Realizados cuidados a 18 mulheres com patologia ginecológica (cancro da mama e da vulva, prolapso uterino, etc.)
Iniciação aos cuidados em medicina e cirurgia	Realizados cuidados a grávidas com patologia (diabetes, colestase, hiperémese, etc.) Reflexão de casos cirúrgicos relacionados com a área (mama, miomas uterinos, etc.). Participação em cesarianas

PARTE II- COMPONENTE INVESTIGATIVA

De acordo com a OE (2021), a visão dos cuidados especializados do EEESMO assenta em vários pilares, entre os quais se destaca a prática baseada na evidência. As práticas fundamentadas nas melhores evidências contribuem para a melhoria dos resultados de saúde dos utentes, reduzem custos e aumentam a satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde (OE, 2021).

Esta segunda parte do RENP está centrada na prática baseada na evidência, sendo constituída por cinco partes. No primeiro capítulo é apresentado o enquadramento teórico da temática em estudo. No segundo capítulo, apresenta-se a metodologia utilizada para a condução do estudo de investigação, com uma descrição detalhada de cada etapa do processo. A terceira parte diz respeito à apresentação dos resultados encontrados neste estudo de investigação e a quarta parte refere-se à discussão desses resultados. Na última parte, são apresentadas as principais conclusões deste estudo de investigação.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, será apresentado o enquadramento teórico que contextualiza a temática da perda gestacional e a sua relevância tanto para as famílias, como para os profissionais de saúde envolvidos. Deste capítulo fazem parte dois subcapítulos, no primeiro será apresentada uma contextualização da temática em estudo, incluindo definições importantes e no segundo capítulo será explorada a perda gestacional na perspetiva do EEESMO.

1.1 Perda Gestacional: uma realidade atual

A gravidez representa uma experiência única para a mulher, para o casal e para a família em geral. Para além das dimensões biológicas, a gravidez caracteriza-se por ser um *“período de mudanças e várias descobertas de emoções e comportamentos até aí desconhecidos, de novas identidades, de novos significados existenciais e novos papéis”* (Canavarro & Rolim, 2001, pp.256). No entanto, é também um período de novas exigências e necessidades afetivas em relação aos outros, mas sobretudo em relação ao novo ser, estabelecendo-se desde logo entre a mãe e o bebé, uma ligação ativa e recíproca (Canavarro & Rolim, 2001).

Quando uma gravidez não segue o percurso esperado e daí resulta uma perda gestacional, a experiência emocional é profundamente impactante para as famílias, sendo, sem dúvida, uma das experiências mais traumáticas que os casais podem vivenciar, levando muitas vezes a graves alterações na vida familiar (Binnie, 2020). Segundo Lemos & Cunha (2015a), a morte de um filho que ainda se encontra em desenvolvimento tem um grande impacto para os pais, especialmente para a mãe, pois é ela quem vivencia diretamente esse processo em função das transformações corporais.

A perda gestacional tem diferentes definições em todo o mundo. Segundo Barfield et al., (2016), esta refere-se especificamente às perdas ocorridas durante a gravidez, e por isso, antes do nascimento, como é o caso do aborto espontâneo, morte fetal (nado-morto) e interrupções médicas da gravidez. Esta definição vai ao encontro da perspetiva de

Canavarro (2005), que refere que a perda gestacional engloba um conjunto de situações que podem acontecer durante a gravidez, mas acrescenta também as que ocorrem após o parto, podendo ocorrer pelos motivos enunciados anteriormente, incluindo também a morte neonatal. Posto isto, torna-se crucial esclarecer alguns conceitos importantes, relacionados com a temática em estudo.

O aborto espontâneo pode ser definido como sendo o processo de término da gravidez antes de se atingir uma idade gestacional que possibilite teoricamente a viabilidade fetal (Moura, 2010). A WHO (2022c), considera que um aborto espontâneo é uma perda espontânea de uma gravidez antes das 24 semanas de gestação, isto é, antes que o feto seja considerado viável. Ainda assim, a definição da idade gestacional mínima não é universalmente uniforme, não existindo uma definição unânime em todo o mundo (Graça, 2017). Em Portugal, segundo o Decreto-Lei nº131/95, é considerado aborto espontâneo até às 22 semanas de gestação, a partir dessa idade gestacional, considera-se morte fetal.

Segundo a WHO (2021), um nado-morto pode ser definido como um bebé que nasce sem sinais de vida após um determinado limite. Para comparações internacionais, a mesma fonte considera nado morto se o peso ao nascer for de 1000g ou mais, a idade gestacional for de 28 semanas ou mais, ou se o comprimento do feto for de, pelo menos, 35 cm. No entanto, este é também um conceito variável em todo o mundo, o que acaba por dificultar a comparação destes eventos a nível internacional (Ugwumadu, 2015).

Atualmente, podem ser consideradas várias definições de morte perinatal. Segundo Barfield et al. (2016), existem três principais definições para este termo. A primeira definição inclui mortes infantis que ocorrem com menos de 7 dias de vida e mortes fetais com 28 ou mais semanas de gestação. A segunda abrange mortes infantis que ocorrem com menos de 28 dias de vida e mortes fetais a partir das 20 semanas de gestação. A terceira definição inclui mortes infantis que ocorrem com menos de 7 dias de vida e mortes fetais com 20 ou mais semanas de gestação. A interpretação destas definições varia em todo o mundo, influenciada por fatores como a cultura, as perspetivas, as definições clínicas de viabilidade fetal e a disponibilidade de informação (Barfield et al., 2016). No entanto, independentemente da definição utilizada, o conceito de morte perinatal inclui sempre a morte fetal ou nado-morto.

Esclarecidos os conceitos, torna-se evidente que as situações de perda gestacional não são registadas de forma correta e sistemática, mesmo nos países desenvolvidos, sendo, difícil de estimar a sua prevalência em todo o mundo. Ainda assim, a WHO (2018b) afirma que o aborto espontâneo é a causa mais frequente de perda gestacional durante a gravidez, estimando-se que, todos os anos, ocorram cerca de 23 milhões de abortos espontâneos em todo o mundo, o que se traduz em 44 perdas gestacionais por minuto (Quenby et al., 2021). Ainda assim, pelas razões mencionadas anteriormente, suspeita-se que os números podem ser bastante mais elevados.

Os dados conhecidos em Portugal, disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística, permitem concluir que, nos últimos anos, tem-se assistido a uma diminuição no número de mortes perinatais. Em 1960, a taxa de mortalidade perinatal foi de 42,2‰, no ano de 2000 foi de 6,2‰ e em 2022 registou-se uma taxa de 3,3‰ (Pordata, 2023). Estes dados revelam uma diminuição que se deve sobretudo ao avanço tecnológico, que permite uma vigilância e rastreio atempados de complicações durante a gravidez (Miranda & Zangão, 2020).

Contudo, a perda gestacional continua a ser uma realidade nos dias de hoje, que, apesar dos avanços significativos, ainda afeta muitas famílias em todo o mundo (Miranda & Zangão, 2020). Diversos estudos apontam para o impacto negativo e duradouro que estas situações têm nas mulheres e nas famílias, nomeadamente consequências psicológicas, emocionais e físicas, incluindo depressão, ansiedade e transtorno de stress pós-traumático (Blackmore et al., 2011; Murphy et al., 2014). Além disso, a forma como o casal lida com a perda gestacional pode influenciar significativamente a coesão e a satisfação conjugal (Cacciatore et al, 2009).

A perda gestacional é, assim, um tema especialmente sensível que, devido aos motivos mencionados anteriormente, merece reflexão e compreensão, sendo ainda pouco abordado, tanto entre os profissionais de saúde como na sociedade em geral. Assim, os sentimentos destas famílias são muitas vezes incompreendidos e desvalorizados pelas pessoas que os rodeiam, justamente pela dificuldade que a sociedade tem em se sensibilizar com o momento difícil pelo qual o casal está a passar (Rosa, 2020).

Segundo a WHO (2018b), a perda de um filho continua a ser um tema tabu e motivo de vergonha, despertando muitas vezes sentimentos de culpa nas mulheres em todo o mundo. Deste modo, torna-se pertinente refletir sobre a perda gestacional, bem

como sobre as práticas de cuidados associadas a este acontecimento de vida tão marcante para as famílias que o experienciam.

1.2 A Perda Gestacional e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

As situações de perda gestacional requerem um sólido suporte psicológico por parte da rede de apoio do casal, mas também dos profissionais de saúde. Segundo Cabral (2005, pp.89), uma perda no âmbito da gravidez e maternidade deve ser alvo de uma atenção cuidada por parte dos profissionais de saúde que contactam com estas realidades, uma vez que envolvem uma sobrecarga psicológica que pode levar ao desenvolvimento de *“uma ampla gama de transtornos físicos e emocionais”* nestas famílias. Segundo o mesmo autor, os enfermeiros desempenham um papel fundamental quando uma família toma consciência da experiência da perda, essencialmente porque nem todas as famílias têm a mesma capacidade de reagir e gerir emoções perante a morte, podendo surgir dificuldades de adaptação e, em consequência disso, um processo de luto patológico (Cabral, 2005).

A ESMO desempenha uma função crucial no decorrer do processo de uma perda gestacional, uma vez que são os enfermeiros desta área que estão na linha da frente no cuidado e suporte às mulheres e famílias durante estas situações delicadas. Segundo a OE (2019b), é competência do EEESMO promover a saúde da mulher em situações de abortamento, bem como diagnosticar e prevenir complicações em situação de abortamento, de forma a identificar e monitorizar o trabalho de abortamento e ainda conceber, implementar, planear e avaliar intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante e após o aborto. Para além disso, o EEESMO é ainda responsável por providenciar cuidados à mulher, facilitando a sua adaptação nestes momentos críticos. Cabe a estes profissionais conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de apoio à mulher e às famílias durante o período de luto em situações de abortamento, cooperando, sempre que necessário, com outros profissionais de saúde (OE,2019b).

Tendo em conta as suas inúmeras competências nesta área, estes profissionais devem estar preparados para prestar os melhores cuidados a estas famílias, oferecendo-

lhes todo o apoio de que necessitam. No entanto, podem surgir diversas dificuldades em lidar com a morte num “*ambiente em que diariamente brotam novas vidas.*” (Miranda & Zangão, 2020, pp. 2). A perda gestacional pode ter repercussões psicológicas negativas e graves para as mulheres/famílias, mas também pode ter impacto nos profissionais de saúde. Segundo Rocha (2013), estas situações provocam nos profissionais sentimentos de frustração, incómodo e sensação de impotência, o que os leva, muitas vezes, a questionarem-se sobre quais as atitudes mais corretas a ter em determinado momento. Segundo a mesma autora, é também evidente que estes profissionais têm a “*consciência (...) de atitudes menos positivas que muitas vezes têm e que reconhecem ser uma atitude de defesa decorrente da própria necessidade de também eles se afastarem da situação*” (Rocha, 2013, p.73).

Durante a formação académica dos EEESMO, apesar de este tema estar contemplado na maioria dos planos de estudos, a carga horária atribuída à temática pode ser insuficiente para uma abordagem aprofundada da perda gestacional. Assim, pode ser importante intervir de forma adequada e sensível para suprir essa lacuna e preparar os profissionais de saúde para saber lidar com situações de perda gestacional. Para além disso, durante a realização do ENP, pude contactar com diversas situações de perda gestacional, o que me fez vivenciar, enquanto profissional, estes momentos dolorosos, tanto para as famílias como para os profissionais de saúde. Ao vivenciar estas situações e ao partilhar estas experiências com os diversos EEESMO que faziam parte do serviço onde estagiei, foi possível identificar algumas perspetivas, dificuldades e necessidades sentidas pelos profissionais, que me fizeram refletir sobre as perspetivas e experiências do EEESMO relativamente à perda gestacional. Ao longo da minha prática de cuidados, foi perceptível que o EEESMO tem de corresponder as expectativas e necessidades das mulheres/casais, mas também lida diariamente com as suas próprias emoções, competências e necessidades, deparando-se muitas vezes com limitações dos próprios serviços de saúde, que acabam por dificultar todo este processo. A falta de formação continua, a ausência de espaços físicos adequados para receber estes casais e proporcionar-lhes privacidade e conforto bem como a falta de protocolos de atuação nestas situações, tornam este processo mais difícil para os profissionais de saúde.

É, assim, desejável que os EEESMO estejam devidamente informados e capacitados para lidar da melhor forma possível com situações de perda gestacional, compreendendo a dimensão deste fenómeno na vida das famílias. No entanto, será que se

tem dado a devida atenção ao impacto emocional, às competências específicas e às necessidades de formação e apoio aos EEESMO que assistem mulheres e famílias que sofrem uma perda gestacional? Posto isto, surgiu o interesse de investigar sobre esta temática, com o objetivo de mapear o conhecimento científico existente acerca das perspetivas e experiências do EEESMO relativamente à perda gestacional.

2. METODOLOGIA

Neste capítulo serão abordadas as opções metodológicas que nortearam a realização deste estudo, fazendo referência a todo o percurso metodológico percorrido.

2.1 Objetivo e Finalidade do Estudo

O objetivo deste estudo é mapear o conhecimento científico existente acerca das perspetivas e experiências do EEESMO relativamente à perda gestacional. A finalidade deste estudo é contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pelos EEESMO a mulheres e famílias que enfrentam a perda gestacional, promovendo um entendimento mais profundo dos desafios e necessidades que enfrentam na prática clínica. Além disso, pretende-se promover ambientes de trabalho e políticas de saúde que apoiem os EEESMO, melhorando a qualidade do suporte emocional e técnico que oferecem nessas situações.

2.2 Questão de Investigação

A questão de investigação visa nortear toda a pesquisa e foi elaborada segundo a metodologia da JBI que obedece aos critérios de elegibilidade com base na mnemónica PCC (Participantes, Conceito e Contexto), tendo como participantes os EEESMO, como conceito as perspetivas/experiências destes profissionais relativamente à perda gestacional e como contexto a perda gestacional (Aromataris, et al, 2024). Partindo da mnemónica PCC, emergiu a questão de investigação para a *Scoping Review*: “Qual o

conhecimento científico disponível sobre as experiências e perspectivas do EEESMO relativamente à perda gestacional?”

2.3 Tipo de Estudo: *Scoping Review*

Tendo em conta a questão de investigação e o objetivo deste estudo, a metodologia mais adequada selecionada para este estudo foi a *Scoping Review*. Segundo Peters et al. (2015), a *Scoping Review* tem como objetivos: mapear o conhecimento disponível subjacente a uma determinada área de pesquisa; identificar lacunas no conhecimento existente e constituir um exercício preliminar que justifique e informe a realização de uma possível revisão sistemática da literatura sobre o tema. Munn et al. (2018), acrescentam ainda que este tipo de estudo, investiga um amplo campo da literatura, identificando e mapeando toda a produção científica existente até ao momento sobre determinada temática. Assim, a *Scoping Review* é considerada a ferramenta ideal para fornecer uma visão geral sobre determinado tema, não servindo, no entanto, para responder a uma pergunta específica ou realizar uma avaliação crítica sobre os resultados encontrados.

A realização de uma *Scoping Review* sobre o conhecimento científico existente acerca das perspectivas e experiências do EEESMO relativamente à perda gestacional permite dar resposta a vários objetivos. Primeiramente, permite uma visão abrangente sobre a temática, através da reunião de uma ampla gama de estudos e evidências já publicadas sobre o tema, permitindo definir e comparar tudo o que foi descrito sobre a questão de investigação. Adicionalmente, através da elaboração deste estudo, pretende-se identificar possíveis lacunas no conhecimento e áreas de pesquisa que necessitem de uma maior investigação.

Esta *Scoping Review* foi realizada de acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI) que pressupõe a elaboração prévia de um protocolo (Apêndice II). O protocolo desta *Scoping Review*, foi previamente elaborado e registado na plataforma Open Science Framework®, com o objetivo de promover a transparência desta investigação. Este protocolo foi ainda publicado numa revista indexada (Morim, 2024).

2.4 Critérios de Inclusão

De forma a responder à questão de investigação e delimitar as fontes de informação a serem incluídas nesta revisão, foram definidos critérios de inclusão. Segundo a metodologia proposta pelo JBI, os critérios de inclusão devem ser elaborados de acordo com a mnemónica “PCC”, no sentido de direccionar a pesquisa para a evidência relevante e para dar resposta à questão de investigação. Assim, os critérios de inclusão devem incluir os participantes, o conceito e o contexto. Podem ainda incluir os tipos de fontes (Aromataris et al., 2024).

Neste sentido, determinou-se como participantes os EEESMO que prestam ou prestaram cuidados a mulheres/famílias que tenham passado por uma situação de perda gestacional (não foram aplicadas restrições de género, idade ou outras características pessoais). Relativamente ao conceito, neste estudo serão abordadas as perspetivas e experiências do EEESMO em relação à prestação de cuidados em situações de perda gestacional. O contexto deste estudo é a perda gestacional, sendo que se considera para este estudo em específico todas as perdas gestacionais que tenham ocorrido de forma espontânea, sendo excluídos todos os artigos que abordam a interrupção voluntária da gravidez.

No que se refere aos tipos de fontes, foram incluídos nesta *Scoping Review* estudos publicados em bases de dados científicas, nos últimos 5 anos. Foram ainda considerados outros textos como documentos de opinião, relatórios ou dissertações, não publicados em bases de dados, mas que fossem pertinentes e que respondessem à questão de investigação. Foram incluídos estudos redigidos em português, inglês e espanhol.

2.5 Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa utilizada para uma *Scoping Review* deve ser o mais abrangente possível, de forma a identificar fontes primárias de evidências publicadas e não publicadas, bem como revisões da literatura (Aromataris et al., 2024). A pesquisa bibliográfica desta *Scoping Review* foi realizada durante o mês de março de 2024, sendo executada em três etapas distintas.

Numa primeira fase, foi realizada uma pesquisa inicial acerca do tema “Perda Gestacional na perspectiva do EEESMO”, inicialmente limitada apenas a duas bases de dados científicas, nomeadamente a PubMed® e a CINAHL®. Para isso, foram utilizados termos livres como: perda gestacional/*pregnancy loss*, perspectivas/*perspectives*, experiências/*experiences* e enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

A segunda etapa passou por identificar as palavras chave/termos indexados e termos mais utilizados nos títulos e resumos dos artigos encontrados. As palavras-chave foram previamente validadas na plataforma DeCS/Mesh – Descritores em Ciências da Saúde (2023), com o objetivo de uniformizar os dados encontrados através de uma terminologia única de semântica em saúde. Assim, foram definidas as seguintes palavras-chave: aborto; morte fetal; enfermeira obstétrica; saúde materna.

Para além destas, foram ainda selecionados termos livres utilizados de forma frequente nos títulos e resumo dos artigos que iam sendo encontrados, de forma a poder amplificar ao máximo a pesquisa. A partir desses termos, foi construída uma frase booleana. Nessa frase foram utilizados operadores booleanos como “AND” e “OR” entre as palavras-chave, de forma a ampliar a pesquisa e assim encontrar o maior número de publicações. A técnica dos operadores booleanos assume uma grande utilidade e pertinência em questões de especificidade de pesquisa numa base de dados, quando existe a necessidade de combinar termos (Gonçalves, et al., 2021). Assim, a frase booleana utilizada foi a seguinte: “(((*pregnancy loss*) OR (*fetal death*) OR (*fetal loss*) OR (*abortion*) OR (*miscarriage*) OR (*stillbirth*) OR (*perinatal loss*)) AND ((midwives) OR (nurse midwives)) AND ((*perspectives*) OR (*experiences*)))”

A última etapa consistiu na pesquisa em diferentes bases de dados científicas, nomeadamente, PubMed®, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP®), SCOPUS®, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS®) e CINAHL®, sendo a equação de pesquisa adaptada a cada uma das bases de dados utilizadas, sendo selecionados vários filtros em cada uma delas (Apêndice III).

Foi também realizada uma pesquisa na plataforma google académico, com o objetivo de procurar literatura cinzenta relacionada com o tema e que respondesse à questão de investigação.

2.6 Seleção dos Estudos

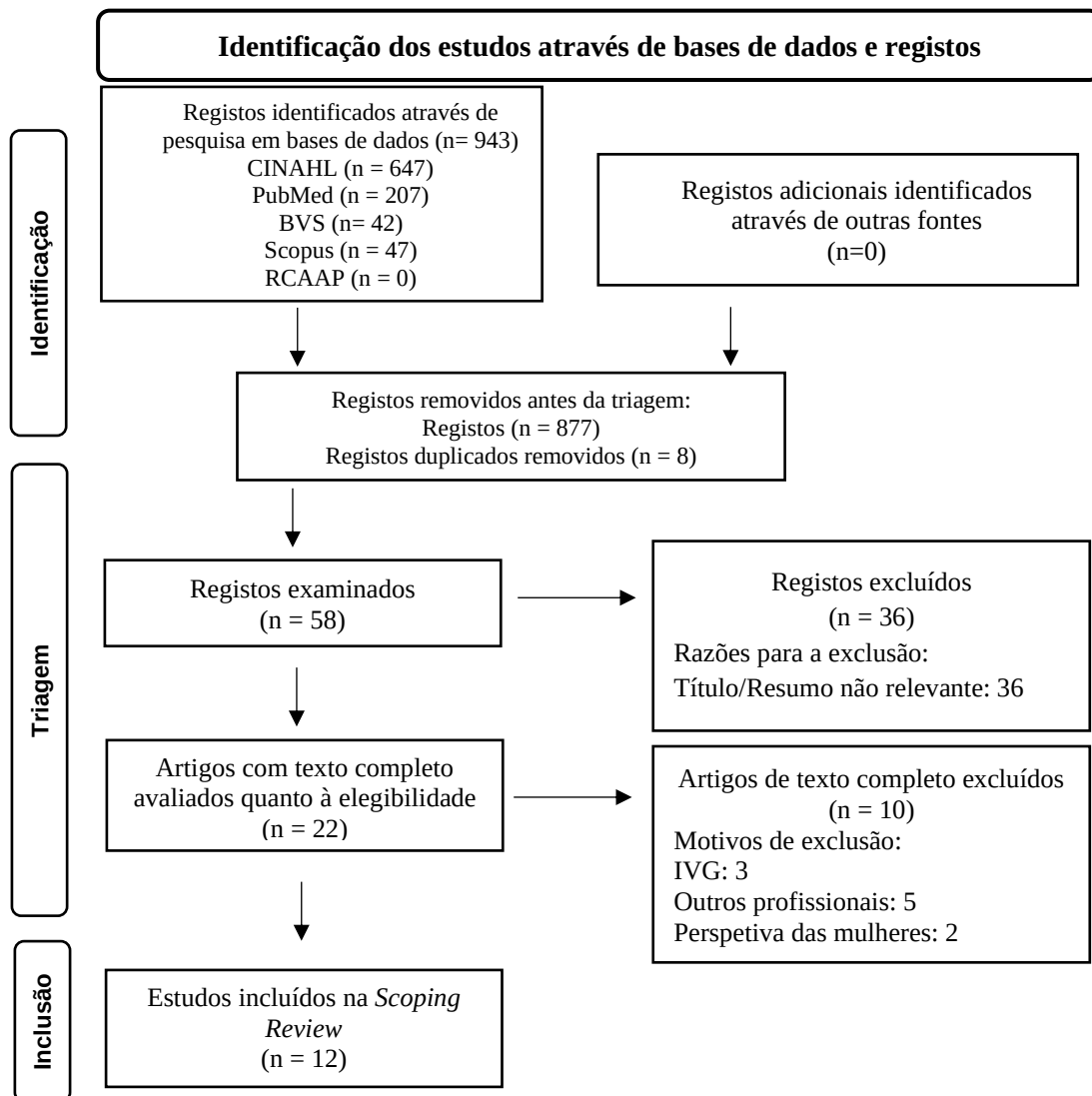
Através da pesquisa nas diferentes bases de dados, foram encontrados um total de 943 artigos, sendo 647 base de dados CINAHL[®], 207 artigos na PubMed[®], 47 artigos na Scopus[®], 42 artigos na BVS[®], sendo que nenhum artigo foi encontrado no RCAAP.

A seleção dos estudos foi realizada em duas etapas distintas, de forma a assegurar o processo de elegibilidade dos artigos. Houve uma primeira e uma segunda triagem, realizadas em momentos diferentes e de forma independente por dois revisores (A.M e R.R). Sempre que surgiam discordâncias, o consenso era alcançado através de discussão, recorrendo a um terceiro investigador (C.F.). A primeira triagem foi concretizada através da leitura e análise do título e resumo de cada artigo encontrado, eliminando desde logo aqueles que não cumpriam os critérios de inclusão, ou seja, passaram apenas para a próxima fase 22 artigos, sendo eliminados 36 artigos.

A segunda triagem consistiu na leitura integral dos artigos e enquadramento dos mesmos de acordo com os critérios de inclusão, sendo eliminados nesta fase 10 artigos. As razões para a exclusão dos artigos na segunda etapa foram sempre registadas e serão apresentadas no fluxograma a seguir. Assim, foram considerados elegíveis para a presente *Scoping Review*, um total de 12 artigos.

De seguida, será apresentado o fluxograma da pesquisa realizada, traduzido e adaptado do *PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)*, seguindo as indicações do JBI (Aromataris et al., 2024). A abordagem PRISMA apresenta de forma sintetizada todas as fases desde a pesquisa até à seleção dos artigos a incluir na revisão.

Figura 1: Diagrama PRISMA



2.7 Extração de Dados

Após a seleção dos estudos, seguiu-se a extração dos dados que foi realizada de forma independente por dois investigadores (A.M e R.R.). Os dados foram obtidos dos artigos selecionados utilizando uma ferramenta de extração de dados, de forma a verificar a elegibilidade desses mesmos artigos. O instrumento de recolha de dados utilizado foi uma adaptação do modelo proposto pela JBI, que ao longo do processo sofreu alterações, de acordo com as necessidades sentidas (Aromataris et al., 2024).

Este instrumento foi aplicado a todos os estudos selecionados para esta *Scoping Review* e consiste numa tabela para registar as principais informações de cada estudo

nomeadamente, título, autores, país, ano de publicação, objetivos, critérios de inclusão, metodologias e principais resultados/conclusões (Apêndice IV).

Este instrumento foi previamente testado através de uma etapa piloto. Para isso, foi validado em duas fontes, de forma a garantir que todos os resultados relevantes eram extraídos. Esta etapa piloto foi realizada por dois investigadores separadamente, recorrendo a um terceiro em caso de discrepâncias na extração de dados.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Nesta etapa, será realizada a caracterização dos estudos incluídos nesta *Scoping Review* e apresentada a síntese dos principais resultados dos 12 estudos selecionados. O objetivo é fornecer uma visão abrangente e detalhada sobre as perspetivas e experiências do EEESMO em relação à perda gestacional.

Durante a apresentação dos resultados, será adotada a terminologia utilizada em cada estudo para designar os profissionais de saúde da área da Saúde Materna e Obstétrica. Tal é necessário, devido às diferentes terminologias empregues em contextos internacionais, o que impossibilita a utilização de um termo universal. Assim, de forma a respeitar a nomenclatura de cada país, os termos utilizados serão: *midwives* e *obstetric nurses*, conforme citado nos artigos selecionados.

Caracterização dos Estudos

Esta *Scoping Review* incluiu 12 artigos. De seguida, apresenta-se a caracterização desses estudos, proporcionando uma visão abrangente sobre o contexto em que foram realizados, as metodologias utilizadas e os participantes envolvidos.

Os estudos selecionados foram realizados entre os anos de 2020-2023. A maioria dos estudos são oriundos da Europa (n=7), cinco são de Espanha (Fernández-Basanta et al., 2020; Fernández-Alcantara et al., 2020; Fernández-Basanta et al., 2021a; Fernández-Basanta et al., 2021b; Garcia-Catena et al., 2023), um dos estudos é do Reino Unido (Mills et al., 2022) e outro da Turquia (Yenal et al., 2023). Existem ainda dois estudos da Oceânia, provenientes da Austrália (Laing et al., 2020; Obst et al., 2021) e os restantes estudos são oriundos da Ásia (n=3), sendo dois estudos originários da China (Qian et al., 2022; Lin et al., 2021) e um da República Democrática Popular de Laos (Choummanivong et al., 2020).

A metodologia qualitativa foi utilizada na generalidade dos estudos (n= 9) (Fernández-Alcantara et al., 2020; Fernández-Basanta et al., 2021a; Mills et al., 2022; Yenal et al., 2023; Laing et al., 2020; Obst et al., 2021; Qian et al., 2022; Lin et al., 2021; Choummanivong et al., 2020). Os restantes são revisões da literatura (n= 3), sendo um deles uma revisão sistemática da literatura (Garcia-Catena et al., 2023) e dois deles meta-etnografias (Fernández-Basanta et al., 2020; Fernández-Basanta et al., 2021b).

Relativamente aos estudos primários, a amostra foi variável, existindo estudos em que a amostra foi constituída por profissionais de saúde de diversas áreas e outros estudos em que a amostra foi constituída apenas por *midwives* e *obstetric nurses*. Para esta *Scoping Review* foram apenas analisados os resultados referentes às *midwives* e *obstetric nurses*, por constituírem a população de interesse para a temática em estudo.

Os estudos selecionados são apresentados detalhadamente na tabela 2, onde constam os principais aspetos relacionados com os objetivos, participantes, metodologia e principais resultados.

Tabela 2: Resumo dos Artigos Seleccionados

Título	Autores	País	Ano	Objetivos	População/Amostra	Metodologia	Principais Resultados
E1: “ <i>Perinatal Loss: Experiences of Midwives and Nurses</i> ”	Kerziban Yenal, Pinar Tektas, Aysegul Donmez e Hulya Okumus	Turquia	2023	Conhecer as experiências das parteiras e enfermeiras turcas ao cuidar de famílias que passaram por uma perda perinatal	15 profissionais de saúde que trabalham numa clínica e num hospital turco: 10 <i>midwives</i> + 5 <i>obstetric nurses</i>	Estudo qualitativo descritivo Entrevista individual	-Sentimentos negativos -Falta de formação na área - Ausência de um protocolo padrão para lidar com estas situações -Pensamentos positivos e rezar foram estratégias utilizadas para ultrapassar a dor
E2: “ <i>Involuntary Pregnancy Loss and Nursing Care: a Meta-Ethnography</i> ”	Sara Fernández Basanta, Maria Jesús Movilla Fernández, Carmen Coronado, Haizea Llorente Garcia e Terese Bondas	Espanha	2020	Sintetizar as experiências de enfermeiras e parteiras nos cuidados aos pais após uma perda involuntária da gravidez	<i>midwives e obstetric nurses</i>	Meta-etnografia: Pesquisa qualitativa Incluiu 10 estudos qualitativos de vários países (Irlanda, Canadá, EUA, Espanha e Nova Zelândia)	- Cultura organizacional sem apoio - Falta de competências comunicacionais - Evitar contactos por insegurança - Sentimentos negativos, Culpa e Exaustão Emocional - Falta de apoio emocional e desvalorização

E3: <i>“There is trauma all round”: A qualitative study of health workers experiences of caring for parents after stillbirth in Kenya and Uganda</i>	Tracey A. Mills, Elizabeth Ayebare, Jonan Mweteise, Allen Nabisere, Raheli Mukhwana, Anne Nendela, Grace Omoni, Sabina Wakasiaka, Tina Lavender	Reino Unido	2022	Explorar as experiências vividas por profissionais de saúde que cuidam de mulheres após nados-mortos no Quênia e no Uganda	61 profissionais de saúde: 12 <i>midwives</i> + 37 <i>obstetric nurses</i> + 10 médicos	Estudo qualitativo Entrevista individual	-Falta de competências comunicacionais - Sentimentos negativos e de culpa/responsabilidade -Falta de tempo para dedicarem a estas famílias -Falta de competências no apoio ao luto -Comunicação entre a equipa pouco eficaz -Falta de apoio organizacional - Memórias pessoais difíceis
E4: <i>“Responding to catastrophe: A case study of learning from perinatal death in midwifery practice”</i>	Robert E Laing, Catherine M Fetherston, Paul Morrison	Australia	2020	Explorar as experiências das <i>midwives</i> na prestação de cuidados e na aprendizagem com a morte perinatal	17 profissionais de saúde: 16 <i>midwives</i> e 1 estudante da especialidade de <i>midwife</i>	Estudo qualitativo 1. Questionário enviado por email para recolher dados demográficos 2. Atividade de grupo no Blog (atividade de debate no blog) 3. Discussão de Grupo 4. Entrevista individual por email	- Falta de preparação - Sentimentos negativos e de responsabilidade - Difícil separação entre a vida pessoal e profissional - Falta de apoio emocional e compreensão de familiares e colegas - Partilha de sentimentos proporcionou conforto - Cuidar destas famílias foi gratificante - Foi importante para as parceiras ajudar a garantir que as famílias ficaram com lembranças do bebé

E5: “ <i>Exploring interactions between women who have experienced pregnancy loss and obstetric nursing staff: a descriptive qualitative study in China</i> ”	Jialu Qian, Weihong Wang, Shiwen Sun, Mengwei Wu, Lu Liu, Yaping Sun and Xiaoyan Yu	China	2022	Compreender como as mulheres que vivenciaram a perda gestacional e a equipa de enfermagem obstétrica percebem as suas interações e que fatores podem influenciar as suas experiências	26 participantes: 6 <i>obstetric nurses</i> , 13 <i>midwives</i> e 7 mulheres que experienciaram perda gestacional	Estudo qualitativo descritivo Entrevista individual Dados demográficos foram recolhidos através de um questionário que antecedeu a entrevista	- Falta de tempo na prestação de cuidados - Sentimento negativos/culpa - Falta de competências comunicacionais - Exaustão emocional e <i>burnout</i> - Falta de competências na gestão da dor física - Falta de apoio emocional - Falta de momentos de reflexão sobre as experiências
E6: “ <i>Men’s grief and support following pregnancy loss: A qualitative investigation of service providers’ perspectives</i> ”	Kate Louise Obst, Clemence Due	Australia	2021	Explorar as experiências dos prestadores de serviços no apoio aos homens após um aborto espontâneo ou natimorto na Austrália	7 profissionais de saúde: 1 <i>obstetric nurse</i> +1 <i>midwife</i> +1 <i>grief counselor</i> +2 assistente social+ 1 <i>art therapist</i> +1 <i>parent supporter</i>	Estudo qualitativo descritivo Entrevista individual	- Envolvência apenas da mãe nos cuidados - Dificuldade em envolver o pai nos cuidados - Consultas de acompanhamento são focadas nas mulheres e pouco no homem

E7: “ Primary healthcare midwives’ experiences of caring for parents who have suffered an involuntary pregnancy loss: a phenomenological hermeneutic study ”	Sara Fernández-Basanta, Carmen Coronado, Terese Bondas, María-Jesús Movilla-Fernández	Espanha	2021	Perceber as experiências das parteiras dos cuidados de saúde primários que cuidam de pais que sofreram uma perda involuntária de gravidez	11 <i>midwives</i> dos cuidados de saúde primários	Estudo qualitativo Entrevista individual	- Falta de conhecimento e competências comunicacionais, o que leva a evitar contactos - Dificuldade em controlar emoções - CSP permitiu as parteiras relacionar-se melhor com os casais - Falta de recursos do SNS para gerir o impacto emocional - Falta de tempo para realizar as consultas - Má comunicação entre CSP e cuidados hospitalares - Dificuldade em envolver o homem nos cuidados
E8: “ Nurses’ and midwives’ perceptions and strategies to cope with perinatal death situations: A systematic literature review ”	Cristina Garcia-Catena, Pablo Ruiz-Palomino, Steven Saavedra, Juan D. Gonzalez-Sanz	Espanha	2023	Sintetizar os resultados que exploram as experiências e as estratégias de <i>coping</i> de enfermeiras e parteiras em situação de morte perinatal	<i>midwives</i> e <i>obstetric nurses</i>	Revisão sistemática da literatura Incluiu 13 estudos (5 qualitativos e 8 quantitativos). Realizados em vários países (China, Espanha, Itália, EUA, Canadá, Austrália e Singapura)	- Baixo nível de satisfação em situação de morte perinatal - Falta de implementação de estratégias - Défice de formação - Partilha de experiências, sentimentos e preocupações com os pares foi uma estratégia

E9: <i>“Stillbirth in Lao PDR: a healthcare provider perspective”</i>	Molina Choummanivong , Sediqa Karimib, Joanne Durhamd, Vanphanom Sychareun, Vicki Flenady, Dell Horey, Fran Boyle	República Democrática Popular de Laos	2020	Explorar as experiências dos profissionais de saúde na prestação de cuidados a nados-mortos na RDPL	33 profissionais de saúde: 11 médicos, 5 <i>midwives</i> , 4 enfermeiras generalistas e 7 médicos	Estudo qualitativo exploratório com realização de entrevista individual	- Falta de conhecimentos - Sentimentos de frustração por se sentirem impotentes - Sentimentos de culpa
E10: <i>“In the hospital there are no care guidelines’: experiences and practices in perinatal loss in Spain”</i>	Manuel Fernández - Alcantara, Laetitia Schul-Martin, M ^a Paz Garcia Caro, Rafael Montoya-Juarez, M ^a Nieves Perez-Marfil, Emmanuelle Zech	Espanha	2020	Identificar e examinar as experiências e práticas subjetivas de profissionais experientes no atendimento à perda perinatal no contexto hospitalar na Espanha	16 profissionais de saúde: 4 enfermeiros, 2 neonatologistas, 1 psicóloga, 4 <i>midwives</i> , 4 auxiliares de enfermagem e 1 funcionário de uma funerária	Estudo qualitativo descritivo Entrevista individual	- Sentimentos negativos - Falta de habilidades/competências emocionais - Falta de organização e de recursos administrativos - Falta de apoio emocional - Falta de conhecimento - Falta de um protocolo específico

E11: <i>“Unravelling the grief of involuntary pregnancy loss: A meta-ethnography of midwives’ and nurses’ emotional experiences”</i>	Sara Fernández-Basanta, Carmen Coronado, Terese Bondas, Haizea Llorente-García, María-Jesús Movilla-Fernández	Espanha	2021	Sintetizar as experiências emocionais de parteiras e enfermeiras no cuidado a pais que sofreram uma perda involuntária da gravidez	<i>midwives e obstetric nurses</i>	Meta etnografia interpretativa que incluiu 11 artigos primários qualitativos. Realizados em vários países (Canadá, EUA, Nova Zelândia, África do Sul, Espanha e Irlanda)	- Cuidado emocionalmente exigente e desgastante - Memórias/ traumas - Comportamentos de afastamento no cuidado e não se envolverem emocionalmente com os pais - Fé, religião, introspecção partilha de emoções, tirar dias de folga ou consumir álcool moderadamente, foram estratégias utilizadas - A educação e o treino foram essenciais para cuidar das famílias - Falta de apoio organizacional, falta de protocolos e conhecimento
E12: <i>“From self-compassion to compassionate action: reflecting on ending life of stillbirth care in nursing”</i>	Chien-Hui Lin, Ying-Chun Liu Hsien-Hsien Chiang	China	2021	Explorar as experiências das enfermeiras com o trabalho de parto de um bebé natimorto	10 <i>obstetric nurses</i>	Estudo qualitativo com análise fenomenológica com realização de sessões em grupo (focus group)	- Sentimentos de Vergonha, culpa e sofrimento - Desvalorização do impacto emocional - Dificuldade em controlar as emoções, mesmo com muita experiência - Falta de diretrizes relacionadas com os cuidados ao nado-morto

3.1.1 Síntese dos Resultados

Os principais resultados foram organizados por categorias, tendo em conta a natureza dos mesmos. Posto isto, foram identificadas 3 categorias, nomeadamente: “impacto emocional”, “desafios enfrentados e estratégias utilizadas” e, por fim, “necessidades sentidas”. A tabela 3 sintetiza os resultados encontrados consoante cada categoria.

IMPACTO EMOCIONAL

No que diz respeito a esta categoria, oito estudos relataram que a perda gestacional tem um impacto emocional negativo nas *midwives/obstetric nurses* que prestam cuidados a estas famílias, experienciando muitas vezes sentimentos como tristeza, raiva, frustração, culpa, insegurança, entre outros (Yenal et al., 2020; Fernández-Basanta et al., 2020; Mills et al., 2022; Laing et al., 2020; Qian et al., 2022; Choummanivong et al., 2020; Fernández-Alcantara et al., 2020; Lin et al., 2021).

A exaustão emocional/*burnout* foi referida em três dos estudos, como uma consequência da constante prestação de cuidados a famílias que sofrem uma perda gestacional (Fernández-Basanta et al., 2020; Mills et al., 2022; Qian et al., 2022), levando, em alguns casos, a reflexões sobre abandonar a profissão de *midwives/obstetric nurses* (Mills et al., 2022). Por outro lado, um estudo mencionou que algumas *midwives* sentiam que quanto mais tempo trabalhavam e lidavam com situações de perda, menos afetadas se sentiam (Yenal et al., 2023). Ainda assim, dois estudos revelaram que as *midwives/obstetric nurses* sentiam que era gratificante cuidar destas famílias (Garcia-Catena et al., 2023; Laing et al., 2020).

Por outro lado, três estudos demonstraram uma desvalorização relativamente ao impacto emocional sentido pelas *midwives/obstetric nurses*, tanto pelas organizações de saúde (Fernández-Basanta et al., 2020; Lin et al., 2021), como pelos amigos ou familiares, o que revelou falta de compreensão e tornou difícil para os profissionais discutir/desabafar sobre estas experiências fora do contexto profissional (Laing et al., 2020). Três estudos demonstraram ainda que a prestação de cuidados a estas famílias despertou nas *midwives/obstetric nurses* experiências pessoais e familiares e memórias

difíceis de ultrapassar (Mills, et al., 2022; Fernández-Basanta et al., 2021a; Fernández-Basanta et al., 2021b).

DESAFIOS ENFRENTADOS E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS

Relativamente aos desafios enfrentados na prática de cuidados, sete estudos relataram que as *midwives/obstetric nurses* sentem uma lacuna no que diz respeito à formação específica relativa à prestação de cuidados a famílias que sofreram uma perda gestacional e também em relação ao apoio ao luto (Garcia-Catena et al., 2023; Choummanivong et al., 2020; Fernández-Alcantara et al., 2020; Fernández-Basanta et al., 2020; Mills et al., 2022; Fernández-Basanta et al., 2021a; Fernández-Basanta et al., 2021b). Para além disso, um desses estudos acrescentou ainda que esta falta de preparação advém desde a fase em que *midwives/obstetric nurses* eram estudantes (Fernández-Basanta et al., 2020).

A falta de competências comunicacionais foi apontada em cinco estudos como uma dificuldade enfrentada pelas *midwives/obstetric nurses* na prestação de cuidados (Fernández-Basanta et al., 2021a; Mills et al., 2022; Qian et al., 2022; Garcia-Catena et al., 2023; Qian et al., 2022). Esta falta de competências comunicacionais pode levar a atitudes de afastamento por parte destes profissionais, levando-os a evitar contactos com as famílias por não saberem o que dizer, prejudicando a prestação de cuidados, o que foi mencionado em cinco estudos (Fernández-Basanta et al., 2021a; Garcia-Catena et al., 2023; Fernández-Basanta et al., 2020; Qian et al., 2022; Fernández-Basanta et al., 2021b).

Outros desafios foram ainda referidos em vários estudos. A falta de tempo para as *midwives/obstetric nurses* dedicarem à prestação de cuidados e consultas foi apontado em três estudos como um problema que afeta a sua relação com as famílias (Fernández-Basanta et al., 2021a; Mills et al., 2022; Qian et al., 2022). A falta de apoio por parte das organizações de saúde foi mencionada em três estudos (Fernández-Alcantara et al., 2020; Fernández-Basanta et al., 2021a; Fernández-Basanta et al., 2021b). Dois estudos mencionaram ainda que as *midwives/obstetric nurses* sentiram dificuldade em envolver o homem nos cuidados, evidenciando uma abordagem centrada apenas na mulher (Obst et al., 2021; Fernández-Basanta et al., 2021a). Um dos estudos referiu ainda falta de

comunicação entre os cuidados de saúde hospitalares e os CSP (Fernández-Basanta et al., 2021a).

Relativamente às estratégias utilizadas, quatro estudos revelaram que as *midwives/obstetric nurses* consideram que a partilha de experiências, sentimentos e preocupações com colegas de equipa é uma estratégia positiva para conseguirem ultrapassar estas situações difíceis (Garcia-Catena et al., 2023; Yenal et al., 2023; Laing et al., 2020; Fernández-Basanta et al., 2021b). Outras estratégias foram adotadas pelas *midwives/obstetric nurses* no sentido de minimizarem a própria dor, nomeadamente crenças ou práticas espirituais (Laing et al., 2020; Fernández-Basanta et al., 2021b), reflexão e introspeção, partilha de emoções com os colegas de equipa, usufruir de férias/folgas ou até mesmo, consumo de álcool de forma moderada, no sentido de esquecer a situação (Fernández-Basanta et al., 2021b).

NECESSIDADES SENTIDAS

Vários estudos evidenciaram algumas necessidades sentidas pelas *midwives/obstetric nurses* na prestação de cuidados a famílias que viveram uma perda gestacional. Dois estudos referiram a necessidade de criação de espaços próprios para estas famílias, de forma a reduzir os impactos ambientais no seu estado emocional e para terem toda a privacidade necessária para expressar os seus sentimentos, bem como para um acompanhamento constante dos familiares nestas situações (Qian et al., 2022; Fernández-Alcantara et al., 2020).

A necessidade de criação de um protocolo específico para lidar com as situações de perda gestacional, foi mencionada em três estudos (Fernández-Alcantara et al., 2020; Fernández-Basanta et al., 2021a; Fernández-Basanta et al., 2021b). Um outro estudo referiu ainda a necessidade de criação de diretrizes relacionadas com os cuidados ao corpo do nado-morto (Lin et al., 2021).

Em dois estudos as *midwives/obstetric nurses* referiram como essencial ter apoio emocional, considerando-o fundamental para a sua sobrevivência emocional (Laing et al., 2020; Qian et al., 2022). Um estudo demonstrou a necessidade de criação de momentos de reflexão com a equipa de trabalho sobre as situações e experiências vivenciadas (Qian

et al., 2022) e outro estudo revelou que foi importante para as *midwives* assegurarem que as famílias levavam consigo lembranças/recordações daqueles bebês (Laing et al., 2020).

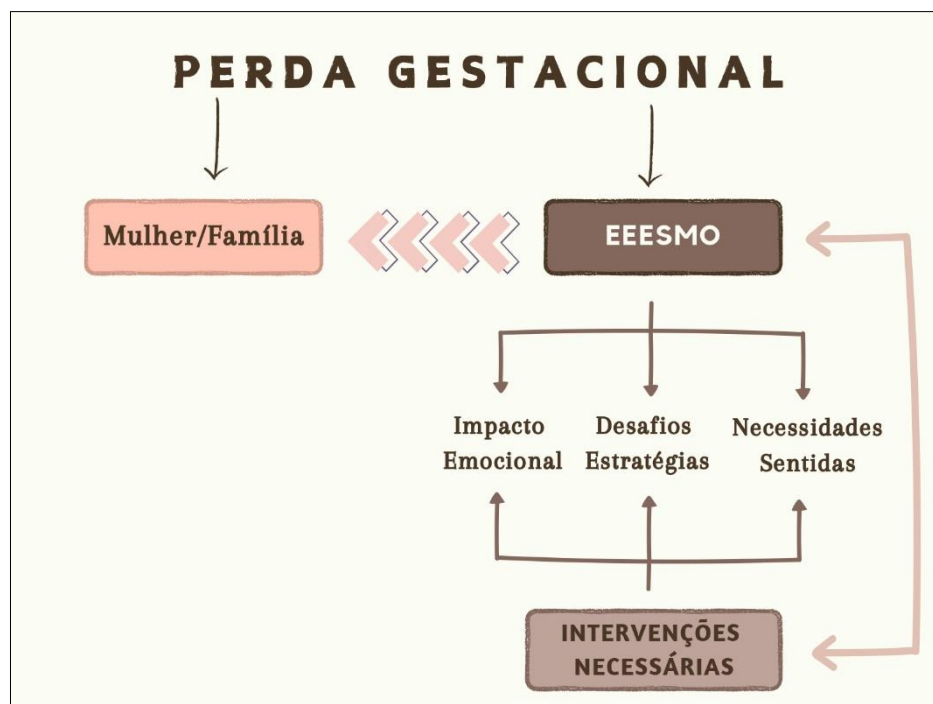
Tabela 3: Categorização dos Resultados

Impacto Emocional	Desafios e Estratégias	Necessidades Sentidas
- Impacto negativo; - Sentimentos Negativos; - Exaustão Emocional; - Gratificante; - Desvalorização do impacto emocional; - Memórias pessoais e traumas passados difíceis de ultrapassar; - Prática de cuidados emocionalmente exigente e desgastante.	<u>Desafios:</u> - Falta de formação específica; - Falta de competências comunicacionais que levam ao afastamento no cuidado; - Falta de tempo para a prestação de cuidados; - Falta de apoio emocional e desvalorização do impacto emocional; - Falta de comunicação entre cuidados hospitalares e CSP; - Dificuldade em envolver o pai nos cuidados. <u>Estratégias:</u> - Crenças e práticas espirituais; - Consumo moderado de álcool; - Reflexão e introspeção; - Partilha de emoções com colegas de equipa; - Usufruir de férias/folgas.	- Criação de espaços próprios para as famílias; - Criação de um protocolo de atuação específico; - Criação de diretrizes relacionadas com os cuidados ao nado-morto; - Fornecimento de apoio emocional aos profissionais; - Criação de momentos de reflexão com a equipa; - Assegurar que as famílias fiquem com recordações; - Adquirir competências relacionadas com a gestão da dor física nestas situações.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objetivo desta *Scoping Review* foi mapear o conhecimento científico existente acerca das perspectivas e experiências do EEESMO relativamente à perda gestacional. Os resultados obtidos através da análise dos estudos selecionados, apresentados no capítulo anterior, comprovam a relevância da problemática em estudo, uma vez que relatam a diversidade de experiências e desafios enfrentados por *midwives/obstetric nurses* ao lidar com situações de perda gestacional. Os estudos revelam, de facto, uma complexidade emocional e profissional envolvida na prestação de cuidados nestas situações. A figura 2 representa de forma esquemática as categorias emergentes desta *Scoping Review*, que serão discutidas neste capítulo

Figura 2: O EEESMO e a Perda Gestacional



A diversidade de contextos geográficos e metodológicos dos estudos selecionados oferece uma visão multifacetada das práticas e desafios enfrentados por *midwives e obstetric nurses*. A predominância de metodologias qualitativas (n=9), reflete a necessidade de compreender de forma profunda as experiências dos profissionais de

saúde em contexto de perda gestacional. Patton (2014) argumenta que os métodos qualitativos são indispensáveis para captar a profundidade das experiências humanas, especialmente em contextos de cuidados de saúde onde as dimensões emocionais são intensas. As entrevistas são particularmente eficazes para explorar as dimensões emocionais e subjetivas da prestação de cuidados, permitindo aos profissionais de saúde expressarem detalhadamente os seus sentimentos e reflexões acerca das suas práticas e desafios diários (Creswell et al., 2013). A utilização de revisões da literatura (n=3) oferece uma síntese crítica e integrativa das evidências existentes. Segundo Bearman et al. (2012) as revisões da literatura são particularmente valiosas em campos complexos e multifacetados, pois integram diversas fontes de evidência para oferecer uma visão consolidada.

Os resultados encontrados revelam que cuidar de famílias em situação de perda tem um **impacto emocional** nos profissionais de saúde. A perda gestacional acontece, muitas vezes, sem aviso prévio, o que faz com que este acontecimento seja inesperado, tanto para as famílias, como para os profissionais de saúde, não existindo tempo para antecipar a dor ou para se prepararem para este acontecimento (Kersting & Wagner, 2012). Este facto emergiu, num dos estudos seleccionados, como um fator de agravamento do impacto emocional (Laing et al., 2020), que vai de encontro a evidências anteriores que afirmam que o carácter inesperado da perda pode intensificar o sofrimento quer dos casais, quer dos profissionais de saúde (Kersting & Wagner, 2012).

Nos estudos de Laing et al. (2020) e Mills et al. (2023), as *midwives* descrevem a morte perinatal como algo para o qual não se sentem, de todo, preparadas. Estas profissionais referem ainda que este acontecimento causa um impacto emocional negativo, despertando muitas vezes experiências e memórias pessoais difíceis de ultrapassar, o que revela que os acontecimentos de vida de cada profissional podem influenciar o impacto que estas situações têm no quotidiano (Yenal et al., 2023). Estes resultados estão em consonância com a literatura existente, que realça que estes profissionais vivenciam sentimentos de perda intensa e profunda ao experienciar uma morte fetal, ficando emocionalmente envolvidos no luto da família pela perda de um filho (Miranda & Zangão, 2020). Resultados semelhantes foram também encontrados em pesquisas anteriores, que revelaram que a maioria dos profissionais que trabalham em

maternidades e que lidam com a morte perinatal, tiveram impactos negativos no seu bem-estar psicológico, sentindo-se muitas vezes deprimidos e esgotados (Shoreya et al., 2016).

Vários artigos relataram por parte das *midwives/obstetric nurses* sentimentos negativos associados à prestação de cuidados a estas famílias, nomeadamente: infelicidade, tristeza, ansiedade, impotência, desamparo, angústia, irritação, frustração e incapacidade (Yenal et al., 2023; Fernández-Basanta et al., 2020; Mills et al., 2022; Laing et al., 2020; Qian et al., 2022; Choummanivong et al., 2020; Fernández-Alcantara et al., 2020). Estes sentimentos revelam, mais uma vez, a complexidade emocional de encarar a morte nestas situações delicadas. A vivência destes sentimentos negativos e a elevada exigência emocional, podem impedir as *midwives/obstetric nurses* de irem mais além dos cuidados centrados nas tarefas, condicionando muitas vezes a prática de cuidados, o que ficou claro em três dos estudos (Qian et al., 2022; Fernandez-Basanta et al., 2020; Fernandez-Basanta et al., 2021a). Um dos estudos selecionados relata ainda que este facto pode levar a que estas profissionais evitem contactos e encontros com estas famílias, mantendo uma comunicação superficial, pelo medo de se envolverem emocionalmente (Qian et al., 2022).

Dois dos estudos desta scoping, revelaram que as *midwives/obstetric nurses* prestaram muitas vezes cuidados centrados nas tarefas, de forma a evitar encontros e conexões emocionais com os casais, para não se envolverem emocionalmente, muito por se sentirem inseguras e pouco preparadas (Fernández-Basanta et al., 2020; Fernández-Basanta et al., 2021a). A literatura existente confirma estes resultados, revelando que esta pode ser uma ação de autoproteção, uma vez que estes profissionais podem ter dificuldade em gerir as suas reações pessoais ao mesmo tempo que desempenham um papel profissional (Moon et al., 2009). Segundo Lemos & Cunha (2015a), esta estratégia do profissional de saúde se distanciar com o objetivo de se proteger do impacto que aquele sofrimento lhe pode causar, pode evidenciar uma falta de preparação para lidar com estas situações. Esta abordagem, embora possa oferecer uma proteção temporária ao profissional de saúde, compromete a qualidade dos cuidados prestados às famílias, que muitas vezes necessitam de um suporte emocional significativo nestas situações. Além disso, a literatura mais recente sugere que o distanciamento emocional pode, a longo prazo, contribuir para o esgotamento e o *burnout*, em vez de preveni-los, uma vez que os

profissionais continuam a acumular esse stress emocional, sem existir um processamento adequado dessas experiências (Maresca et al., 2022).

As *midwives/obstetric nurses* vivenciam sentimentos de culpa e responsabilidade pela morte do bebé, sendo que estas profissionais chegam a questionar a sua própria competência e a perder a confiança nas suas capacidades, ainda que sejam capazes de reconhecer que estas situações estão fora do seu controlo (Fernández-Basanta et al., 2020; Laing et al., 2020). Estudos anteriores fazem referência à vivência deste tipo de sentimentos na prestação de cuidados em situação de perda (Schott & Henley, 2016; Moon et al., 2009), acrescentando que os sentimentos de culpa podem estar relacionados com as expectativas que os profissionais de saúde têm em relação aos avanços da tecnologia na assistência perinatal e às experiências acumuladas ao longo dos anos. Assim, é importante fornecer dados e informações atualizadas sobre a morte perinatal, bem como promover a sensibilização da sociedade perante este evento traumático (Shoreya et al., 2016).

Nesta *Scoping Review*, foram também incluídos dois estudos provenientes de países de baixo rendimento. Esses mesmos estudos referem que as *midwives/obstetric nurses* vivenciam igualmente estes sentimentos de culpa, mas com a consciência de que muitas vezes são as deficiências dos serviços de saúde as responsáveis pelas situações e não os seus próprios cuidados (Choummanivong et al., 2020; Mills et al., 2023). Ainda nestes estudos, estas profissionais referem que correm o risco de serem consideradas culpadas pelas instituições de saúde, o que acaba por ter um impacto no seu bem-estar mental e por vezes afeta a sua capacidade de prestar cuidados. Estudos anteriores realizados em países de baixa renda, referem que os sentimentos de culpa e responsabilidade são exacerbados pela perceção destes profissionais de que as falhas do sistema de saúde estão fora do seu controlo (Simwaka et al., 2005). Outros estudos refletem ainda sobre as lacunas nos serviços de saúde, como a falta de recursos básicos ou recursos limitados (Pembe et al., 2010).

Sentimentos de exaustão emocional são também vivenciados pelas *midwives* quando se envolvem emocionalmente com estas mulheres e famílias (Fernández-Basanta et al., 2020). Segundos os resultados encontrados, a vivência constante destes sentimentos pode levar os profissionais desta área a esgotamento/*burnout*, especialmente em situações recorrentes de perdas gestacionais. Isto leva-os a ponderar abandonar o serviço em que

trabalham, ou até mesmo a profissão, por não se considerarem capazes de cuidar das famílias que enfrentam situações de perda (Fernández-Basanta et al., 2020; Mills et al., 2023; Qian et al., 2022). Fernández-Basanta et al. (2020) consideram ainda que o facto de o impacto emocional não ser reconhecido e, portanto, ser subvalorizado pela maioria das organizações de saúde, pode levar a um esgotamento profissional e a uma exaustão emocional. No entanto, foram encontrados neste estudo resultados contrários, uma vez que algumas *midwives* sentem que quanto mais tempo trabalham e lidam com situações de perda, menos afetadas se sentem (Yenal et al., 2023). Estes resultados não corroboram um estudo anterior, que evidenciou que os níveis de *burnout* foram positivamente relacionados com a antiguidade e a exposição recorrente à perda perinatal, acrescentando ainda que os níveis de *burnout* não foram associados à competência pessoal e profissional (Gandino et al., 2019). Isto significa que os profissionais que possuem maior experiência e que estão frequentemente expostos à perda, têm um maior risco de desenvolver *burnout*, o que pode ser explicado pelo facto de estarem expostos a uma carga emocional constante que pode intensificar a exaustão emocional, apesar de a experiência proporcionar uma maior competência técnica (Gandino et al., 2019).

Uma visão completamente oposta é apresentada em dois dos estudos seleccionados, pois afirmam que, apesar dos sentimentos negativos, para algumas *midwives* é gratificante e profissionalmente satisfatório cuidar destas famílias (Garcia-Catena et al., 2023; Laing et al., 2020). Para além disso, estas situações podem ser consideradas pelas *midwives* um “catalisador” para evoluir as suas práticas de cuidados e para procurar oportunidades de crescimento pessoal e profissional, levando a um reconhecimento da necessidade de evolução contínua na profissão (Laing et al., 2020). Estes resultados vão de encontro a outros estudos que revelaram que as experiências dos profissionais de saúde com a morte perinatal não foram todas negativas, pois alguns deles vivenciaram sentimentos positivos ao serem capazes de prestar os melhores cuidados aos pais que sofreram perdas gestacionais (Shoreya et al., 2016).

A perda gestacional tem efeitos duradouros na vida destes profissionais, pois estas situações ficam gravadas na memória dos mesmos durante um longo período de tempo, facto que foi referido em um artigo seleccionado (Laing et al., 2020). Um outro estudo revelou que as *midwives* não possuem competências emocionais para lidar com a perda, sendo obrigadas a preencher essas lacunas com a sua própria experiência profissional e

pessoal ao longo dos anos, através do bom senso ou através de diretrizes de atuação fornecidas por organizações externas ao hospital (Fernández-Alcántara et al., 2020). Estes resultados evidenciam uma lacuna significativa na formação e no desenvolvimento das competências emocionais necessárias para que estes profissionais sejam capazes de lidar e prestar cuidados nestas situações. Assim, destaca-se a necessidade de apoio emocional por parte das instituições de saúde.

Os estudos selecionados, destacam ainda diversos **desafios/dificuldades** que as *midwives/obstetric nurses* enfrentam ao lidar com situações de perda gestacional. Para enfrentar esses desafios, estas profissionais de saúde adotam determinadas estratégias pessoais e profissionais, de forma a assegurar uma prestação de cuidados sensível e empática. Esta categoria explora todas as dificuldades encontradas nos estudos selecionados, bem como as diferentes estratégias utilizadas pelos profissionais para as ultrapassar.

A falta de formação em serviço na assistência ao luto é referida pela maioria dos estudos selecionados para esta *Scoping Review*. Outra dificuldade referida é a falta de orientações/protocolos relativamente à forma de abordar famílias que sofreram perdas, levando muitas vezes a uma insegurança na prestação de cuidados e a evitar o contacto com estes casais (Garcia-Catena et al., 2023; Choummanivong et al., 2020; Fernandez-Alcantara et al., 2020; Fernandez-Basanta et al., 2020; Mills et al., 2022; Fernandez-Basanta et al., 2021a). Os resultados encontrados revelam uma lacuna significativa na formação destes profissionais, que naturalmente se reflete na qualidade dos cuidados prestados às famílias enlutadas. No estudo de Fernández-Basanta et al. (2020) as *midwives* referiram que esta falta de preparação advém desde a fase em que eram estudantes, o que levou a que aprendessem estas competências com colegas de trabalho mais experientes, ou através da realização de formações a título particular. Estes resultados estão em sintonia com a literatura mais atual, que revela que a formação académica relacionada com o luto pode ser um fator de proteção na gestão do stress dos profissionais de saúde e na prestação de cuidados (Gandino et al., 2019). Para além disso, a formação e a capacitação dos profissionais relativamente à morte são consideradas aspetos relevantes para melhorar a prestação de cuidados a estes casais (Bezerra et al., 2024).

Ainda assim, as *midwives/obstetric nurses* reconhecem-se como fundamentais na prestação de cuidados a estas famílias, apoiando-se nisso para arranjar forças para cuidar das famílias e para fornecer bons cuidados de forma a ajudá-las a aliviar os traumas relacionados com estas situações (Laing et al., 2020; Fernández-Basanta et al., 2020).

A ausência de um protocolo padrão de atuação, foi também percecionado como uma dificuldade em vários estudos (Yenal et al., 2023; Fernández-Alcantara et al., 2020). As *midwives/obstetric nurses* afirmaram que as práticas não baseadas num protocolo específico geram conflitos com os restantes membros da equipa, como por exemplo, relativamente ao permitir a entrada de outros familiares (Fernández-Alcantara et al., 2020). Assim, parece evidente que a falta de protocolos específicos para a prática de cuidados destes profissionais é uma lacuna existente, emergindo a necessidade de desenvolver e implementar protocolos de atuação referentes à perda gestacional. De igual modo, foi também referida a necessidade de criação de diretrizes específicas relacionadas com os cuidados de enfermagem ao nado-morto.

A falta de competências comunicacionais foi também referida como uma dificuldade, acabando por induzir o profissional a comunicar pouco com as famílias (Fernandez-Basanta et al., 2021a; Mills et al., 2022; Qian et al., 2022; Garcia-Catena et al., 2023; Qian et al., 2022). As *midwives* consideraram que a comunicação com estes casais é um desafio constante, mesmo para os profissionais mais experientes, pois acham que não possuem ferramentas para os confortar (Mills et al., 2022). Assim, as *midwives/obstetric nurses* reconhecem que esta falta de competências comunicacionais pode levar a atitudes de afastamento dos profissionais de saúde, por não saberem o que dizer, prejudicando muitas vezes a prestação de cuidados. Os resultados encontrados estão em consonância com a evidência científica mais recente, uma vez que vários estudos revelam que, apesar da comunicação ser crucial na experiência da perda gestacional, ela é muitas vezes negligenciada (Austin et al., 2021; Lemos & Cunha, 2015b). Austin et al. (2021), acrescentam ainda que uma má comunicação pode ter um impacto negativo na experiência destas famílias, exacerbando o que por si só já é uma experiência emocionalmente angustiante (Austin et al., 2021). Para Ribeiro et al. (2021), a forma como a comunicação ocorre influencia diretamente a capacidade de o paciente enfrentar o diagnóstico e na relação entre o utente e o profissional de saúde. Os mesmos autores, reforçam que a forma como ocorre a comunicação entre o profissional e o utente, pode

ser mais prejudicial do que o próprio diagnóstico transmitido. Posto isto, a falta de competências comunicacionais é realmente uma lacuna que precisa de ser abordada e colmatada.

A falta de apoio emocional, tanto por parte da equipa, como das próprias organizações de saúde, foi também uma carência identificada, já que as *midwives* consideraram que as instituições de saúde não disponibilizam recursos para que estas possam gerir o impacto emocional destas situações (Fernández-Basanta et al., 2020; Laing et al., 2020). Ter acesso a apoio emocional foi expresso como sendo essencial para a sobrevivência emocional das *midwives*, sendo que o tipo de apoio recebido pode ser um forte determinante de como estas profissionais lidam com a situação naquele momento e no futuro. Na mesma linha de pensamento, um estudo anterior revelou que a falta de apoio institucional e os recursos limitados foram vistos como fatores que contribuíram para aumentar o trauma das *midwives* nestas situações (Shoreya et al., 2016). Estes resultados evidenciam a necessidade de as instituições de saúde reconhecerem e abordarem a dimensão emocional envolvida na prática de cuidados destes profissionais que lidam com a perda gestacional.

Outro aspeto referido foi o facto de a documentação e todo o processo burocrático relacionado com o corpo do bebé ser relatado com um “fardo”, para além de tudo o que estes profissionais já têm que enfrentar (Fernández-Basanta et al., 2020). Embora esse aspeto tenha sido mencionado apenas em um estudo, a literatura atual sugere que os desafios burocráticos e administrativos podem adicionar um peso significativo ao sofrimento emocional, vivenciado pelos casais e profissionais de saúde durante situações de perda gestacional (Ellis et al., 2016; Gold et al., 2016). De acordo com o estudo de Gold et al. (2016), a burocracia pode consumir tempo valioso que poderia ser melhor utilizado no fornecimento de apoio emocional e psicológico aos casais. Este pensamento converge com outra dificuldade encontrada nos artigos selecionados: a falta de tempo para que as *midwives/obstetric nurses* se dediquem ao cuidado a estes casais, essencialmente no pós-parto. Esta dificuldade foi considerada como um fator que tem um grande impacto na prática de cuidados (Mills et al., 2022; Qian et al., 2022). Segundo um estudo realizado por Takaki et al. (2004) a falta de tempo em função do grande número de utentes a serem atendidos foi apontada como uma barreira no estabelecimento de uma

relação empática. Assim, a burocracia e a falta de tempo emergem como obstáculos que afetam diretamente a prática de cuidados.

As *midwives* reconheceram ainda que envolvem mais as mulheres do que os homens no processo de cuidados após uma perda, pois a atenção é maioritariamente voltada para as mães (Fernández-Basanta et al., 2021a; Obst et al., 2021). Os mesmos estudos revelam que as profissionais sentem dificuldade em ter empatia com o pai ou lidar com os sentimentos paternos, o que nestes artigos foi explicado pela pressão social de o pai ter de ser forte (Fernández-Basanta et al., 2021a; Obst et al., 2021). Segundo Due et al. (2017), a percepção sociocultural de que os homens devem ser mais fortes que as mulheres ou necessitar de menos ou nenhum apoio, pode levar os homens a negligenciar o seu próprio luto, o que naturalmente é exacerbado se esta percepção for partilhada por familiares ou profissionais de saúde. Os resultados encontrados destacam a necessidade de reformular as práticas de cuidados, de modo a incluir ativamente ambos os membros do casal no processo de apoio e luto após a perda gestacional. Para isso, é importante implementar estratégias de formação que capacitem os enfermeiros especialistas nesta área a desenvolver as competências necessárias para reconhecer e lidar com o luto paterno.

Foi ainda referida uma má comunicação entre os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde primários em situações de perda gestacional (Fernández-Basanta et al., 2021a), o que pode revelar falta de continuidade nos cuidados prestados.

Relativamente às **estratégias** adotadas pelas *midwives/obstetric nurses* para tentar minimizar o impacto emocional da perda, as crenças e práticas espirituais foram referidas como facilitadoras do processo, no sentido de ajudarem a gerir os acontecimentos e sentimentos (Yenal et al., 2023; Laing et al., 2020). A influência da espiritualidade e da religião relacionada com a saúde tem sido o foco de várias pesquisas nos últimos anos (Nuzum et al., 2016). Segundo Nuzum et al. (2016), referem que testemunhar as experiências de sofrimento nos outros pode levantar questões difíceis e ser um desafio à nossa própria fé e crenças pessoais. Ainda assim, um outro estudo revelou que as crenças religiosas, como por exemplo rezar, são estratégias consideradas importantes para enfrentar a situação, sendo principalmente utilizadas por profissionais de saúde de origem ocidental (Shoreya et al., 2016). O estudo de Yenal et al. (2023), refere ainda que as *midwives/obstetric nurses* fizeram um esforço para racionalizar a situação, de forma a

focar-se em aspetos que aliviaram a carga da perda e pensamentos positivos, de forma a se manterem emocionalmente afastadas da situação e assim conseguir enfrentá-la.

A partilha de experiências com os pares, foi outra das estratégias utilizadas para ultrapassar os desafios relacionados com a perda gestacional. Em vários estudos as *midwives/obstetric nurses* relataram que compartilhar experiências, sentimentos e preocupações com os colegas de equipa ou com outras *midwives*, de forma a procurar apoio e orientação, proporcionou conforto e uma sensação de “não estar sozinho” nestas experiências (Fernández-Basanta et al., 2020; Garcia-Catena et al., 2023; Laing et al., 2020; Yenal et al., 2023). Assim, ter oportunidade para expressar os seus próprios sentimentos e necessidades foi considerado, pelos profissionais, como fundamental para o seu próprio bem-estar (Garcia-Catena et al., 2023), emergindo assim a necessidade de criação de momentos de reflexão e partilha de experiências com a equipa de trabalho. Posto isto, é recomendável que as organizações de saúde valorizem e apoiem a saúde mental dos seus profissionais, proporcionando um ambiente onde os mesmos se sintam seguros para expressar as suas emoções e preocupações. Isto pode ser feito, por exemplo, por meio da criação de grupos de apoio para os profissionais de saúde ou pela organização de encontros e reuniões com a equipa para abordar e discutir as experiências vividas (Bezerra et al., 2024).

Para além do referido anteriormente, os estudos encontrados revelam outras **necessidades** sentidas, pelas *midwives/obstetric nurses*, na prestação de cuidados a estas famílias, entre elas a criação de espaços próprios para as famílias que vivenciam uma perda gestacional. Foi relatado por estas profissionais a falta de espaço e instalações para acompanhar emocionalmente os pais, ou seja, a falta de um local onde os pais pudessem expressar as suas emoções sem se sentirem observados ou julgados pelos outros (Fernández-Alcantara et al., 2020). Num estudo anterior, mulheres que perderam os seus filhos referiram que o espaço físico não é o adequado para vivenciarem esta experiência pelo facto de partilharem o mesmo espaço com mães que estão com os seus bebés. Ainda assim, salientam a sensibilidade dos enfermeiros, uma vez que estes se preocupam com o facto de não permanecerem junto de puérperas e dos seus bebés (Miranda, 2016). Assim, pode concluir-se que esta é uma necessidade referida pelos profissionais de saúde, mas que naturalmente é sentida na perspetiva das famílias que passam pela perda, o que

reforça a necessidade urgente de lhes proporcionar uma maior privacidade e conforto, através de espaços próprios e adequados.

As *midwives/obstetric nurses* relataram também que foi importante para elas assegurar que as famílias ficavam com recordações, no sentido de facilitarem o seu processo de luto, mas também o vínculo emocional com o bebé. Um estudo realizado por Ryninks et al. (2014), revelou que os profissionais de saúde que ajudam as famílias a criar e preservar memórias relataram um sentimento de realização e satisfação profissional, contribuindo para sua própria resiliência emocional. Estes resultados podem demonstrar a necessidade de criação de estratégias/ferramentas que permitam a criação e a oferta de lembranças simbólicas para as famílias que assim o desejarem.

Por fim, Qian et al. (2022), salientaram a necessidade de as *midwives/obstetric nurses* adquirirem mais competências relacionadas com a gestão da dor física nestas situações específicas, pois sentem-se impotentes no alívio da dor destas mulheres. De facto, o TP e parto nestas situações de perda gestacional é indiscutivelmente doloroso do ponto de vista psicológico, mas também do ponto de vista físico, aspeto que deve ser valorizado pelos profissionais de saúde. Segundo Miranda & Zangão (2020), a dor física, nas situações de perda gestacional deve ser evitada ao máximo por ser considerada extremamente agressiva, já que a dor emocional não é possível evitar.

5. CONCLUSÕES DO ESTUDO

A perda gestacional é um evento traumático que pode ter repercussões psicológicas negativas e graves para as mulheres e as suas famílias, mas também pode afetar os profissionais de saúde.

Esta *Scoping Review* destacou vários desafios enfrentados na prática de cuidados, assim como as necessidades sentidas pelos profissionais de enfermagem especializada que acompanham famílias em situação de perda gestacional. A falta de formação específica para lidar com estas situações, a ausência de protocolos de atuação, e deficiências nas competências de comunicação, foram os desafios frequentemente identificados pelos profissionais. Além disso, os resultados indicam que estas experiências têm um impacto emocional negativo na vida dos profissionais de saúde, que,

ao cuidar destas famílias, se deparam com sentimentos como culpa, tristeza, frustração, impotência, entre outros. É relevante sublinhar que a maioria dos estudos revelou que estes profissionais não recebem o apoio emocional adequado, seja por parte da equipa de trabalho, seja das instituições de saúde onde exercem funções. A falta de recursos institucionais para gerir o impacto emocional da perda gestacional contribui para o desgaste psicológico dos profissionais e, frequentemente, para a incapacidade de oferecer um suporte adequado às famílias.

Este estudo sublinha a importância de implementar medidas que melhorem a qualidade dos cuidados prestados às famílias afetadas pela perda gestacional, assim como a necessidade de dotar os EEESMO de ferramentas e apoio necessários para que possam lidar adequadamente com estas situações, assegurando o seu bem-estar emocional e promovendo uma abordagem de cuidados mais empática e humanizada.

Contudo, é importante destacar algumas limitações deste estudo. Em primeiro lugar, a limitação temporal da pesquisa, que acabou por não se demonstrar particularmente relevante para a temática em estudo. Para além disso, a frase de pesquisa pode não ter incluído todas as nomenclaturas existentes para o mesmo profissional de saúde da área da Saúde Materna e Obstétrica, o que poderá ter limitado a identificação de estudos relevantes, reduzindo assim a abrangência dos resultados obtidos. A existência de diferentes nomenclaturas a nível mundial para designar o mesmo profissional de saúde da área de enfermagem de saúde materna e obstétrica apresentou-se como um obstáculo à uniformização dos dados e à utilização de um termo universal.

Estudos futuros poderão centrar-se nas práticas que as instituições e organizações de saúde podem implementar para proporcionar a estes profissionais suporte e estratégias eficazes, permitindo-lhes lidar de forma mais eficiente e equilibrada com a prestação de cuidados a mulheres e famílias que passam por uma perda gestacional. Assim, o foco de investigações futuras poderá estar na elaboração e implementação de práticas e intervenções que visem reduzir o impacto emocional da perda gestacional nos EEESMO, garantindo, desta forma, que estes profissionais estejam capacitados para prestar cuidados de excelências a mulheres e famílias que enfrentam uma perda gestacional.

A realização deste estudo revelou-se uma mais-valia para a prática profissional, tanto pelo desenvolvimento de competências de investigação, como pelo conhecimento

aprofundado obtido sobre uma temática tão relevante e ainda insuficientemente explorada.

Acima de tudo, este trabalho de investigação permitiu adquirir uma compreensão valiosa acerca das perspetivas e experiências dos profissionais que prestam cuidados a mulheres e famílias em situações de perda gestacional. Esses conhecimentos contribuirão para a implementação de práticas de cuidados mais eficazes e empáticas, assegurando também o bem-estar dos EEESMO, que enfrentam diariamente estas circunstâncias delicadas.

CONCLUSÃO GERAL

A elaboração do RENP constituiu o culminar de um processo de reflexão sobre todo o percurso desenvolvido, o que proporcionou um crescimento pessoal e profissional significativo.

Ao longo do ENP foram realizadas diversas atividades que permitiram a aquisição e o desenvolvimento de um vasto conjunto de competências, incluindo competências comuns, competências específicas do EEESMO, bem como competências inerentes ao grau académico de mestre. A diversidade de experiências vivenciadas, o contacto com as mulheres e famílias, o contributo das instituições onde decorreram os estágios, bem como o apoio dos profissionais com que colaborei, foram elementos essenciais e insubstituíveis deste percurso formativo, tornando-se elementos potenciadores da aprendizagem e do desenvolvimento profissional.

Além das competências adquiridas no âmbito da Enfermagem especializada, este relatório proporcionou o desenvolvimento de competências a nível pessoal. Entre estas, destaca-se melhoria na expressão escrita e na capacidade de articular e refletir sobre as experiências decorrentes da prestação de cuidados. Esta evolução foi facilitada pelos conhecimentos adquiridos, contribuindo de forma positiva para a formação de uma profissional mais capacitada, apta a prestar cuidados de enfermagem especializados na área da ESMO, sustentados na melhor evidência científica.

A perda gestacional na perspetiva do EEESMO, foi o tema central deste relatório e o foco do estudo de investigação. Ao longo deste percurso, não só foi possível aprofundar o conhecimento teórico e prático sobre a temática, como também descobrir e desenvolver competências essenciais para lidar com situações de perda gestacional, que se revelaram essenciais no exercício da prática profissional. Através do contacto direto com mulheres e famílias que passaram por esta experiência, tornou-se evidente a importância de prestar cuidados sensíveis, empáticos e personalizados. A capacidade de adaptar as intervenções às necessidades individuais de cada mulher e família, respeitando as suas particularidades e contextos, foi aprimorada ao longo do percurso formativo.

A realização da *Scoping Review* traduziu-se em aprendizagens importantes, permitindo não apenas um aprofundamento dos conhecimentos sobre a temática em estudo, mas também o desenvolvimento de competências no âmbito da prática baseada

na evidência. O domínio destas competências é fundamental para que, no futuro, as práticas em SMO sejam cada vez mais sustentadas pela melhor evidência disponível, uniformizadas e centradas no bem-estar das mulheres e famílias. Os objetivos previamente estabelecidos foram assim atingidos, tanto no que concerne à investigação em Enfermagem, como no aprofundamento da metodologia adotada, nomeadamente a *Scoping Review*.

A discussão pública do presente RENP será uma oportunidade para partilhar o meu percurso académico, bem como os resultados deste estudo de investigação, que permitirão abordar a questão da perda gestacional, uma temática que continua a ser pouco explorada nos dias de hoje. Esta discussão é fundamental, não só pelo impacto profundo que a perda gestacional tem na mulher e família, mas também pelas suas repercussões nos profissionais de saúde, especialmente nos EEESMO, que se encontram na linha da frente na prestação de cuidados a estas famílias. A partir desta discussão será possível promover a melhoria das práticas profissionais, através da identificação de lacunas e da implementação de estratégias futuras que visem uma assistência mais empática e humanizada.

Por fim, considera-se que foram desenvolvidas todas as competências necessárias à atribuição do título de EEESMO, através da prestação de cuidados especializados, e ao grau de Mestre, mediante a reflexão crítica e integração da prática baseada na evidência científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. The Cochrane database of systematic reviews, 6(6), CD006672. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>
- Abreu, W. C. (2011). Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais. (2.^a ed.). Formasau-Formação e Saúde, Lda.
- Alfirevic, Z., Gyte, G. M. L., Cuthbert, A., & Devane, D. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017(2), Article CD006066. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006066.pub3>
- Amaro, C., Dias, H., Santos M., Nelas P. & Coutinho E. (2021). Benefícios da Verticalização do Parto. International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista de Psicología, nº1 – Vol. 1. (pp. 489-502)
- American Academy of Pediatrics. (2024). Red Book: 2024–2027 Report of the Committee on Infectious Diseases. American Academy of Pediatrics. <https://doi.org/10.1542/9781610027373>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth. (Committee Opinion No. 814). ACOG. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2020/12/delayed-umbilical-cord-clamping-after-birth.pdf>
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (2024). JBI manual for evidence synthesis. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- Austin, L., Littlemore, J., McGuiness, S., Turner, S., Fuller, D., & Kuberska, K. (2021). Effective Communication Following Pregnancy Loss: A Study in England. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics: The International Journal of healthcare ethics committees, 30(1), 175–187. <https://doi.org/10.1017/S0963180120000651>

- Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y., & Chandrachan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
- Barfield, W. D., Committee on Fetus and Newborn, Watterberg, K., Benitz, W., Cummings, J., Eichenwald, E., Poindexter, B., Stewart, D. L., Aucott, S. W., Puopolo, K. M., & Goldsmith, J. P. (2016). Standard terminology for fetal, infant, and perinatal deaths. *Pediatrics*, 137(5), e20160551. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0551>
- Barjon, K., Vadakekut, E. S., & Mahdy, H. (2024). Episiotomy. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546675/>
- Bearman, M., Smith, C. D., Carbone, A., Slade, S., Baik, C., Hughes-Warrington, M., & Neumann, D. L. (2012). Systematic review methodology in higher education. *Higher Education Research & Development*, 31(5), 625–640. <https://doi.org/10.1080/07294360.2012.702735>
- Begley, C. M., Gyte, G. M., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A., & Biesty, L. M. (2019). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD007412. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007412.pub5>
- Bezerra, N.A., Santos C., Silva, A.T.C., Linhares, F.M.P., Morais, S. (2024). O cuidado de enfermagem aos pais que vivenciaram o óbito fetal: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0811pt>
- Binnie, C. (2020). Breaking the silence. *British Journal of Midwifery*, 28(3), 144-145. doi:10.12968/bjom.2020.28.3.144
- Blackmore, E. R., Côté-Arsenault, D., Tang, W., Glover, V., Evans, J., Golding, J., & O'Connor, T. G. (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 198(5), 373-378. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083105>

- Bothou, A., Apostolidi, D. M., Tsikouras, P., Iatrakis, G., Sarella, A., Iatrakis, D., Peitsidis, P., Gerente, A., Anthoulaki, X., Nikolettos, N., & Zervoudis, S. (2021). Overview of techniques to manage shoulder dystocia during vaginal birth. *European journal of midwifery*, 5(9), 1-6. <https://doi.org/10.18332/ejm/142097>
- Cabral, I.P. (2005). Capítulo 3: Morte e Luto na Gravidez e Puerpério. In Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp.61-96). Lisboa: Fim de século.
- Cacciatore, J., Schnebly, S., & Froen, J. F. (2009). The effects of social support on maternal anxiety and depression after stillbirth. *Health & Social Care in the Community*, 17(2), 167-176. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00814.x>
- Cal, M. (2020). Índice de Bishop. In Neves, J., *Obstetrícia Fundamental*. (pp.19-20). Lidel
- Canavarro, M.C. & Rolim, L. (2001). Capítulo 10: Perdas e Luto durante a Gravidez e Puerpério. In M.C. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 255-296). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M.C. (2005). Gravidez e Maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal. *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. (pp. 225-255). Fim de Século
- Cancela-Carral, J. M., Blanco, B., & López-Rodríguez, A. (2022). Therapeutic Aquatic Exercise in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of clinical medicine*, 11(3), 501. <https://doi.org/10.3390/jcm11030501>
- Celik M., Koroglu O.A. (2022). Ocular prophylaxis in the newborn. *European Eye Research*, 2(2), 80–83.
- Choummanivong, M., Karimi, S., Durham, J., Sychareun, V., Flenady, V., Horey, D., & Boyle, F. (2020). Stillbirth in Lao PDR: a healthcare provider perspective. *Global Health Action*, 13. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1786975>

- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2013). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches* (4 ed.). SAGE Publications.
- Decreto-Lei nº131/95 (1995). Código do Registo Civil. Diário da República. Série I-A
- Descritores em Ciências da Saúde: DeCS/Mesh (2023) São Paulo. <http://decs.bvsalud.org>
- Due, C., Chiarolli, S. & Riggs, D.W. (2017). The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 17, 380. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1560-9>
- Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., Bradley, S., Jackson, S., Flenady, V., Siassakos, D. (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0806-2>
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In Néné et al, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p. 308). Lidel.
- Fernández-Alcántara, M., Schul-Martin, L., García Caro, M. P., Montoya-Juárez, R., Pérez-Marfil, M. N., & Zech, E. (2020). 'In the hospital there are no care guidelines': experiences and practices in perinatal loss in Spain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(4), 1063–1073. <https://doi.org/10.1111/scs.12816>
- Fernández-Basanta, S., Coronado, C., Bondas, T., & Movilla-Fernández, M. J. (2021a). Primary healthcare midwives' experiences of caring for parents who have suffered an involuntary pregnancy loss: a phenomenological hermeneutic study. *Midwifery*, 92. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102863>
- Fernández-Basanta, S., Coronado, C., Bondas, T., Llorente-García, H., & Movilla-Fernández, M. J. (2021b). Unravelling the grief of involuntary pregnancy loss: A meta-ethnography of midwives' and nurses' emotional experiences. *Scandinavian journal of caring sciences*, 36(3), 599–613. <https://doi.org/10.1111/scs.13028>
- Fernández-Basanta, S., Movilla-Fernández, M. J., Coronado, C., Llorente-García, H., & Bondas, T. (2020). Involuntary pregnancy loss and nursing care: A meta-

- ethnography. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 17, Issue 5). <https://doi.org/10.3390/ijerph17051486>
- Fonseca, S. (2016). Métodos de Indução do Trabalho de Parto. In Néné et al. (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 356-367). Editora LIDEL.
- Freitas, M. J. S. & Baptista, M.C.D. (2016). In Néné et al, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p. 487). Lidel.
- Gandino, G., Bernaudo, A., Di Fini, G., Vanni, I., & Veglia, F. (2019). Healthcare professionals' experiences of perinatal loss: A systematic review. *Journal of health psychology*, 24(1), 65–78. <https://doi.org/10.1177/1359105317705981>
- Garcia-Catena, C., Ruiz-Palomino, P., Saavedra, S., & Gonzalez-Sanz, J. D. (2023). Nurses' and midwives' perceptions and strategies to cope with perinatal death situations: A systematic literature review. In *Journal of Advanced Nursing* (Vol. 79, Issue 3, pp. 910–921). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/jan.15572>
- Gold, K. J., Leon, I., Boggs, M. E., & Sen, A. (2016). Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After Perinatal Loss in a Population-Based Sample. *Journal of women's health* (2002), 25(3), 263–269. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5284>
- Gonçalves, S. P., Gonçalves, J. P. & Marques, C.G. (2021). *Manual de Investigação Qualitativa: conceção, análise e aplicações*. Lisboa, Pactor.
- Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-fetal*. (5ªedição) Lisboa: Lidel
- Hand I., Noble L., Abrams, S.A., Committee on Fetus and Newborn, section on breastfeeding & Committee on Nutrition. (2022). Vitamin K and the Newborn Infant. *Pediatrics*, 149(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056036>
- Huitzi-Egilegor, J. X., Elorza-Puyadena, M. I., Urkia-Etxabe, J. M., & Asurabarrena-Iraola, C. (2014). Implementation of the nursing process in a health area: models and assessment structures used. *Revista latino-americana de enfermagem*, 22(5), 772–777. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3612.2479>

- Hospital de Braga. (2021). Regulamento interno do Hospital de Braga. <https://www.hospitaldebraga.pt/home/informacoes-legais>
- Hospital de Braga. (s.d). Sobre Nós. <https://www.hospitaldebraga.pt/hospital/sobre-nos>
- Janisse, H. C., Barnett, D., & Nies, M. A. (2009). Perceived energy for parenting: A new conceptualization and scale. *Journal of Child and Family Studies*, 18(3), 312–322. <https://doi.org/10.1007/s10826-008-9232-z>
- Kadirogullari, P., Yalcin Bahat, P., Sahin, B., Gonen, I., & Seckin, K. D. (2021). The Effect of Pethidine Analgesia on Labor Duration and Maternal-Fetal Outcomes: Pethidine and Labor Duration. *Acta Biomedica Atenei Parmensis*, 92(2), e2021065. <https://doi.org/10.23750/abm.v92i2.10905>
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal Loss. *Dialogues in clinical Neuroscience*, 14 (2), 187-194.
- Laing, R. E., Fetherston, C. M., & Morrison, P. (2020). Responding to catastrophe: A case study of learning from perinatal death in midwifery practice. *Women and Birth*, 33(6), 556–565. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.02.016>
- Lei n. ° 9/2009. Diário da República. I Série, nº 44 (2009-03-04), pp.1466-1530 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/9-2009-604779>
- Lemos, A., Amorim, M. M. R., Dornelas de Andrade, A., de Souza, A. I., Cabral Filho, J., & Correia, J. B. (2017). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(3), CD009124. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009124.pub3>
- Lemos, L.F.S.& Cunha, A.C.B. (2015a) Concepções sobre morte e luto: experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1120-1138. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-703001582014>
- Lemos, L. F. S., & Cunha, A. C. B. (2015b). Morte na maternidade: como profissionais de saúde lidam com a perda. *Psicologia Em Estudo*, 20(1), 13 - 22. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v20i1.23885>

- Lin, C. H., Liu, Y. C., & Chiang, H. H. (2021). From self-compassion to compassionate action: reflecting on ending life of stillbirth care in nursing. *Scandinavian journal of caring sciences*, 35(1), 260–267. <https://doi.org/10.1111/scs.12842>
- McDonald, S. J., Middleton, P., Dowswell, T., & Morris, P. S. (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004074.pub3>
- Mahdy, H., Glowacki, C., & Eruo, F. U. (2023). Amniotomy. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Maresca, G., Corallo, F., Catanese, G., Formica, C., & Lo Buono, V. (2022). Coping Strategies of Healthcare Professionals with Burnout Syndrome: A Systematic Review. *Medicina*, 58(2), 327. <https://doi.org/10.3390/medicina58020327>
- Marques, J.B, Reynolds, A. (2011). Distocia de Ombros: Uma Emergência Obstétrica. *Acta Médica Portuguesa*; 24: 613-620
- Martins, D.R. & Braga, J. (2020). Retenção da Placenta. In: Neves, J. *Obstetrícia Fundamental* (p.262). Lidel
- Mascarenhas, C. (2020). Avaliação e estabilização do recém-nascido. In Néné et al, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p. 487). Lidel.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Mendes, M.J. (2014). Participação dos pais nos cursos de preparação para o parto e parentalidade: contributo para o desempenho da paternidade. [Relatório de Estágio, Instituto Politécnico de Santarém]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/1209>
- Mills, T. A., Ayebare, E., Mweteise, J., Nabisere, A., Mukhwana, R., Nendela, A., Omoni, G., Wakasiaka, S., & Lavender, T. (2023). ‘There is trauma all round’: A qualitative study of health workers’ experiences of caring for parents after

- stillbirth in Kenya and Uganda. *Women and Birth*, 36(1), 56–62.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.02.012>
- Miranda, A.C. (2016). Quando a morte antecede o nascimento: atuação do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia na assistência à mulher que vivência uma morte fetal. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório Digital da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/19521>
- Miranda, A. M. & Zangão, M. O. (2020). Vivências maternas em situação de morte fetal. *Revista de Enfermagem Referência - Série V*, nº 3: e20037
- Moncrieff, G., Gyte, G. M., Dahlen, H. G., Thomson, G., Singata-Madliki, M., Clegg, A., & Downe, S. (2022). Routine vaginal examinations compared to other methods for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD010088.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010088.pub3>
- Moon Fai, C., & Gordon Arthur, D. (2009). Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *Journal of advanced nursing*, 65(12), 2532–2541.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05141.x>
- Morim A.M.P., & Moreira-Freitas, C. (2024). Perda Gestacional na perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: Protocolo de uma Scoping Review. *Studies in Health Sciences*, v.5, n.3, p.01-13.
<https://doi.org/10.54022/shsv5n3-001>
- Moura, J. P. (2010). Hemorragias da gravidez inicial. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (4. ed., pp. 385-412). Lisboa: Lidel
- Munn, Z., Peters, M.D.J., Stern, C. et al. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol* 18, 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>

- Murphy, S., Shevlin, M., & Elklit, A. (2014). Psychological Consequences of Pregnancy Loss and Infant Death in a Sample of Bereaved Parents. *Journal of Loss and Trauma*, 19(1), 56–69. <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.735531>
- National Institute for Health and Care Excellence (2022). Fetal monitoring in labour. NICE guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng229>
- National Institute for Health and Care Excellence (2023). Intrapartum care. NICE guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>
- Néné, M. & Sequeira, C. (2020). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel.
- Nuzum, D., Meaney, S., & O'Donoghue, K. (2016). The Place of Faith for Consultant Obstetricians Following Stillbirth: A Qualitative Exploratory Study. *Journal of religion and health*, 55(5), 1519–1528. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0077-7>
- Oliveira, S. C., & Pedro, L. (2016). A dor no trabalho de parto. In Néné et al., *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 408-415). Lisboa: Lidel
- Obst, K. L., & Due, C. (2021). Men's grief and support following pregnancy loss: A qualitative investigation of service providers' perspectives. *Death Studies*, 45(10), 772–780. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1688430>
- Ollerhead, E., & Osrin, D. (2014). Barriers to and incentives for achieving partograph use in obstetric practice in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 281. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-281>
- Ordem dos Enfermeiros (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Conselho de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): Versão 2.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Código Deontológico. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Livro de Bolso- Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2.ª Série. n.º 26, 4744-4750.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO). Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). Assistência pré-natal das grávidas de baixo risco (Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nº22/2023). Ordem dos Enfermeiros
- Patton, M. Q. (2014). Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice (4th ed.). SAGE Publications.
- Pembe, A. B., Carlstedt, A., Urassa, D. P., Lindmark, G., Nyström, L., & Darj, E. (2010). Quality of Antenatal Care in Rural Tanzania: Counseling on Pregnancy Danger Signs. BMC Pregnancy and Childbirth, 10(1), 35.<https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-35>

- Persson, E. K., Kvist, L. J., & Ekelin, M. (2018). Midwifery students' experiences of learning through the use of written reflections—An interview study. *Nurse education in practice*, 30, 73-78. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.01.005>.
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. In *International Journal of Evidence- Based Healthcare* 13(3), (pp. 141–146). <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Pordata. (2023). Taxa de mortalidade perinatal e neonatal. <https://www.pordata.pt/portugal/taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529>.
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Portugal. Direção Geral da Saúde. (2020). Cursos de preparação para o parto e parentalidade – CPPP e cursos de recuperação pós-parto – CRPP: Equidade na transição para a maternidade e a paternidade: Orientações. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2023). Orientação nº 002/2023: Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Prada, F. & Rafael, M. (2016). Desvios ao Trabalho de Parto Normal. In Néné et al, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p. 374). Lidel.
- Qian, J., Wang, W., Sun, S., Wu, M., Liu, L., Sun, Y., & Yu, X. (2022). Exploring interactions between women who have experienced pregnancy loss and obstetric nursing staff: a descriptive qualitative study in China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04787-9>
- Quenby, S., Gallos, I. D., Dhillon-Smith, R. K., Podsek, M., Stephenson, M. D., Fisher, J., Brosens, J. J., Brewin, J., Ramhorst, R., Lucas, E. S., McCoy, R. C., Anderson, R., Daher, S., Regan, L., Al-Memar, M., Bourne, T., MacIntyre, D. A., Rai, R., Christiansen, O. B., Sugiura-Ogasawara, M., ... Coomarasamy, A. (2021).

- Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet* (London, England), 397(10285), 1658–1667. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6)
- Ribeiro, L.S.C., D’Abreu, B.F., Santiago A.E., Cândido E.B., Romão G.S., Sá M.F.S. & Filho A.L.S. (2021). Breaking Bad News in Obstetrics and Gynecology: We Must Talk About It. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 44 (6). <https://doi.org/10.1055/s-0042-1742316>
- Ribeiro, O., Martins M.M.F.P.S., Tronchin D.M.R. & Silva, J.M.A.V. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência.* <https://doi.org/10.12707/RIV18040>
- Rimmer, M. P., & Al Wattar, B. H. (2020). Provision of obstetrics and gynaecology services during the COVID-19 pandemic: A survey of junior doctors in the UK National Health Service. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127(9), 1123–1128. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16313>
- Rocha, V., L., R. (2013). Perda Gestacional e Processo de Luto: Vivências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico Do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/1794>
- Rosa, B.G. (2020). Perda Gestacional: Aspectos Emocionais da Mulher e o Suporte da Família na Elaboração do Luto. *Pluralidades em Saúde Mental* 2020, v. 09, n. 2.
- Ryninks, K., Roberts-Collins, C., McKenzie-McHarg, K., Horsch, A. (2014). Mothers’ experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 203. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-203>
- Satone, P. D., & Tayade, S. A. (2023). Alternative Birthing Positions Compared to the Conventional Position in the Second Stage of Labor: A Review. *Cureus*, 15(4). <https://doi.org/10.7759/cureus.37943>

- Schott, J., & Henley, A. (2016). Caring for Parents Experiencing Stillbirth: A Report on the Emotional and Psychological Impact on Healthcare Professionals. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 87.
- Sequeira, A., Prata A.P., Correia T.I., Henriques C.M. & Monteiro M.J. (2020). Terceiro estágio do trabalho de parto (dequitação). In Sequeira et al., *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p.162). Lidel.
- Serviço Nacional de Saúde. (n.d.). *Partos e cesarianas*. Transparência SNS. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?flg=pt-pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo>
- Shoreya, S., Andréb, B. & Lopez V. (2016). The experiences and needs of healthcare professionals facing perinatal death: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies* 68 (2017) 25–39. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.12.007>
- Silva, M.V. (2019). Relatório de Estágio de Natureza Profissional: Aplicação de gelo na ferida perineal no período pós-parto. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Simwaka, B., Theobald, S., Amekudzi, Y. P., & Tolhurst, R. (2005). Meeting millennium development goals 3 and 5. *BMJ*, 331(7519), 708-709. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7519.708>
- Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. (2021). Normas de orientação SPOMMF: Versão cefálica externa.
- Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. (2022). Normas de Orientação: Episiotomia.
- Stan, E. A. (2014). Pregnancy and Aquatic Aerobic Activity. *Sport & Society*, 14, 260-268.
- Superville, S. S., & Siccardi, M. A. (2023). Leopold maneuvers. In *StatPearls. Treasure Island: StatPearls Publishing*.

- Takaki, M. H., & Sant'Ana, D. M. G. (2004). A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de Enfermagem de uma unidade básica de saúde. *Cogitare Enfermagem*, 9(1), 79-83.
- Ugwumadu A. (2015). Management of stillbirth and perinatal loss. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 25 (8). <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2015.05.002>.
- ULSAM, EPE. (s.d.). UCC Viana do Castelo. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/913/10001/1160910/Pages/default.aspx>
- ULSAM, EPE. (2023). Plano de Atividades e Orçamento. ULSAM
- Valiani, M., Rezaie, M., & Shahshahan, Z. (2016). Comparative study on the influence of three delivery positions on pain intensity during the second stage of labor. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 21(4), 372–378. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.185578>
- World Health Organization. (2011). WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization. (2018a). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018b). Why we need to talk about losing a baby. <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby>
- World Health Organization. (2021). Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response: Materials to Support Implementation. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2022a). WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363138/9789240052796-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2022b). WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240058262>

World Health Organization. (2022c). Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization

Yenal, K., Tektaş, P., Dönmez, A., & Okumuş, H. (2023). Perinatal Loss: Experiences of Midwives and Nurses. *Omega (United States)*, 87(4), 1174–1188.
<https://doi.org/10.1177/00302228211029143>

ANEXOS

Certificado



Certifica-se que Ana Margarida Pereira Morim

participou nas "I Jornadas sobre a Perda Gestacional: reconhecer, cuidar e ressignificar", que decorreu nos dias 21 e 22 de maio de 2024, no Auditório da Junta de Freguesia de Moreira da Maia, com duração de 14 horas.

Rita Cruz

Presidente das Jornadas

ANEXO II- Certificado Congresso Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CONGRESSO
DE ENFERMAGEM

Saúde Materna
e Obstétrica



Certificado de Participação

Certifica-se que Ana Margarida Pereira Morim

participou na 2ª Edição do Congresso de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica “Nascer São João - Um contributo para a vida”, que decorreu nos dias 4 e 5 de junho de 2024, no Auditório do Centro de Investigação Médica da Faculdade de Medicina da U. Porto, com a duração de 12 horas.

Porto, 5 de junho de 2024.

Joana Morais e Diana Santos
Pel'A Comissão Organizadora



SÃO JOÃO | Serviço de Obstetria



CUIDADOS
DE SAÚDE PRIMÁRIOS



Certificado



Certifica-se que Ana Margarida Pereira Morim
participou nas "I Jornadas sobre a Perda Gestacional:
reconhecer, cuidar e ressignificar", dia 21 de maio de
2024, no Auditório da Junta de Freguesia de Moreira da
Maia, com a **Comunicação Livre** "A perda gestacional
involuntária sob a perspetiva do Enfermeiro Especialista
em Saúde Materna e Obstétrica: protocolo de uma
Scoping Review."

Rita Cruz

Presidente das Jornadas

ANEXO IV- Escala de Goodwin Modificada

HISTÓRIA REPRODUTIVA		
Idade	≤17>40	= 3
	18 - 29	= 0
	30 - 39	= 1
Paridade	0	= 1
	1 – 4	= 0
	≥ 5	= 3
HISTÓRIA OBSTÉTRICA ANTERIOR		
Aborto habitual ≥ (3 consecutivos)	= 1	
Infertilidade	= 1	
Hemorragia pós-parto/dequitação manual	= 1	
RN ≥ 4000 g	= 1	
Pré-eclampsia/eclampsia	= 1	
Cesariana anterior	= 2	
Feto morto / morte neonatal	= 3	
Trabalho de parto prolongado ou difícil	= 1	
PATOLOGIA ASSOCIADA		
Cirurgia ginecológica anterior	= 1	
Doença renal crónica	= 2	
Diabetes gestacional	= 1	
Diabetes Mellitus	= 3	
Doença cardíaca	= 3	
Outras (bronquite crónica, lúpus, etc.)		
Índice de acordo com a gravidade	= (1 a 3)	

Gravidez atual	1ª visita	36ª semana
Hemorragias ≤ 20 semanas	= 1	
Hemorragias > 20 semanas	= 3	
Anemia (≤ 10 g)	= 1	
Gravidez prolongada ≥ 42 semanas	= 1	
Hipertensão	= 2	
Rotura prematura da membranas	= 2	
Hidramnios	= 2	
ACIU (atraso de crescimento intrauterino)	= 3	
Apresentação pélvica	= 3	
Isoimunização Rh	= 3	

Baixo risco 0 – 2 / Médio risco 3 – 6 / Alto risco ≥ 7

ANEXO V- Questionário de Avaliação do PPPP

2-QUESTIONÁRIO FINAL - Curso Preparação Parto e Parentalidade

Idade: _____ Sexo: Feminino ☐ Tm Pessoal _____
Masculino ☐

Em cada questão rodeie a alínea mais correta

1. A pelve ou bacia:	a) É composta por um único osso e não tem mobilidade; b) É composta por um único osso e tem mobilidade; c) É composta por mais que um osso e não tem mobilidade; d) É composta por vários ossos e tem mobilidade.
2. Quando me devo dirigir para o hospital/maternidade?	a) No momento em que acontece a Expulsão do Rolhão Mucoso; b) Quando ocorrer Rotura de Membranas, ou presença de contrações rítmicas 5/5 minutos (dependendo da distância entre o local onde se encontra e onde pretende que aconteça o parto); c) Sempre que acordar com dor na lombar ou náuseas; d) Quando me sentir cansada por subir escadas e com muita vontade de urinar.
3. Quando a mulher grávida entra em trabalho de parto deve:	a) Dirigir-se rapidamente para o hospital; b) Tomar um banho relaxante, contactar o acompanhante e ir para o hospital; c) Dependendo do sinal de trabalho de parto, pode ter mais ou menos urgência em dirigir-se ao hospital; d) Esperar calmamente que os sinais de trabalho de parto parem.
4. Para o feto progredir corretamente ao longo do canal de parto até à expulsão	a) É necessário a mulher ficar imóvel para interferir o mínimo; b) É indiferente a mobilidade pois só as contrações uterinas ajudam neste processo; c) Tanto o feto como a mulher são intervenientes ativos, sendo que a mobilidade da mulher ajuda neste processo.
5. Como se caracteriza a dor no trabalho de parto?	a) É uma dor intermitente, associada à contração que vai aumentando de intensidade, atinge um pico e diminui; b) É uma dor contínua que começa com o aparecimento das contrações e termina no final do parto; c) É uma dor perfeitamente tolerável que pode ou não irradiar para a lombar; d) É uma dor como todas as dores mas mais prolongada no tempo.
6. Existem métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto?	a) Não, apenas funciona a analgesia epidural; b) Sim, como por exemplo a massagem, o rebozo e o apoio contínuo; c) Sim mas só funcionam após a epidural.
7. A analgesia epidural funciona sempre?	a) Sim, após 15 minutos de ser colocada; b) Não, com a analgesia epidural atinge-se um alívio da dor completo em 85 a 90% das parturientes; c) Sim desde que seja colocada de forma correta; d) Sim desde que a grávida esteja quieta no momento da colocação do cateter.
8. Para prevenir o aparecimento de complicações no aleitamento materno devo:	a) Amamentar 15 minutos de cada mama em cada mamada; b) Assegurar que o bebé faça sempre uma pega correta; c) No final de cada mamada remover todo o leite que ficou na mama.

9. O banho do Recém-nascido deve ser dado:	a) Todos os dias de preferência ao final do dia; b) Num espaço amplo e arejado para evitar possíveis infeções; c) De acordo com a disponibilidade dos pais/reação do Recém-nascido ao banho, podendo ser diário ou dia sim, dia não;
10. No que diz respeito à parentalidade:	a) Os pais devem ajustar a sua vida e horários às necessidades da criança; b) A prioridade na família deve ser sempre a criança; c) Os pais não devem usar o “NÃO” no processo educativo; d) Regra geral, os pais sabem instintivamente o que fazer a cada momento.
11. O Choro é a primeira forma de comunicação do bebé, quando o bebé chora devo:	a) Oferecer alimento (mama ou biberão), pois assim tenho a certeza que o consigo sossegar; b) Deixa-lo chorar 1 a 2 horas por dia pois só assim os pulmões se tornam tem e tentar acalma-lo mudando a fralda, alimentando-o, verificando se tem febre ou cólicas, investigar se a roupa está a magoar, pegar ao colo, até conseguir sossega-lo; d) Deixar que ele próprio se organize sem dar colo para não lhe criar maus hábitos.
12. O engasgo no bebé é relativamente frequente, nesta situação devo:	a) Virá-lo de lado colocando-o em Posição Lateral de Segurança; b) Começar por vira-lo de barriga para baixo, com a cabeça baixa em relação ao corpo c) Soprar na moleirinha; d) Ligar imediatamente ao 112 e esperar pela intervenção de um profissional de saúde.

Nível de satisfação relativo à Preparação para o Parto e Parentalidade

De acordo com as afirmações rodeie a resposta mais adequada, conforme o nível de concordância, sendo:

1- Discordo Totalmente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo Totalmente

Foi de encontro às minhas necessidades	1	2	3	4	5
Correspondeu às minhas expectativas	1	2	3	4	5
Favoreceu a aquisição de conhecimentos sobre gravidez, parto, pós parto e bebé	1	2	3	4	5
Favoreceu o desenvolvimento de capacidades para o parto e cuidados ao bebé	1	2	3	4	5
Os conteúdos abordados foram pertinentes e interessantes	1	2	3	4	5
Os métodos utilizados (PowerPoint, filmes, demonstrações, técnicas...), foram ajustados	1	2	3	4	5
O número de sessões em função do conteúdo e interesse, foi adequado	1	2	3	4	5
A Enfermeira x transmitiu com clareza os assuntos abordados, mostrando disponibilidade e respondendo às questões que surgiam	1	2	3	4	5
A Enfermeira y transmitiu com clareza os assuntos abordados, mostrando disponibilidade e respondendo às questões que surgiam	1	2	3	4	5

Quantas sessões considera que o curso deve ter? De 1 e 5 ☐ De 6 a 10 ☐ De 11 a 15 ☐ De 16 a 20 ☐

SUGESTÕES DE MELHORIA / COMENTÁRIOS

Agradecemos a sua colaboração!

APÊNDICES

Apêndice I- Atividade “Puerpério: desafios e adaptações à nova fase”



Puerpério

Tem início imediatamente após o parto...

Período em que o corpo da mulher passa por diversas mudanças para voltar ao estado pré-gravídico...

Tem uma duração média de 6 semanas...

É caracterizado por várias fases...

Imediato...Precoce...Tardio...

Alterações Sociais que podem ocorrer:

1. Redefinição de papéis
2. Mudanças nas relações interpessoais
3. Alterações na vida social
4. Impacto Profissional
5. Impacto na Saúde Mental



As primeiras semanas após o nascimento são um **período desafiante**, especialmente para a puérpera e recém-nascido ...



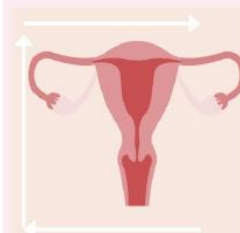
Puerpério

Alterações Sociais

Alterações Biológicas (anatômicas)

Alterações Emocionais/Psicológicas

ÚTERO



- Útero volta à sua posição normal
- Retorno ao volume pré-gravídico – involução uterina
- Involução: cerca de 1 a 2 cm por dia
- Formação do Globo de Segurança de Pinard
- Entre a 6ª e a 8ª semana retoma ao seu tamanho e posição original
- As contrações pós-parto, ajudam o útero a retomar o seu volume

LÓQUIOS

- Corrimento vaginal que existe nos primeiros dias após o parto, composto por sangue, restos de tecido de placenta e secreções vaginais
- Resulta da descamação do local onde a placenta esteve inserida durante a gravidez.
- O expectável é que vão diminuindo em quantidade à medida que o tempo passa;
- Desaparecem ao fim de 4-6 semanas após o parto;



CUIDADOS COM A FERIDA PERINEAL

- Manter uma higiene adequada
- Manter a zona perineal sempre limpa e seca
- Aplicar gelo, devidamente protegido durante alguns minutos e várias vezes ao dia
- Não utilizar tampões/copo menstrual
- Os pontos são reabsorvíveis → vigiar sinais de alarme
- Utilizar roupa íntima de algodão.



LÓQUIOS

- O aspeto modifica-se no decorrer do puerpério:
Primeiros 2/3 dias: **Hemáticos** e abundantes
Até aos 10 dias: **Serosos** e abundantes
Após os 10 dias: **Amarelados** e escassos
- Apresentam um odor característico
- **Qualquer odor mais intenso pode indicar uma infeção!!**



CUIDADOS COM A FERIDA ABDOMINAL

- Manter penso cirúrgico limpo e seco
- Vigiar repasse do penso da ferida
- Utilizar roupas largas que não apertem a cicatriz
- Remover o material de sutura ao final de 10-15 dias
- Evitar esforços → ferida em processo de cicatrização
- Após a cicatrização, hidratar o local da sutura abdominal



CUIDADOS A TER NO PUERPÉRIO...

Independentemente do tipo de parto, deve recorrer de imediato a um **profissional de saúde** em caso de:

- Ferida com dor intensa, vermelhidão, inchaço, cheiro desagradável ou saída de pus;
- Aumento da hemorragia vaginal;
- Corrimento vaginal com cheiro fétido;
- Febre.



CUIDADOS DE HIGIENE

- **Manter uma higiene adequada para conforto e evitar infeções:**
 - * Tomar banho diariamente
 - * Não tomar banhos de imersão
 - * Lavar a área genital com sabão neutro
 - * Utilizar pensos higiênicos e substituí-los com frequência, para manter a região seca
 - * Não utilizar tampões/copo menstrual
 - * Ter uma boa higiene do períneo → lavar após micção e evacuação
 - * Secar muito bem a região genital com toalhas limpas e suaves

ELIMINAÇÃO URINÁRIA



- O desconforto/dificuldade em urinar no pós-parto é comum;
 - A distensão da bexiga dificulta as contrações uterinas;
 - O enfraquecimento dos músculos do pavimento pélvico durante o parto podem levar à **Incontinência urinária transitória** nos primeiros meses após o parto.
- SE ACONTECER, DEVE CONSULTAR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE ESPECIALIZADO NA ÁREA PARA AVALIAÇÃO**

EXERCÍCIOS DE KEGEL

Exercícios de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, que suportam o útero, a bexiga, o intestino delgado e o reto.

Como realizar os exercícios de KEGEL?

1. Identificar os músculos do pavimento pélvico
2. Posição
3. Execução



NÃO DEVEM SER REALIZADOS SEM UMA AVALIAÇÃO PRÉVIA POR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE ESPECIALIZADO NA ÁREA, DE FORMA A CONFIRMAR A REAL NECESSIDADE!!

ELIMINAÇÃO INTestinal

- É frequente ocorrer obstipação, devido ao medo da dor perineal e hemorroidas.
- A obstipação pode ocorrer devido a alterações hormonais, inatividade física e efeitos de alguns fármacos.
- O funcionamento intestinal normaliza ao fim de uma a duas semanas pós-parto.



CUIDADOS NA OBSTIPAÇÃO

Para evitar a obstipação deverá:

- Ter uma dieta rica em fibras (legumes, fruta, frutos secos e cereais integrais);
- Beber 1,5 /2 L de água por dia;
- Fazer exercício físico;
- Em alguns casos, o médico pode recomendar o uso de laxantes suaves

HEMORROIDAS

- Veias dilatadas, internas ou externas;
- Podem surgir na gravidez ou como resultado dos esforços expulsivos durante o parto;

Cuidados a ter:

- Aplicar gelo, devidamente protegido ou compressas frias durante alguns minutos e várias vezes ao dia;
- Alternar a aplicação de água fria e água morna localmente;
- Utilizar pomadas específicas para hemorroidas, conforme recomendação médica.

ALIMENTAÇÃO NO PÓS-PARTO

O cuidado com a alimentação neste período é importante para auxiliar na recuperação da mãe e no processo de aleitamento materno.

Uma correta alimentação no pós-parto:

- Pode acelerar o processo de recuperação e cicatrização;
- Fornece um maior nível de energia;
- Facilita o retorno ao peso pré-gravídico de forma gradual e saudável;
- Fortalece o sistema imunológico;
- Proporciona bem-estar geral;



RECOMENDAÇÕES

- ALIMENTAÇÃO **VARIADA E EQUILIBRADA**
- ESTABELECER **HORÁRIOS** PARA AS REFEIÇÕES
- FAZER VÁRIAS REFEIÇÕES POR DIA
- PREFERIR **COMIDAS CONFEIONADAS EM CASA**
- INCLUIR **ALIMENTOS FRESCOS**
- MANTER UMA **BOA HIDRATAÇÃO**
 - 90% do leite materno é composto por água



RECOMENDAÇÕES

- EVITAR CONSUMIR **ÓLEOS, GORDURAS, SAL E AÇÚCAR EM GRANDES QUANTIDADES**
- EVITAR **ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS E/OU PROCESSADOS**
- BEBER CAFÉ/CHÁ/COCA-COLA **COM MODERAÇÃO**
- EVITAR DIETAS COM **RESTRIÇÃO CALÓRICA** NOS PRIMEIROS MESES
- **NÃO INGERIR** BEBIDAS ALCOOLICAS OU OUTROS EXCITANTES



RETOMAR A ATIVIDADE FÍSICA

Quanto **mais cedo** começar o exercício, mais facilmente **previne possíveis complicações**

- MELHORA A SAÚDE E BEM-ESTAR GERAL DA MULHER
- PREVINE A DEPRESSÃO PÓS-PARTO
- AJUDA A RECUPERAR A FORMA FÍSICA
- FORNECE MAIS ENERGIA
- UMA NOVA OPORTUNIDADE!



RETOMAR A ATIVIDADE FISICA

EXERCICIOS NO PÓS-PARTO

- Iniciar com exercícios leves e aumentar a intensidade gradualmente;
- Numa fase inicial, evitar exercícios ativos que envolvam a musculatura abdominal;
- Ponderar realização de exercícios de Kegel, com a avaliação e orientação de um profissional de saúde especializado na área;

MÉTODOS CONTRACETIVOS

Métodos Não Hormonais:



Preservativo
Masculino ou
Feminino



Diafragma



Dispositivo
Intrauterino de
Cobre

RELAÇÕES SEXUAIS

Quando devo iniciar a minha vida sexual?

DEPENDE:

- Da recuperação de cada mulher
- Dos desejos e expectativas da mulher/casal
- Fatores físicos e psicológicos



A primeira consulta pós-parto é uma boa oportunidade para discutir a retomada das atividades sexuais com profissional de saúde

MÉTODOS CONTRACETIVOS

Métodos Hormonais (Progestativos)



Implante



Injeção Contraceptiva



Pílula
Progestativa



Dispositivo
Intrauterino

POSSO ENGRAVIDAR?

Há possibilidade de engravidar novamente. No entanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as mulheres esperem pelo menos **2 anos após um parto** para engravidar novamente.

- É conveniente esperar que o aparelho reprodutor volte ao estado normal;
- O peso deve ser restabelecido;
- Fortalecer a musculatura da região do abdômen;
- Restabelecer o equilíbrio hormonal;
- Precisa de descansar para cuidar do seu filho.



MÉTODOS CONTRACETIVOS

Métodos Hormonais (Combinados)

Não aconselhados inicialmente se amamentação estabelecida, por terem estrogênios. Se amamentação não estabelecida, podem ser utilizados 3 semanas pós-parto



Adesivo
Contraceptivo



Anel Vaginal



Pílula Combinada

MÉTODOS CONTRACETIVOS

A escolha do método contraceptivo no pós-parto é uma decisão importante que depende de vários fatores, incluindo se a mulher está ou não a amamentar, as suas preferências pessoais e condições médicas subjacentes.

- Discutir sobre métodos contraceptivos com um profissional é crucial para evitar uma gravidez não planeada



MÉTODOS CONTRACETIVOS

Métodos Definitivos

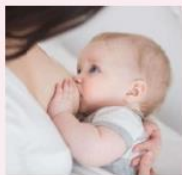


Laqueação das
Trompas



Vasectomia

INICIO DA MENSTRUACÃO



Mulheres que amamentam exclusivamente:

↑ **PROLACTINA** → **Inibem a Ovulação**
Pode ser variável... (3-6 meses) dependendo da quantidade de leite produzido e da estimulação da sucção

Mulheres que não amamentam:

Menstruam 6 a 12 semanas após o parto

SINAIS DE ALERTA

- Aumento hemorragia vaginal
- Lóquios com cheiro fétido
- Ferida com sinais inflamatórios
- Dor ao urinar
- Mama tensa, dolorosa quente ou vermelha
- Febre >38°C
- Dor Abdominal Intensa
- Inchaço, vermelhidão e dor nos membros inferiores
- Tristeza Profunda ou falta interesse



Alterações Emocionais/Psicológicas



SINAIS DE ALERTA: O QUE FAZER??

- **Recorrer aos cuidados de saúde:**
 - Linha SNS 24 (808 24 24 24)
 - Consulta Aberta Centro de Saúde
 - Urgências Hospitalares de Obstetrícia e Ginecologia



BLUES PÓS-PARTO



Condição temporária que surge logo após o parto, caracterizada por sentimentos de tristeza, irritabilidade, choro fácil e alterações de humor. Geralmente, esses sintomas estão relacionados com alterações hormonais e com a adaptação à nova condição.

Consulta de Enfermagem no Puerpério

Designa-se por consulta de puerpério a consulta realizada até 6 semanas pós-parto (42 dias).

OBJETIVOS:

- Avaliar o bem-estar físico, emocional e social da mulher/criança/família;
- Corrigir situações de dificuldade ou desvio da normalidade durante o puerpério;

DEPRESSÃO PÓS-PARTO



A depressão pós-parto é uma doença mental caracterizada por sinais prolongados de tristeza, perda de interesse em atividades diárias, ansiedade e irritabilidade.

Principais Sintomas:

diminuição do interesse ou incapacidade para realizar tarefas diárias
tristeza prolongada, irritabilidade e choro fácil
ansiedade e agitação
perturbações alimentares (aumento ou perda de peso)
perturbações do sono (aumento ou diminuição do sono)
sentimentos de culpa ou baixa autoestima
falta de memória e dificuldades de concentração
falta de energia e motivação
ideias de morte ou suicídio

Consulta de Enfermagem no Puerpério

Que avaliação é feita nestas consultas?

- Avaliação do aleitamento;
- Avaliação da Saúde Mental;
- Avaliação da dinâmica familiar e suporte social;
- Avaliação do Estado nutricional;
- Avaliação de possíveis perdas hemáticas e involução uterina;
- Avaliação do pavimento pélvico;
- Promover o início da contraceção;
- Informar sobre a sexualidade durante o puerpério;
- Avaliação do consumo de substâncias nocivas como o tabaco, álcool e outras substâncias;
- Realização o rastreio da neoplasia do colo uterino, se aplicável;
- Verificação do estado vacinal da puérpera;
- Esclarecimento de dúvidas.

(Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, 2015)

As consultas do puerpério podem ser realizadas em articulação e complementaridade com as consultas de vigilância de Saúde Infantil. Preferencialmente devem ser realizadas isoladamente, de forma a que a puérpera e o RN sejam avaliados da melhor forma possível

Consultas de Vigilância do RN

PRIMEIRO ANO DE VIDA:

- 1.ª semana de vida → realização do rastreio neonatal ou "teste do pezinho" (3.º-6.º dia)
- 1 mês
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- (-)

Visita Domiciliária

O plano de vacinação do RN é iniciado no hospital com a administração da vacina da Hepatite B. Posteriormente, irá seguir-se o plano nacional de vacinação.

**Obrigada pela
atenção**

EESMO Margarida Maym

Bibliografia:

- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L. Casey, B. M. & Sheffield, J. S. (2016) *Obstetricia de Williams*. (24ª ED.). Brasil: McGraw-Hill
- Direção Geral de Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco
- Direção Geral de Saúde (2023). Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério
- Graça, L.M. (2017). *Medicina Materno Fetal*. (5ª. ed.). Lisboa: Lidel.
- Montenegro, C. A. B., & Rezende, J. (2017). *Rezende OBSTETRÍCIA*, (13ª ed.). Brasil: Guanabara Koogan.
- Nené, M., Marques R., Batista M.A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel
- Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. F. (2020). *Procedimentos em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (1ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Sociedade Portuguesa da Contraceção (2020). *Consenso sobre Contraceção*
- World Health Organization (2016). *Selected practice recommendations for contraceptive use guidelines*. Third edition.



A perda gestacional na perspectiva do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica: protocolo de uma scoping review

Pregnancy loss from the perspective of the midwives: protocol for a scoping review

La pérdida del embarazo desde la perspectiva de la matrona: protocolo para una revisión del alcance

DOI: 10.54022/shsv5n3-001

Originals received: 05/31/2024

Acceptance for publication: 06/21/2024

Ana Margarida Morim

Graduada em Enfermagem

Instituição: Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo

Endereço: Viana do Castelo, Portugal

E-mail: a.margarida.p@hotmail.com

Conceição Moreira Freitas

Mestre em Bioética

Instituição: Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo

Endereço: Viana do Castelo, Portugal

E-mail: freitas.maria@ess.ipvc.pt

RESUMO

A perda gestacional é um evento traumático que afeta milhões de mulheres e casais em todo o mundo, apesar de ainda ser considerado um tema tabu e pouco abordado na sociedade e entre profissionais de saúde. Este evento traumático não só tem impacto nas famílias, mas também nos profissionais de saúde, que precisam de lidar com as suas próprias emoções e dificuldades, para além das necessidades e expectativas destas famílias. A enfermagem de saúde materna e obstétrica tem um papel fundamental na assistência às mulheres/famílias que vivenciam este acontecimento, enfrentando desafios complexos, dificuldades emocionais e sentimentos de frustração e impotência. É expectável que os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica estejam devidamente informados e preparados para lidar da melhor forma possível com estas situações, compreendendo a dimensão deste fenómeno na vida das famílias. No entanto, será que se tem atribuído a devida atenção ao impacto emocional, às competências específicas e às necessidades de formação e apoio a estes profissionais que cuidam de mulheres/famílias que sofrem uma perda gestacional? Posto isto, será realizada uma Scoping Review sobre esta temática com o objetivo de mapear e analisar a evidência científica existente acerca das perspetivas/experiências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica relativamente à Perda Gestacional. Do objetivo emergiu a questão de investigação "Quais as perspetivas/experiências dos Enfermeiros Especialistas



em Saúde Materna e Obstétrica, relativamente à Perda Gestacional?”. A Scoping Review será elaborada de acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute, que pressupõe a realização prévia de um protocolo.

Palavras-chave: Aborto. Morte Fetal. Enfermeira Obstétrica.

ABSTRACT

Pregnancy loss is a traumatic event that affects millions of women and couples around the world, despite the fact that it is still considered a taboo subject and is not widely discussed in society or among health professionals. This traumatic event not only has an impact on families, but also on health professionals, who need to deal with their own emotions and difficulties, in addition to the needs and expectations of these families. Maternal health and obstetric nursing plays a fundamental role in assisting women/families who experience this event, facing complex challenges, emotional difficulties and feelings of frustration and impotence. Maternal and Obstetric Health Nurse Specialists are expected to be properly informed and prepared to deal with these situations in the best possible way, understanding the scale of this phenomenon in the lives of families. However, has due attention been paid to the emotional impact, specific skills and training and support needs of these professionals who care for women/families who suffer a pregnancy loss? That said, a Scoping Review will be carried out on this topic with the aim of mapping and analyzing the existing scientific evidence on the perspectives/experiences of Maternal and Obstetric Health Nurse Specialists in relation to Gestational Loss. From this objective emerged the research question "What are the perspectives/experiences of Maternal and Obstetric Health Nurse Specialists in relation to Gestational Loss?". The Scoping Review will be prepared in accordance with the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute, which presupposes the prior realization of a protocol.

Keywords: Abortion. Fetal Death. Obstetric Nurse.

RESUMEN

La pérdida del embarazo es un acontecimiento traumático que afecta a millones de mujeres y parejas en todo el mundo, a pesar de que todavía se considera un tema tabú del que se habla poco en la sociedad y entre los profesionales de la salud. Este acontecimiento traumático no sólo repercute en las familias, sino también en los profesionales sanitarios, que tienen que lidiar con sus propias emociones y dificultades, además de con las necesidades y expectativas de estas familias. Las enfermeras especializadas en salud materna y obstétrica desempeñan un papel fundamental en la asistencia a las mujeres/familias que viven este acontecimiento, enfrentándose a retos complejos, dificultades emocionales y sentimientos de frustración e impotencia. Se espera que las enfermeras especializadas en salud materna y obstétrica estén debidamente informadas y preparadas para tratar estas situaciones de la mejor manera posible, comprendiendo la magnitud de este fenómeno en la vida de las familias. Sin embargo, ¿se ha prestado la debida atención al impacto emocional, las habilidades específicas y las necesidades de formación y apoyo de estos profesionales que atienden a mujeres/familias que sufren la pérdida de un embarazo? Dicho esto, se llevará a cabo un Scoping Review sobre este tema con el objetivo de mapear y analizar la evidencia científica existente sobre las



perspectivas/experiencias de las Enfermeras Especialistas en Salud Materno Obstétrica en relación a la Pérdida Gestacional. De este objetivo surgió la pregunta de investigación "¿Cuáles son las perspectivas/experiencias de las Enfermeras Especialistas en Salud Materna y Obstétrica en relación con la Pérdida Gestacional?". El Scoping Review se elaborará según la metodología propuesta por el Instituto Joanna Briggs, que presupone la realización previa de un protocolo.

Palabras clave: Aborto. Muerte Fetal. Enfermera Obstétrica.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez, inserida no contexto do ciclo de vida humano, representa uma das fases mais notáveis e transformadoras. Este evento marca o início de uma nova vida e de um capítulo crucial na trajetória do desenvolvimento humano.

A gravidez representa uma experiência única para a mulher, para o casal e para a família em geral. Para além das dimensões biológicas, a gravidez caracteriza-se por ser um "período de mudanças e várias descobertas de emoções e comportamentos até aí desconhecidos, de novas identidades, de novos significados existenciais e novos papéis" (Canavarro, 2001, pp.256).

No entanto, é também um período de novas exigências e necessidades afetivas em relação aos outros, mas sobretudo em relação ao novo ser, estabelecendo-se desde logo entre a mãe e o bebé, uma ligação ativa e recíproca (Canavarro, 2001).

Quando uma gravidez não segue o decurso esperado, e daí resulta uma perda gestacional, a experiência emocional é profundamente impactante para os pais, sendo, sem dúvida, uma das experiências mais traumáticas que os casais podem vivenciar, levando muitas vezes a graves alterações na vida familiar (Binnie, 2020). A perda gestacional é uma temática bastante sensível que merece reflexão e compreensão e que nos dias de hoje ainda é pouco abordada, tanto entre profissionais de saúde, como na sociedade em geral. Segundo a World Health Organization (2018), a perda de um filho por aborto ou morte pré-natal continua a ser um tema tabu e motivo de vergonha, despertando muitas vezes sentimentos de culpa nas mulheres de todo o mundo.

A perda gestacional pode ter diversas definições em todo o mundo.



Segundo Canavarro (2006), a designação de perda gestacional engloba um conjunto de situações que podem acontecer durante a gravidez ou após o parto e ocorrem por diversos motivos, nomeadamente por interrupção médica da gravidez; aborto espontâneo, morte fetal (nado-morto), morte neonatal, entre outros.

Segundo a WHO (2018), o aborto é a causa mais frequente de perda gestacional durante a gravidez, estimando-se que todos os anos ocorram cerca de 23 milhões de abortos espontâneos em todo o mundo, o que se traduz em 44 perdas gestacionais por minuto (Siobhan et al., 2021). Em Portugal, a Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (2002), afirma que a perda gestacional é a complicação mais frequente da gravidez, ocorrendo em cerca de 15% das gestações clinicamente conhecidas. Ainda assim, a WHO (2018) afirma que os abortos e as mortes pré-natais não são registadas de forma sistemática, mesmo nos países desenvolvidos, o que leva a crer que os números podem ser bastante mais elevados.

Os dados conhecidos em Portugal permitem concluir que nos últimos anos, tem se assistido a uma diminuição no número de mortes perinatais, sendo que em 1960 a taxa de mortalidade perinatal era de 42,2%, no ano de 2000 era de 6,2% e em 2022 foi de 3,3% (Pordata,2023).

Estes dados revelam uma diminuição que se deve sobretudo ao avanço tecnológico, pois permite uma vigilância e rastreio atempado de complicações durante a gravidez (Miranda & Zangão, 2020). Contudo, esta continua a ser uma realidade nos dias de hoje, pelo que se torna bastante pertinente refletir sobre a perda gestacional, bem como as práticas de cuidados associadas a este acontecimento de vida marcante para as famílias que a experienciam.

Estas são, sem dúvida, situações que requerem um sólido suporte psicológico por parte da rede de apoio do casal, mas também dos profissionais de saúde. Segundo Cabral (2005, pp.89), uma perda no âmbito da gravidez e maternidade deve ser alvo de uma atenção cuidada por parte dos profissionais de saúde que contactam com estas realidades, uma vez que envolvem uma sobrecarga psicológica que pode levar ao desenvolvimento de “uma ampla gama de transtornos físicos e emocionais”.

A enfermagem de saúde materna e obstétrica apresenta uma função crucial



no decorrer do processo de uma morte fetal, sendo que o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO), pode demonstrar dificuldades em lidar com a morte num “ambiente em que diariamente brotam novas vidas.” (Miranda & Zangão, 2020, pp. 2). Segundo Rocha (2013), estas situações provocam nos profissionais sentimentos de frustração, incômodo e sensação de impotência, o que os leva, muitas vezes, a questionarem-se sobre quais as atitudes mais corretas a ter em determinado momento. Segundo a mesma autora, é também evidente que estes profissionais têm a “consciência (...) de atitudes menos positivas que muitas vezes têm e que reconhecem ser uma atitude de defesa decorrente da própria necessidade de também eles se afastarem da situação”.

A perda gestacional pode ocorrer em diversos contextos e pode ter repercussões psicológicas negativas e graves para as mulheres/famílias, mas também pode ter algum impacto nos profissionais de saúde, uma vez que estes necessitam de lidar com as suas próprias emoções, competências e necessidades, bem como com as expectativas das mulheres e famílias, muitas vezes deparando-se com limitações dos serviços de saúde.

É expectável que estes profissionais estejam devidamente informados e preparados para lidar da melhor forma possível com estas situações, compreendendo a dimensão deste fenómeno na vida dos pais/famílias, mas será que esta é uma temática devidamente estudada no que se refere à vertente do profissional de saúde? Isto é, será quem se tem atribuído a devida atenção ao impacto emocional, às competências específicas e às necessidades de formação e apoio aos enfermeiros que cuidam de mulheres e famílias que sofreram uma perda gestacional. Assim, o objetivo deste estudo será mapear e analisar a evidência científica existente acerca das perspetivas/experiências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica relativamente à Perda Gestacional.



2 METODOLOGIA

2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

2.1.1 Participantes

Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica que prestam/prestaram cuidados a mulheres/famílias que tenham passado por uma situação de perda gestacional (não serão aplicadas restrições de gênero, idade ou outras características pessoais);

2.1.2 Conceito

Perspetivas/Experiências destes profissionais relativamente à perda gestacional

2.1.3 Contexto

Perda gestacional (consideram-se para este estudo em específico, todas as perdas gestacionais que tenham ocorrido de forma espontânea, sendo excluídos todos os artigos que abordem a interrupção voluntária da gravidez - IVG);

2.1.4 Tipo de fontes

Serão considerados estudos que tenham sido publicados em bases de dados científicas, sem restrição relativamente à metodologia utilizada.

Poderão também ser considerados outros artigos como documentos de opinião, relatórios ou dissertações de mestrado, não publicados em bases de dados, mas que sejam pertinentes e que respondam à questão de investigação. Apenas serão considerados estudos relativos aos últimos 5 anos, de forma a assegurar a atualidade dos dados. Não serão incluídos estudos redigidos em português, inglês, francês e espanhol, idiomas que são do conhecimento da



investigadora.

2.2 TIPO DE ESTUDO

A questão de partida constitui a base do desenho de investigação, demonstrando assim o tipo de estudo realizado. Tendo em conta a questão de investigação e o objetivo deste estudo, a metodologia mais adequada é a Scoping Review.

A scoping review é uma metodologia relativamente recente que segue um processo estruturado e que, em certa medida, pode ser semelhante a outros tipos de revisão da literatura, pelo que é importante realçar os objetivos específicos de uma scoping review. Segundo Peters (et al., 2015) este tipo de revisão da literatura tem como objetivos: mapear as evidências existentes subjacentes a uma determinada área de pesquisa; identificar lacunas na evidência existente e constituir um exercício preliminar que justifique e informe a realização de uma possível revisão sistemática da literatura sobre o tema. Segundo Munn et al. (2018), a scoping review caracteriza-se por investigar um amplo campo da literatura, identificando e mapeando toda a produção científica existente até ao momento sobre determinada temática. Assim, a scoping é considerada a ferramenta ideal para fornecer uma visão geral (ampla ou detalhada) sobre determinado tema, nunca servindo para responder a uma pergunta específica ou realizar uma avaliação crítica sobre os resultados encontrados.

Neste estudo, não se pretende analisar a qualidade metodológica dos estudos incluídos de forma a encontrar a melhor evidência, mas sim mapear a evidência científica existente à cerca do fenómeno da perda gestacional na vertente do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, na sala de partos (Zachary, 2018).

Esta scoping review irá ser realizada de acordo com a metodologia proposta por Joanna Briggs Institute (JBI, 2021).

2.3 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Segundo a metodologia JBI (2021), a estratégia de pesquisa utilizada para



uma scoping review deve ser o mais abrangente possível de forma a identificar fontes primárias de evidências publicadas e não publicadas, bem como revisões da literatura. Ainda assim, devem ser sempre tidas em consideração as restrições de tempo e recursos disponíveis.

Segundo a mesma fonte, a pesquisa deve ser realizada em três etapas, sendo que cada etapa deve ser claramente explicada. O primeiro passo deve ser uma pesquisa inicial limitada a pelo menos duas bases de dados científicas apropriadas e relevantes para o tema. De seguida, deverão ser identificadas as palavras-chave e termos indexados. O último passo consiste na inclusão das restantes bases de dados e realização da pesquisa com os termos indexados (JBI, 2021).

Neste sentido, foi realizada uma primeira pesquisa nas bases de dados Pubmed e CINAHL, com termos livres como: perda gestacional, aborto, enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica e sala de partos.

A partir desses termos livres, e através da análise das palavras indexadas dos artigos encontrados na pesquisa inicial, foram selecionadas as palavras-chave.

As palavras-chave foram previamente validadas na plataforma DeCS/Mesh – Descritores em Ciências da Saúde (2023), com o objetivo de uniformizar os dados encontrados através de uma terminologia única de semântica em saúde. Assim, foram definidas as seguintes palavras-chave: aborto/abortion; morte fetal/fetal death e enfermeira obstétrica/nurse midwives.

A partir das palavras-chave, foi definida uma equação de pesquisa. A equação de pesquisa pode utilizar operadores booleanos como “AND” e “OR” entre as palavras-chave, de forma a ampliar a pesquisa e assim encontrar o maior número de publicações. A técnica dos operadores booleanos assume uma grande utilidade e pertinência em questões de especificidade de pesquisa numa base de dados, quando existe a necessidade de combinar termos (Gonçalves, et al., 2021). Assim, a equação de pesquisa será a seguinte:

- (((pregnancy loss) OR (fetal death) OR (fetal loss) OR (abortion) OR (miscarriage) OR (stillbirth) OR (perinatal loss)) AND ((midwives) OR (nurse midwives)) AND ((perspectives) OR (experiences)))



Esta equação irá posteriormente ser adaptada a cada uma das bases de dados. A pesquisa será realizada nas seguintes bases de dados: Medline, Scielo, Pubmed, Scopus, Web of Science e Cochrane. Deverão ainda ser registados os filtros selecionados para cada uma das bases de dados, e apresentados numa tabela. Pode também existir uma pesquisa no google académico com o objetivo de procurar literatura cinzenta relacionada com o tema.

No presente protocolo, deve ainda ficar claro o período de tempo que irá ser dispensado para a realização da pesquisa. É crucial documentar de forma clara e transparente toda a estratégia de pesquisa para assegurar a validade científica desta revisão. Sendo assim, planeio que a pesquisa seja realizada entre os meses de fevereiro e março de 2024.

2.4 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Da pesquisa inicial irá resultar um número total de artigos em cada base de dados científica. O próximo passo será efetuar a seleção dos artigos encontrados, tendo sempre em conta os critérios de inclusão escolhidos. É importante referir que devem ser excluídos todos os artigos duplicados, para isso, serão exportados todos os artigos para um software de forma a eliminar os artigos repetidos (por exemplo o software Mendeley)

A seleção dos estudos deve ser realizada em duas etapas diferentes, de forma a assegurar o processo de elegibilidade dos artigos.

A primeira triagem irá ser realizada através da leitura e análise do título e resumo de cada artigo, eliminando desde logo aqueles que não cumprem os critérios de inclusão, ou seja, passam apenas para a próxima fase os artigos que cumprirem os critérios (JBI,2021).

A segunda triagem consistirá na leitura integral e enquadramento dos mesmos na população, conceitos e contexto. As razões para a exclusão dos estudos lidos na segunda etapa devem ser registadas e relatadas na revisão.

As duas etapas deverão ser realizadas de forma independente por dois revisores, sendo que, sempre que discordarem o consenso deve ser alcançado através da discussão. Para terminar, o processo de seleção dos estudos deve ser muito bem documentado.



2.5 EXTRAÇÃO DE DADOS

Após a seleção dos estudos, segue-se a extração dos seus dados. Os dados serão extraídos dos artigos selecionados anteriormente, utilizando uma ferramenta de extração de dados, de forma a verificar a elegibilidade desses mesmos artigos. Neste caso, o instrumento de recolha de dados que irá ser utilizado é uma adaptação do modelo proposto pela JBI (2021), elaborado pela investigadora, e que poderá sofrer alterações de acordo com as necessidades sentidas ao longo de todo o processo de extração de dados. Este instrumento consiste numa tabela/formulário para registar as principais informações de cada publicação, para posteriormente as analisar.

Este instrumento deve ser testado previamente através de uma etapa piloto. Para isso, deve ser validado em pelo menos duas fontes, de forma a garantir que todos os resultados relevantes são extraídos. Esta etapa piloto deve ser realizada por pelo menos dois investigadores. Os dados extraídos incluirão detalhes específicos sobre os participantes, conceito, contexto, métodos de estudo e principais conclusões relevantes para a questão de investigação.

2.6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Nesta etapa deve ser realizada a caracterização dos estudos incluídos na scoping review, bem como a apresentação dos resultados encontrados. Os dados podem ser apresentados e organizados em gráficos ou tabelas, de forma a facilitar o mapeamento dos dados extraídos.

Neste caso, a informação relevante irá ser apresentada em tabelas.

Será também apresentado o fluxograma da pesquisa realizada que deve ser apoiado nas diretrizes de PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses), seguindo as indicações do JBI (2021). A abordagem PRISMA apresenta de forma sintetizada todas as fases desde a pesquisa até à seleção dos artigos a incluir na revisão. Para além do fluxograma, deve existir também uma descrição narrativa de todo o processo de seleção dos estudos, tendo em conta cada base de dados em específico.



2.7 PROCEDIMENTOS ETICOS

A ética, quando aplicada à investigação científica, tem por objetivo primordial maximizar benefícios e minimizar prejuízos. Pretende-se respeitar os princípios éticos em todo o processo de investigação. Para além disso, é extremamente crucial deixar claro que não existem conflitos de interesse que possam influenciar a condução ou resultados desta revisão.

3 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo irão responder à questão de investigação “Quais as perspectivas/experiências dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, relativamente à Perda Gestacional?”.

Sende este um protocolo de uma scoping review, não existem ainda resultados a apresentar, no entanto, acredito que este estudo poderá contribuir para uma visão abrangente e atualizada da temática, bem como para uma melhor compreensão do impacto emocional da perda gestacional nos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica. Para além disso, poderá fornecer insights sobre como melhorar programas de formação existentes ou desenvolvimento de novas iniciativas de formação e apoio, através da identificação de necessidades de formação nesta área. A realização deste estudo pode contribuir ainda para a elaboração de medidas promotoras da saúde mental destes profissionais e consequentemente uma melhoria na prestação de cuidados.

No estudo final, serão também apresentadas as limitações da pesquisa e recomendações para pesquisas futuras.



REFERÊNCIAS

- Binnie, C. *Breaking the silence*. In *British Journal of Midwifery*, 28(3), 144-145. Doi:10.12968/bjom.2020.28.3.144, 2020
- Cabral, I.P. *Psicologia da Gravidez e Parentalidade: Morte e Luto na Gravidez e Puerpério*. (pp.61-96). Lisboa: Fim de século,2005
- Canavarro, M.C. & Rolim, L. Capítulo 10: Perdas e Luto durante a Gravidez e Puerpério. In. M.C. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 255-296). Coimbra: Quarteto, 2001
- Canavarro, M.C. *Gravidez e Maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento*. *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora, 2006
- Descritores em Ciências da Saúde: DeCS/Mesh. São Paulo,2023 Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>
- Fortin, M. F. *O processo de investigação: da concepção à realização*. *Lusociência*,1999
- Gonçalves, S. P., Gonçalves, J. P. & Marques, C.G. *Manual de Investigação Qualitativa: concepção, análise e aplicações*. Lisboa, Pactor,2021
- JBÍ - Joanna Briggs Institute. *JBÍ Manual for Evidence Synthesis: Chapter 11: Scoping Reviews*. Australia: Joanna Briggs Institute,2021. Disponível em: https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4685874/Downloadable+PDF+-+current+version?attachment=/rest/api/content/4685874/child/attachment/att4691824/download&type=application/pdf&filename=JBIMES_2021April.pdf
- Mendes, K., Silveira, R.; Galvão, C. *Revisão integrativa: método de pesquisa para a Incorporação de evidências na saúde e na enfermagem* (pp.758-764). In *Texto Contexto Enfermagem*, vol. 17, nº4, 2008. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?format=pdf&lang=pt>
- Miranda, A. M. & Zangão, M. O. *Vivências maternas em situação de morte fetal*. *Revista de Enfermagem Referência - Série V*, nº 3: e20037,2020
- Munn, Z., Peters, M.D.J., Stern, C. et al. *Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach*. *BMC Med Res Methodol* 18, 143, 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Ordem dos Enfermeiros. *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, 2021. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidadedos-cuidados-eesmo.pdf
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C.



B. *Guidance for conducting systematic scoping reviews. In International Journal of Evidence- Based Healthcare* 13(3), (pp. 141–146), 2015 Disponível em: <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>

Pordata. Taxa de mortalidade perinatal e neonatal, 2023. Disponível em: <https://www.pordata.pt/portugal/taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529>. Consultado em 30 de janeiro de 2024

Rocha, V., L., R. *Perda Gestacional e Processo de Luto: Vivências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia*, 2013. Dissertação de Mestrado: Consultada em 07 de fevereiro de 2024. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/1794>

Siobhan Quenby, et. al. *Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss*. In *The Lancet*, vol. 397, ISSUE 10285, P1658-1667, maio de 2021. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(21\)00682-6.pdf#section-3d6acba1-acea-4be2-8dc9-b7e14e5b6583](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(21)00682-6.pdf#section-3d6acba1-acea-4be2-8dc9-b7e14e5b6583)

Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. Normas de Orientação Clínica – Perda Gestacional Recorrente, 2022 Disponível em: https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2017/03/Norma_Perdagestacionalrecorrente.pdf. Consultado em 30 de janeiro de 2024

World Health Organization. Why we need to talk about losing a baby. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/spotlight/why-we-need-to-talkabout-losing-a-baby>. Consultado em 7 de fevereiro de 2024

Apêndice III- Estratégia de Pesquisa

Estratégia de Pesquisa utilizada na Pubmed no dia 14/03/2024

Pesquisa	Filtros	Resultados
#4	Search: ((pregnancy loss) OR (fetal death) OR (fetal loss) OR (abortion) OR (miscarriage) OR (stillbirth) OR (perinatal loss)) AND ((nurse midwives) OR (midwives)) AND ((perspective) OR (experiences)) Filters: Free full text, in the last 5 years	207
#3	Search: ((pregnancy loss) OR (fetal death) OR (fetal loss) OR (abortion) OR (miscarriage) OR (stillbirth) OR (perinatal loss)) AND ((nurse midwives) OR (midwives)) AND ((perspective) OR (experiences)) Filters: Free full text, from 2014 - 2024	282
#2	Search: ((pregnancy loss) OR (fetal death) OR (fetal loss) OR (abortion) OR (miscarriage) OR (stillbirth) OR (perinatal loss)) AND ((nurse midwives) OR (midwives)) AND ((perspective) OR (experiences)) Filters: from 2014 - 2024	519
#1	Search: ((pregnancy loss) OR (fetal death) OR (fetal loss) OR (abortion) OR (miscarriage) OR (stillbirth) OR (perinatal loss)) AND ((nurse midwives) OR (midwives)) AND ((perspective) OR (experiences))	708

Estratégia de Pesquisa utilizada na SCOPUS no dia 14/03/2024

Pesquisa	Filtros	Resultados
#3	(TITLE-ABS-KEY (pregnancy AND loss) OR TITLE-ABS-KEY (fetal AND death) OR TITLE-ABS-KEY (fetal AND loss) OR TITLE-ABS-KEY (abortion) OR TITLE-ABS-KEY (miscarriage) OR TITLE-ABS-KEY (stillbirth) OR TITLE-ABS-KEY (perinatal AND loss) AND TITLE-ABS-KEY (midwives) AND TITLE-ABS-KEY (experiences)) AND PUBYEAR > 2018 AND PUBYEAR < 2025 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "nurs")) AND (LIMIT-TO (OA , "all"))	47
#2	(TITLE-ABS-KEY (pregnancy AND loss) OR TITLE-ABS-KEY (fetal AND death) OR TITLE-ABS-KEY (fetal AND loss) OR TITLE-ABS-KEY (abortion) OR TITLE-ABS-KEY (miscarriage) OR TITLE-ABS-KEY (stillbirth) OR TITLE-ABS-KEY (perinatal AND loss) AND TITLE-ABS-KEY (midwives) AND TITLE-ABS-KEY (experiences)) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "nurs")) AND (LIMIT-TO (OA , "all"))	71
#1	(TITLE-ABS-KEY (pregnancy AND loss) OR TITLE-ABS-KEY (fetal AND death) OR TITLE-ABS-KEY (fetal AND loss) OR TITLE-ABS-KEY (abortion) OR TITLE-ABS-KEY (miscarriage) OR TITLE-ABS-KEY (stillbirth) OR TITLE-ABS-KEY (perinatal AND loss) AND TITLE-ABS-KEY (midwives) AND TITLE-ABS-KEY (experiences)) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "nurs"))	236

Estratégia de Pesquisa utilizada na Biblioteca Virtual em Saúde no dia 15/03/2024

Pesquisa	Filtros	Resultados
#3	Search: ((pregnancy loss) OR (fetal death) OR (fetal loss) OR (abortion) OR (miscarriage) OR (stillbirth) OR (perinatal loss)) AND ((nurse midwives) OR (midwives)) AND ((perspective) OR (experiences)) Filters: Free full text, from 2014 - 2024	42
#2	Search: ((pregnancy loss) OR (fetal death) OR (fetal loss) OR (abortion) OR (miscarriage) OR (stillbirth) OR (perinatal loss)) AND ((nurse midwives) OR (midwives)) AND ((perspective) OR (experiences)) Filters: from 2019-2024	42
#1	Search: ((pregnancy loss) OR (fetal death) OR (fetal loss) OR (abortion) OR (miscarriage) OR (stillbirth) OR (perinatal loss)) AND ((nurse midwives) OR (midwives)) AND ((perspective) OR (experiences))	66

Estratégia de Pesquisa utilizada na CINAHL no dia 15/03/2024

Pesquisa	Filtros	Resultados
#3	Search: ((pregnancy loss) OR (fetal death) OR (fetal loss) OR (abortion) OR (miscarriage) OR (stillbirth) OR (perinatal loss)) AND ((nurse midwives) OR (midwives)) AND ((perspective) OR (experiences)) Filters: Free full text; from 2019 – 2024; <u>inglês, português, espanhol</u> ; academic journals; perinatal death; midwives; midwife attitudes; bereavement; midwifery; attitude of health personnel; perinatal care; obstetric care	647
#2	Search: ((pregnancy loss) OR (fetal death) OR (fetal loss) OR (abortion) OR (miscarriage) OR (stillbirth) OR (perinatal loss)) AND ((nurse midwives) OR (midwives)) AND ((perspective) OR (experiences)) Filters: Free full text; from 2019 - 2024	5032
#1	Search: ((pregnancy loss) OR (fetal death) OR (fetal loss) OR (abortion) OR (miscarriage) OR (stillbirth) OR (perinatal loss)) AND ((nurse midwives) OR (midwives)) AND ((perspective) OR (experiences))	10640

Apêndice IV- Instrumento de Recolha de Dados

1. INFORMAÇÕES GERAIS	
Data de extração dos dados: _____	
2. DETALHES DA SCOPING REVIEW	
Título: A perda gestacional na perspetiva do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica: uma Scoping Review Objetivo: Mapear o conhecimento científico existente acerca das perspetivas e experiências do EEESMO relativamente à perda gestacional. Questão de investigação: “Qual o conhecimento científico disponível sobre as perspetivas e experiências do EEESMO relativamente à perda gestacional?” Critérios de inclusão/exclusão: População: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Conceito: perspetivas e experiências do EEESMO relativamente à perda gestacional Contexto: perda gestacional	
3. CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	
Título	
Autores	
Ano (publicação)	
País (origem)	
Objetivo(s)	
Palavras-chave	
População em estudo	
Amostra	
Contexto	
Conceitos	
Metodologia	
Resultados	
Conclusões	