



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A Perda Gestacional na Sala de Partos: Perceção do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Ana Rita Ribeiro Novo da Rocha

Viana do Castelo, abril, 2025



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BRAGANÇA



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

utad

UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A Perda Gestacional na Sala de Partos: Perceção 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 Rita Ribeiro Novo da Rocha

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, abril, 2025

Rocha, A.R.R.N. (2025). *Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional: A Perda Gestacional na sala de partos: percepção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Viana do Castelo: [s.n.]. Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica do Consórcio constituído pelo Instituto Politécnico de Bragança, Instituto Politécnico de Viana do Castelo e Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, 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; enfermeiros obstétricos; morte fetal; perda gestacional; percepção; sala de partos.

A seguinte parte do presente Relatório de Estágio de Natureza Profissional foi apresentada:

Rocha, A.R.R.N., & Moreira-Freitas, C. (2024/05/21). A Perda Gestacional na sala de partos: Perceção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica – projeto de um estudo fenomenológico [poster]. I Jornadas Perda Gestacional: reconhecer, cuidar e ressignificar, Porto (ANEXO III).

A ti avó, exemplo de mulher guerreira!

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste relatório representa não apenas o culminar de um percurso académico, mas também o reflexo do apoio e contributo de várias pessoas e instituições, às quais manifesto a minha mais profunda gratidão.

Aos docentes de todo o curso de mestrado, pela transmissão de conhecimentos, dedicação e acompanhamento ao longo desta etapa, em especial à Professora Conceição, cuja orientação foi determinante para a realização deste trabalho.

À Margarida, pela parceria enriquecedora, pela constante partilha de saberes e pela sua amizade, que tornou este percurso mais leve e significativo.

Aos EEESMO e aos demais profissionais que, com o seu apoio e experiência, contribuíram para o meu crescimento enquanto profissional.

Às minhas colegas de trabalho, pela compreensão e ajuda na conciliação entre o trabalho, as horas de estágio e a vida pessoal, permitindo-me enfrentar os desafios deste percurso com maior serenidade.

Às mulheres e aos casais a quem prestei cuidados, com especial reconhecimento àqueles que viveram a difícil experiência da perda gestacional. A sua generosidade em partilhar momentos tão íntimos e desafiadores enriqueceu profundamente esta investigação e a minha prática enquanto enfermeira.

Por fim, à minha família, pela paciência, incentivo e apoio incondicional ao longo deste trajeto. O vosso amor foi a base que sustentou todos os meus esforços e conquistas.

A todos, o meu sincero e profundo agradecimento.

“Curar, às vezes. Aliviar, frequentemente. Consolar, sempre”

Ambroise Paré

Índice

ÍNDICE DE TABELAS.....	xi
RESUMO.....	xii
ABSTRACT.....	xiv
LISTA DE ABREVIATURAS	xiv
LISTA DE ACRÓNIMOS.....	xvi
LISTA DE SIGLAS.....	xvi
PARTE I - COMPONENTE DE ESTÁGIO	18
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	19
1.1. Bloco de Partos	20
2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS	24
2.1. Teoria das Relações Interpessoais de Peplau.....	25
2.2 Teoria das Transições de Meleis.....	26
3. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	29
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	30
3.1.1. Competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	30
3.1.2. Competência do domínio da melhoria contínua da qualidade.....	32
3.1.3. Competência do domínio da gestão de cuidados.....	33
3.1.4. Competência do domínio das aprendizagens profissionais.....	34
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.....	35
3.2.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e no período pós-natal.....	36
3.3. Experiências Mínimas para aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.....	54
PARTE II- COMPONENTE INVESTIGATIVA	57
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	58
2. METODOLOGIA	62
2.1. Tipo de Estudo.....	63
2.2. Objetivo e Finalidade do Estudo.....	63
2.3. Questão de Investigação.....	64
2.4. Participantes.....	64
2.5. Instrumento de Recolha de Dados.....	65
2.6. Tratamento e Análise de Dados.....	66
2.7. Procedimentos Éticos.....	67
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	68
3.1. Caracterização dos participantes.....	68
3.2. Visão dos EEESMO sobre a perda gestacional: áreas temáticas, categorias e subcategorias....	69
5. CONCLUSÕES DO ESTUDO	79

CONCLUSÃO GERAL.....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
ANEXO.S.....	94
ANEXO I- Certificado Jornadas Perda Gestacional	95
ANEXO II- Certificado Congresso Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.....	96
ANEXO III- Certificado do Poster	97
ANEXO IV- Autorização do Conselho de Administração para realização do estudo.....	98
APÊNDICES.....	105
APÊNDICE I- Poster: A perda gestacional na sala de partos: percepção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica – um projeto de um estudo qualitativo fenomenológico	106
Apêndice II- Guião de Entrevista.....	107
APÊNDICE III- Consentimento Informado	109
APÊNDICE IV- Pedido de autorização para realização do estudo ao Conselho de Administração....	110
APÊNDICE V- Informação aos participantes do estudo	111
APÊNDICE VI – Percepção dos EEESMO da perda gestacional – uma visão das áreas temáticas, categorias e subcategorias.....	114

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Experiências mínimas e Experiências realizadas no percurso académico.....	55
Tabela 2: Caracterização dos EEESMO da intervenção.....	68
Tabela 3: Síntese das áreas temáticas, categorias e subcategorias, relativas às entrevistas realizadas.....	70

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica desempenha um papel determinante na promoção da saúde integral da mulher, sustentado numa abordagem holística que engloba as dimensões individuais, familiares, sociais e culturais da pessoa. A intervenção deste profissional estende-se ao longo de todo o ciclo reprodutivo, desde o planeamento familiar até ao climatério, garantindo cuidados de excelência. O presente trabalho insere-se no contexto do Estágio de Natureza Profissional, etapa essencial para a aquisição de competências específicas e aprofundamento de conhecimentos avançados. Foi identificada, neste âmbito, a necessidade de aprofundar a abordagem à perda gestacional, considerada um momento crítico que envolve desafios para os pais, famílias e profissionais de saúde.

OBJETIVO: Este relatório tem como objetivo analisar a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica perante situações de perda gestacional no contexto da sala de partos. Pretende-se compreender as estratégias utilizadas para lidar com os desafios emocionais, éticos, culturais e morais associados a este tipo de intervenção. Além disso, objetiva-se refletir sobre as experiências vivenciadas durante o Estágio de Natureza Profissional, que constituíram uma base sólida para o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, especialmente em contextos de elevada exigência emocional.

METODOLOGIA: O documento encontra-se estruturado em duas partes principais. A primeira parte apresenta e analisa criticamente as competências adquiridas e as intervenções realizadas ao longo do Estágio de Natureza Profissional, fundamentadas em evidência científica e orientadas por objetivos específicos previamente definidos. Este estágio envolveu atividades práticas em contexto de sala de partos, onde foi possível lidar diretamente com situações de perda gestacional e desenvolver estratégias para a prestação de cuidados humanizados e individualizados. A segunda parte centra-se num projeto de investigação do tipo qualitativo fenomenológico transversal, intitulado “A perda gestacional na sala de partos: a perceção do Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”. Para este projeto, recorreu-se a métodos qualitativos de recolha e análise de dados, com o intuito de compreender, de forma aprofundada, as experiências, perspetivas e desafios enfrentados pelos profissionais de saúde em situações

de perda gestacional. Todo o percurso desenvolvido assenta na Teoria das Transições de Meleis, dada a necessidade de adaptação dos profissionais e das mulheres face à perda gestacional, e na Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, pela importância da relação terapêutica e do apoio emocional prestado em contextos de vulnerabilidade.

RESULTADOS: Os resultados obtidos revelam a complexidade emocional, ética e cultural inerente à prestação de cuidados a mulheres e família em situações de perda gestacional. Os Enfermeiros Especialistas identificaram a necessidade de competências técnicas aliadas a uma elevada capacidade de empatia, comunicação e sensibilidade. Foram relatadas dificuldades relacionadas com a gestão emocional por parte dos profissionais, bem como lacunas ao nível da formação contínua e da uniformização de práticas. Para além disso, durante o estágio, foram cumpridas todas as experiências mínimas necessárias para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e adquiridas as competências necessárias.

CONCLUSÃO: Conclui-se que a atuação dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica exige uma abordagem integrada, que contemple as dimensões clínica, emocional e cultural, especialmente em situações de perda gestacional. A experiência adquirida ao longo do Estágio de Natureza Profissional foi essencial não apenas para o desenvolvimento das competências necessárias à gestão de situações complexas como a perda gestacional, mas também para o aprimoramento da prática clínica no seu conjunto. A aposta na formação contínua e na criação de protocolos normalizados revela-se fundamental para a promoção de cuidados humanizados e de qualidade, além de oferecer suporte emocional aos profissionais. Este relatório sublinha a importância de uma investigação contínua, com o objetivo de melhorar os cuidados prestados a mulheres e famílias em momentos particularmente exigentes, como os vivenciados na perda gestacional.

Palavras-chave: aborto; enfermeiros obstétricos; morte fetal; perda gestacional; percepção; sala de partos.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Obstetric Nurse plays a decisive role in promoting women's comprehensive health, supported by a holistic approach that encompasses the individual, family, social and cultural dimensions of the person. This professional's intervention extends throughout the entire reproductive cycle, from family planning to climacteric, ensuring excellent care. This work is part of the context of the Professional Internship, an essential stage for acquiring specific skills and deepening advanced knowledge. In this context, the need to deepen the approach to pregnancy loss was identified, considered a critical moment that involves challenges for parents, families and health professionals.

OBJECTIVES: The aim of this report is to analyse the perception of Obstetric Nurse in situations of pregnancy loss in the context of the delivery room. The goal is to understand the strategies used to deal with the emotional, ethical, cultural and moral challenges associated with this type of intervention. Furthermore, the aim is to reflect on the experiences during the Professional Internship, which provided a solid basis for the development of technical and relational skills, especially in emotionally demanding contexts.

METHODOLOGY: The document is structured in two main parts. The first part presents and critically analyses the skills acquired and the interventions carried out during the Professional Internship, based on scientific evidence and guided by previously defined specific objectives. This internship involved practical activities in the context of a delivery room, where it was possible to deal directly with situations of pregnancy loss and develop strategies for providing humanized and individualized care. The second part focuses on a cross-sectional qualitative phenomenological study, entitled “Gestational loss in the delivery room: the perception of the Obstetric Nurse”. For this project, qualitative data collection and analysis methods were used to gain an in-depth understanding of the experiences, perspectives and challenges faced by health professionals in situations of pregnancy loss. The entire path developed is based on Meleis' Theory of Transitions, given the need for professionals and women to adapt to pregnancy loss, and on Peplau's Theory of Interpersonal Relations, due to the

importance of the therapeutic relationship and the emotional support provided in vulnerable contexts.

RESULTS: The results obtained reveal the emotional, ethical and cultural complexity inherent in providing care to women and families in situations of pregnancy loss. Specialist Nurses identified the need for technical skills combined with a high capacity for empathy, communication and sensitivity. Difficulties related to emotional management were reported by the professionals, as well as gaps in ongoing training and standardization of practices. In addition, during the internship, all the minimum experiences necessary to obtain the title of Obstetric Nurse were completed and the necessary skills were acquired.

CONCLUSION: It is concluded that the work of Obstetric Nurse requires an integrated approach, which encompasses the clinical, emotional and cultural dimensions, especially in situations of pregnancy loss. The experience acquired throughout the Professional Internship was essential not only for the development of the skills necessary to manage complex situations such as pregnancy loss, but also for the improvement of clinical practice as a whole. A commitment to ongoing training and the creation of standardised protocols is fundamental to promoting humanised, quality care, as well as offering emotional support to professionals. This report emphasises the importance of ongoing research, with the aim of improving the care provided to women and families at particularly demanding times, such as those experienced during pregnancy loss.

Key-words: abortion; obstetric nurses; fetal death; pregnancy loss; perception; delivery room.

LISTA DE ABREVIATURAS

et al. – *et alli* (e outros)

p. – página

nº – número

s.d. – sem data

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

OMS - Organização Mundial da Saúde

WHO - World Health Organization

LISTA DE SIGLAS

BP – Bloco de Partos

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

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ENP – Estágio de Natureza Profissional

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HPP – Hemorragia Pós-Parto

HTA – Hipertensão Arterial

IA – Índice de Apgar

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCEA- Patient-controlled Epidural Analgesia

RENp – Relatório de Estágio de Natureza Profissional

RN – Recém-nascido

RPM – Rotura Prematura de Membranas

SU – Serviço de Urgência

ULS – Unidade Local de Saúde

PARTE I - COMPONENTE DE ESTÁGIO

A primeira parte do Relatório de Estágio de Natureza Profissional (RENP) está estruturado em três capítulos, cada um com ênfase específico no percurso formativo e profissional desenvolvido. O primeiro capítulo é dedicado à contextualização do estágio, incluindo uma descrição detalhada do ambiente onde foram prestados os cuidados, bem como a caracterização da instituição e das dinâmicas inerentes ao contexto. No segundo capítulo, serão explorados os fundamentos teóricos que sustentaram a prática clínica, destacando os princípios científicos e normativos que orientaram as intervenções realizadas durante o estágio. Por fim, o terceiro capítulo será reservado à análise crítica e reflexão sobre o processo de aquisição e consolidação de competências, abordando tanto as competências transversais do Enfermeiro Especialista como as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Neste capítulo, será também apresentada uma reflexão sobre o cumprimento das experiências mínimas requeridas para a obtenção do título de EEESMO, conforme definido pelas normas em vigor.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional (ENP), integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO), do Consórcio constituído pelo Instituto Politécnico de Bragança, Instituto Politécnico de Viana do Castelo e Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, correspondente ao ano letivo de 2023/2024. Este documento, descreve o processo de aquisição de conhecimentos e competências clínicas diferenciadas necessárias para o exercício profissional do EEESMO, desenvolvido através de uma prática clínica supervisionada.

Esta unidade curricular tem como propósito uma formação orientada para a obtenção do grau de Mestre, garantindo a aquisição de uma especialização de carácter profissional na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, bem como o aperfeiçoamento de métodos e técnicas de investigação, com o objetivo de fundamentar e aprimorar a prática especializada (Correia, 2023).

A abordagem adotada privilegiou a experiência prática dos profissionais, dando prioridade não apenas à prestação de cuidados diretos, mas também a outras áreas de igual relevância, como a investigação, a formação e a gestão de cuidados. Neste contexto, a atenção à perda gestacional revelou-se um dos desafios mais complexos, exigindo um equilíbrio entre conhecimento técnico e sensibilidade humana. A assistência às mulheres e famílias enlutadas exigiu não apenas a implementação de práticas baseadas em evidência científica, mas também a capacidade de oferecer suporte emocional e criar um ambiente acolhedor e respeitoso, fundamental para o enfrentamento do luto.

Este relatório tem como propósito apresentar a contextualização teórica e situacional que fundamentou o desenvolvimento do ENP, além de analisar de forma concisa, crítica e reflexiva o cumprimento dos objetivos e das atividades planeadas ao longo deste percurso. O foco recaiu sobre a aquisição de competências em cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna e obstétrica, abrangendo não apenas a vigilância da gravidez, do parto e do pós-parto, mas também a resposta às necessidades emocionais das mulheres que vivenciam uma perda gestacional. Adicionalmente, visou desenvolver competências de análise crítica e reflexiva que favoreçam o processo de formação pessoal e profissional, bem como divulgar as competências adquiridas e o conhecimento gerado,

enfatizando a importância da evidência científica para a prática de cuidados e contribuindo para o avanço da ciência de Enfermagem.

Nesta secção, caracteriza-se o contexto em que o ENP foi desenvolvido, identificando-se as necessidades e oportunidades de intervenção que possibilitaram a concretização dos objetivos estabelecidos para esta etapa formativa, os modelos teóricos de Enfermagem que sustentaram a prática e a análise das competências adquiridas.

Segundo Benner (2005), a aquisição de competências necessárias para alcançar a excelência no cuidado desenvolve-se através de uma aprendizagem experiencial, que integra o conhecimento teórico com a prática profissional. Esta perspectiva tornou-se uma referência ao longo de todo o percurso formativo, permitindo a consolidação de competências científicas, técnicas, relacionais, humanas e culturais.

O ENP possibilitou a aquisição de competências essenciais para a prestação de cuidados especializados em saúde materna e obstétrica, abrangendo todos os níveis de prevenção e assistência. No que concerne à perda gestacional, foi possível aprimorar estratégias de comunicação, acolhimento e suporte emocional, fundamentais para humanizar o atendimento em situações de elevada carga emocional. Além disso, o estágio permitiu a reflexão sobre a importância da formação contínua e da implementação de protocolos que garantam um atendimento mais estruturado e sensível às particularidades deste evento. Dessa forma, o percurso formativo contribuiu para o crescimento profissional enquanto estudante, promovendo uma atuação mais segura, empática e alinhada com as necessidades das mulheres e famílias em situações de vulnerabilidade.

1.1. Bloco de Partos

O ENP foi realizado no bloco de partos (BP) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) localizada no norte do país, cuja área de influência abrange os concelhos de Santo Tirso, Trofa e Vila Nova de Famalicão (ULS Médio Ave, s.d.). A escolha deste serviço foi essencial, pois proporcionou uma experiência imersiva num ambiente de elevada exigência técnica e emocional. Além do domínio aprofundado de conhecimentos e competências especializadas, exigiu da estudante uma elevada capacidade para lidar com situações de grande *stress*, sensibilidade e responsabilidade, tomada de decisão rápida, além de uma prática consolidada. Embora os mecanismos do parto e do nascimento sejam, em grande medida, fisiológicos, a vigilância e intervenção do EEESMO são fundamentais

para a redução da morbidade materna e perinatal, destacando a importância da sua atuação neste contexto. A opção pelo BP permitiu, ainda, o cumprimento dos requisitos legais para a obtenção do título de EEESMO, englobando a assistência a partos eutócicos, a vigilância do trabalho de parto (TP) e a correção de traumatismos perineais. Para além disso, o estágio representou uma oportunidade única para acompanhar mulheres que vivenciaram situações de perda gestacional, aprofundando estratégias de cuidado humanizado e apoio emocional. A complexidade destas situações exigiu uma abordagem sensível, considerando a individualidade de cada mulher e família, a sua experiência de luto e as particularidades culturais e emocionais envolvidas.

Em termos de infraestrutura física, o BP localiza-se no piso 1 e, em conjunto com o serviço de urgência (SU) de ginecologia e obstetrícia, forma um serviço integrado, composto por áreas distintas, mas contíguas, que operam ininterruptamente ao longo de 24 horas. As instalações são modernas, amplas e devidamente equipadas com todos os recursos necessários para a prestação de cuidados especializados de elevada qualidade (ULS Médio Ave, s.d.). O espaço inclui quatro salas individualizadas, permitindo um ambiente mais intimista e confortável para as parturientes.

Cada sala de parto está equipada com cardiotocógrafo, permitindo a monitorização do bem-estar materno-fetal, sempre que necessário. Os quartos estão organizados de forma longitudinal, e a vigilância é realizada através de uma central informatizada, possibilitando aos profissionais uma visão global que assegura cuidados adequados a todas as grávidas.

As parturientes têm acesso a colunas de som em todas as salas, podendo selecionar uma *playlist* da sua preferência. Um ambiente com luz reduzida ou de meia-luz, combinado com música ao gosto do casal é frequentemente mais propício ao relaxamento e ao conforto durante o processo (ULS Médio Ave, s.d.).

Durante o TP, incentivou-se a deambulação e ofereceu-se liberdade para a escolha de posições e movimentos, incluindo durante o período expulsivo. Ao longo de todo o processo, foram disponibilizadas diversas medidas para promover o conforto da parturiente, como massagens realizadas com mãos ou bolas de massagem, óleos essenciais, técnicas específicas de respiração, utilização de bola de pilates, arco, rebozo, duche, calor localizado com sacos de sementes. Estas medidas contavam sempre com o apoio e a experiência dos EEESMO, que ajudaram na implementação de técnicas destinadas ao alívio da dor ou do stress, promovendo o bem-estar da parturiente.

Para além disso, cada sala está equipada com material necessário para a assistência ao parto vaginal, incluindo reanimador neonatal e dispositivos destinados a facilitar a adaptação do recém-nascido (RN) à vida extrauterina, tais como equipamentos de monitorização e sistemas de suporte respiratório.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa do BP é composta por médicos das especialidades de ginecologia/obstetrícia e anestesiologia e EEESMO, disponíveis 24 horas por dia. Durante os turnos da manhã e da tarde, três EEESMO asseguram a assistência: um responsável pela admissão ao SU e dois alocados às salas de partos. No turno da noite, estão presentes dois EEESMO com funções idênticas. Em cada turno, também está presente um técnico auxiliar de saúde. Existe ainda uma equipa médica de pediatria, atribuída ao SU pediátrica, que é acionada sempre que necessário. Os cuidados são organizados de forma a responder às necessidades individuais de cada utente, garantindo uma abordagem personalizada. A atribuição das utentes aos EEESMO é efetuada no início de cada turno, cabendo a estes realizar as intervenções planeadas, assim como outras que considerem adequadas às necessidades específicas de cada utente sob a sua assistência.

Em relação à dinâmica e funcionamento, o SU de obstetrícia e ginecologia está fisicamente integrado no BP, recebendo utentes encaminhadas a partir do SU geral da ULS. Este SU atende casos do foro ginecológico e obstétrico, incluindo patologia ginecológica, grávidas e puérperas. As grávidas recorrem ao serviço por se encontrarem em TP ou parto iminente, para indução do TP, ou devido a complicações obstétricas, tais como ameaça de parto pré-termo, hemorragias vaginais, hipertensão arterial (HTA) ou situações de abortamento, entre outras. As utentes passam inicialmente por um processo de triagem no SU geral da ULS. Após avaliação, são encaminhadas para o SU de obstetrícia e ginecologia, localizado no piso 1, onde aguardam ser chamadas e submetidas a observação.

As grávidas que se apresentavam em TP ou com indução de TP agendada eram inicialmente acolhidas por um EEESMO responsável pelo processo de admissão. Este profissional realizava a avaliação inicial recolhendo informações clínicas relevantes, monitorizando os sinais vitais da grávida e realizando e analisando o registo cardiotocográfico (CTG). Além disso, executava procedimentos técnicos, como a colocação de um cateter venoso periférico, e registava os dados no sistema informático SClinico®. Após esta fase inicial, a grávida era avaliada pela equipa médica, que decidia sobre a necessidade de internamento. Quando admitida, a grávida era transferida para um

dos quartos do BP, onde passava a ser acompanhada por outro EEESMO, responsável por assegurar o acompanhamento contínuo e personalizado de cada parturiente, assegurando uma vigilância adequada ao TP e ao bem-estar materno-fetal.

O acompanhamento enquanto estudante ao longo do estágio esteve a cargo de vários EEESMO, o que se revelou bastante enriquecedor. Esta experiência permitiu observar diferentes abordagens de trabalho, absorver os conhecimentos transmitidos pelos diferentes orientadores e evoluir ao longo do processo. Além disso, o acompanhamento/tutoria da estudante por vários profissionais facilitou a conciliação entre os horários do estágio e a atividade laboral, garantindo uma experiência formativa diversificada e completa.

Ao longo desta experiência, foram identificadas e aprimoradas competências essenciais, tais como: capacidade de organização e gestão eficaz do tempo, a empatia e a comunicação assertiva, a priorização dos cuidados conforme a sua urgência e importância e a atenção à humanização dos cuidados, especialmente em situações de elevada carga emocional, como a perda gestacional.

A capacidade de estabelecer uma relação de confiança com a parturiente e convivente significativo destacou-se como um elemento essencial, contribuindo significativamente para o fortalecimento da identidade profissional como futura EEESMO. A experiência no BP possibilitou a consolidação de competências técnicas, humanas e éticas indispensáveis ao exercício profissional, especialmente na abordagem sensível e respeitosa à perda gestacional.

A integração neste serviço revelou-se um desafio significativo, especialmente devido às diferenças contextuais em relação ao serviço de saúde do adulto e do idoso. Embora tivesse experiência prévia em ambiente hospitalar, as especificidades e dinâmicas deste novo contexto, centrado na saúde materna e obstétrica, exigiram uma adaptação contínua. O ritmo acelerado do BP e a complexidade das situações encontradas impuseram novos desafios, exigindo um esforço adicional para consolidar competências e integrar práticas num ambiente distinto do habitual.

A compreensão das particularidades do atendimento obstétrico e a adaptação e a complexidade do trabalho em sala de partos impuseram novos desafios e exigiram um esforço adicional para consolidar competências e integrar práticas num ambiente diferente do habitual. A adaptação exigiu uma resposta célere e eficaz a situações de emergência, um aspeto preponderante neste contexto específico, onde a capacidade de intervenção imediata é essencial para garantir a segurança e o bem-estar das mulheres.

Adicionalmente, houve a necessidade de um estudo contínuo e metucioso dos protocolos e procedimentos específicos adotados por esta instituição, cuja compreensão detalhada é fundamental para a adequação e uniformidade na prestação dos cuidados.

Um dos desafios identificados na orientação por diferentes EEESMO tutores foi a necessidade de adaptação às diferentes abordagens de trabalho dos mesmos, uma vez que cada profissional possui ritmos de trabalho e metodologias distintas.

Embora essa diversidade, tenha enriquecido a experiência formativa, inicialmente gerou dificuldades no alinhamento das expectativas e integração das práticas assistenciais, o que exigiu maior flexibilidade e capacidade de adaptação. Este processo, embora desafiante, acabou por contribuir para o desenvolvimento de competências técnicas e para o aperfeiçoamento de um estilo pessoal de atuação, alinhado com os princípios da prática baseada na evidência e com a identidade enquanto futura EEESMO.

À medida que foram sendo ultrapassadas as dificuldades iniciais, sentiu-se uma evolução sustentada e a consolidação de conhecimentos adquiridos, o que, por sua vez, contribuiu para o aumento da autonomia no exercício das funções. Esta experiência mostrou-se altamente enriquecedora, permitindo não só o cumprimento dos objetivos propostos para o estágio, como também o desenvolvimento de competências essenciais para uma prática clínica segura, eficaz, informada e humanizada. O contacto direto com situações complexas, incluindo a assistência a mulheres em processo de perda gestacional, reforçou a importância de um cuidado empático e centrado nas necessidades da mulher e da família, promovendo uma atuação profissional mais sensível, ética e fundamentada.

2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS

A enfermagem distingue-se como uma área de conhecimento que valoriza a arte de cuidar, colocando a pessoa no centro da sua atenção, reconhecendo a sua singularidade e subjetividade como aspetos essenciais. A prática de enfermagem abrange igualmente o contexto familiar, social e cultural em que o indivíduo está inserido (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2002). Assim, o cuidado prestado pelo enfermeiro concentra-se na pessoa e nas suas capacidades de adaptação e resposta aos diversos fenómenos ou processos de transição que enfrenta ao longo do ciclo vital, constituindo este enfoque um dos pilares fundamentais da sua prática profissional.

Seguidamente, serão abordadas as teorias que fundamentaram esta abordagem durante a realização do ENP: a teoria das relações interpessoais de Peplau (1990) e a teoria das transições de *Meleis* (2010).

2.1. Teoria das Relações Interpessoais de Peplau

A teoria das relações interpessoais de Peplau (1990), inserida no paradigma da integração, foi inovadora ao considerar o cliente como parceiro na prestação de cuidados. Esta teoria não se centra exclusivamente na doença e suas consequências, mas também no significado e nos comportamentos da pessoa perante a sua situação de saúde ou doença. Na interação entre enfermeiro e cliente, o enfermeiro assume um papel crucial ao ajudar o cliente a reconhecer e compreender o seu problema, promovendo a expressão de sentimentos e criando um espaço que favoreça o benefício terapêutico da interação interpessoal (George et al., 2000).

Segundo Peplau, os cuidados de enfermagem constituem um método terapêutico interpessoal, caracterizado pelo desenvolvimento e manutenção de uma relação enfermeiro-cliente que promove o crescimento pessoal. O enfermeiro dirige a sua atenção para a pessoa, focando-se na qualidade da relação que estabelece com ela. O episódio de doença é encarado como uma oportunidade para o desenvolvimento pessoal e o amadurecimento de ambos os intervenientes (Kérouac et al., 1994).

O processo das relações interpessoais, conforme descrito por Peplau (1990), organiza-se em quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução. Ao longo dessas etapas, o enfermeiro visa maximizar a autonomia, independência e autodeterminação da pessoa que recebe os cuidados (Howk, 2004). No contexto da relação terapêutica, enfermeiro e cliente posicionam-se em pé de igualdade, assumindo ambos um papel ativo na satisfação das necessidades do cliente (George et al., 2000).

O enfermeiro exerce ainda um papel essencial no empoderamento e capacitação da pessoa, incentivando-a a exercer plenamente a sua autonomia e a tomar decisões informadas sobre a sua saúde (Peplau, 1990).

Na sociedade contemporânea, marcada pelo crescente uso de tecnologias de informação e por uma população mais instruída e empenhada em seguir as mais recentes diretrizes científicas, aspetos frequentemente observados na área da saúde materna e obstétrica, torna-se cada vez mais imperativo que o enfermeiro adote uma postura que promova a capacitação e autonomia de cada indivíduo, valorizando a relação interpessoal.

O EEESMO, com base na teoria das relações interpessoais de Peplau, utiliza a empatia e a escuta ativa como ferramentas essenciais para estabelecer uma relação terapêutica genuína e eficaz. Esta abordagem promove um ambiente de confiança e apoio, permitindo à mulher sentir-se acolhida e compreendida durante várias etapas do processo reprodutivo (OE, 2019b).

Na área da saúde materna e obstétrica, o EEESMO desempenha um papel crucial no empoderamento e na capacitação da mulher, fornecendo-lhe as informações e os recursos necessários para que possa tomar decisões informadas e conscientes sobre o seu próprio corpo e sobre o processo do parto. Esta intervenção tem como objetivo favorecer uma experiência de parto positiva, reduzindo o medo e a ansiedade, e promovendo o bem-estar físico e emocional da mulher. Para além disso, o EEESMO assegura que os cuidados prestados respeitem as preferências individuais da mulher e os contextos socioculturais, contribuindo para uma experiência que reforça a autonomia e a confiança da mulher no processo de maternidade (OE, 2019b).

2.2. Teoria das Transições de Meleis

A transição pode ser compreendida como um evento significativo na vida de um indivíduo, capaz de provocar desequilíbrios ou perturbações emocionais, implicando mudanças na rotina que exigem habilidades de adaptação (Meleis, 2010). Quando as transições envolvem processos de saúde ou doença, ou manifestam-se por meio de comportamentos ligados à saúde, tornam-se particularmente relevantes para a prática de Enfermagem, assumindo um papel central nesta disciplina (Schumacher & Meleis, 1994 cit in. Meleis, 2010).

Estas transições resultam em alterações significativas no estado de saúde percebido pelos clientes, cabendo ao enfermeiro um papel crucial ao compreender holisticamente as condições que afetam as experiências de transição e ao implementar ações de promoção, prevenção e intervenção, visando evitar consequências adversas e otimizar os resultados de saúde, promovendo transições saudáveis (Schumacher & Meleis, 1994 cit in. Meleis, 2010).

Segundo os mesmos autores, as transições representam mudanças no estado de saúde, nas dinâmicas de papéis, nas expectativas ou nas competências, implicando transformações nas necessidades dos sistemas humanos. Para uma transição eficaz, é

essencial que o indivíduo adquira novos conhecimentos que favoreçam mudanças de comportamento, com uma consequente reconfiguração da sua autoimagem social.

Meleis (2010) identifica quatro categorias principais de transição: desenvolvimentais (relativas a fases da vida, como adolescência ou menopausa), situacionais (mudanças de papéis, como gravidez, nascimento e luto), saúde-doença (ligadas a condições patológicas que impactam a autopercepção de saúde) e organizacionais (decorrentes de mudanças no ambiente político, económico ou organizacional).

A superação de uma transição geralmente leva o indivíduo a um nível superior de maturidade e estabilidade, sendo uma experiência, na maioria dos casos, positiva (Meleis, 2010). Este processo pode surgir tanto de ações deliberadas quanto de eventos imprevistos. Independentemente de serem processos patológicos ou fisiológicos, o enfermeiro desempenha um papel essencial ao identificar respostas humanas a estas mudanças, formulando diagnósticos de enfermagem com base nas necessidades do cliente e implementando o processo de enfermagem (Meleis, 2010).

A transição, vista como um processo de desenvolvimento, exige do enfermeiro um cuidado transacional adaptado à singularidade de cada indivíduo.

Tomando como base o modelo de Meleis, essencial para entender o papel do enfermeiro além da dimensão curativa ou biológica, explora-se a transição que representa um dos maiores desafios enfrentados pelo casal em fase reprodutiva: a transição para a parentalidade.

A transição para a parentalidade caracteriza-se por um processo de mudança que implica a reorganização familiar e a incorporação dos papéis parentais, criando dois subsistemas. Durante esta fase, a família tende a fortalecer os laços com as famílias de origem e com a comunidade como principais fontes de apoio. Surgem recordações de experiências de infância, as quais podem aumentar o risco de disfuncionalidade e conflitos familiares (Martins, 2002; Relvas, 1996).

Na abordagem ao casal, o EEESMO deve adaptar-se às novas concepções parentais, reconhecendo que pai e mãe desempenham papéis complementares no cuidado da criança, incluindo o pai nas consultas sempre que possível (Gomez, 2005). Igualmente importante é promover a aceitação dos papéis parentais através do reforço positivo e da demonstração de práticas apropriadas para a fase de desenvolvimento infantil (Vieira et al., 2008).

Com base nestes pressupostos, as transformações na família contemporânea exigem que os profissionais de saúde, e em especial os EEESMO, adotem uma abordagem mais

abrangente e integrada, promovendo a parentalidade positiva, entendida como um conjunto de práticas que visam garantir o desenvolvimento saudável da criança, promovendo relações familiares baseadas na segurança, afeto e respeito mútuo (Lopes & Dixe, 2012). De acordo com os mesmos autores, a parentalidade positiva está alicerçada em princípios como a valorização das competências parentais, a promoção do bem-estar emocional da criança e o reforço de interações positivas entre pais e filhos. Neste contexto, crê-se que os EEESMO têm um papel essencial na capacitação das famílias para o exercício de práticas parentais que favoreçam a saúde e o desenvolvimento global das crianças.

A partir da teoria das transições, o EEESMO atua como facilitador, reconhece os fatores culturais, sociais e emocionais que moldam a experiência de transição. Usa estratégias de intervenção direcionadas para reduzir o impacto do luto patológico e apoiar a reorganização da vida da mulher/casal.

Durante o ENP, foi possível articular as contribuições teóricas de Peplau e Meleis, permitindo uma abordagem integrada e humanizada no cuidado a mulheres/casais que enfrentam uma perda gestacional. A Teoria das Relações Interpessoais de Peplau destaca a importância de estabelecer uma relação terapêutica baseada na empatia, na escuta ativa e na colaboração entre o enfermeiro e o utente. Este modelo foi fundamental no desenvolvimento de uma prática de cuidados que valorizasse a criação de um espaço seguro e de confiança para a expressão de luto e das emoções associadas à perda. Por sua vez, a Teoria das Transições de Meleis fornece um enquadramento para compreender as experiências de mudança vivenciadas pelas mulheres/casais em luto, reconhecendo as transições como períodos críticos que requerem intervenções específicas. A aplicação desta teoria no contexto do ENP permitiu identificar as necessidades emocionais, psicológicas e sociais associadas a este momento traumático, facilitando a adaptação e o enfrentar da perda.

A articulação destas teorias proporcionou uma visão abrangente e complementar sobre a perda gestacional enfatizando a importância de uma prática sensível e direcionada às necessidades individuais de cada mulher/casal. O uso destes enquadramentos teóricos possibilitou a construção de cuidados que não apenas respeitassem as especificidades culturais e emocionais de cada mulher/família, mas também oferecessem um suporte para a reconstrução do significado e para a promoção de uma adaptação saudável, mesmo em situações de sofrimento intenso.

Assim, a prática desenvolvida no ENP traduziu-se num modelo de cuidado integrado, humanizado e baseado em evidências, refletindo a aplicabilidade das teorias de Peplau e Meleis no contexto da perda gestacional e reforçando a importância de uma abordagem holística e terapêutica na prestação de cuidados de enfermagem.

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

Os enfermeiros devem exercer a sua profissão com base em conhecimentos científicos e técnicos adequados, respeitando a vida, a dignidade humana e promovendo a saúde e o bem-estar da população. Para tal, devem adotar medidas que visem a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2015a). Assim, torna-se essencial que a prestação de cuidados seja fundamentada na evidência científica, uma vez que novos desafios e questões em relação a práticas estabelecidas surgem constantemente.

Para a obtenção do Grau de Mestre e do Título de Enfermeiro Especialista, é exigida a aquisição de competências específicas, conforme definido pela OE. Neste contexto, o ENP orienta-se pelo Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a) e pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019b). Com a obtenção destas competências, o EEESMO assume a responsabilidade pela vigilância da mulher em todas as fases da sua vida, incluindo o planeamento familiar, a fase pré-concepcional, a gravidez, o parto, o puerpério, o climatério, a saúde/doença ginecológica e a deteção precoce de complicações na saúde do RN até ao 28º dia de vida. O EEESMO, inserido num contexto coletivo e multidisciplinar, desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados eficazes, acessíveis e equitativos, centrados na mulher, no casal e na família.

A prática baseada na evidência é definida como a utilização da melhor e mais recente evidência disponível na tomada de decisões clínicas, em combinação com o conhecimento clínico e experiência individual do enfermeiro (OE, 2012). Esta abordagem não apenas melhora a qualidade dos cuidados prestados, mas também assegura que as intervenções realizadas são as mais apropriadas e eficazes, promovendo melhores resultados em saúde.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Ao enfermeiro especialista é reconhecida a competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas da prática, tendo-lhe sido atribuído o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades de enfermagem (OE, 2019a). Para a atribuição deste título, é essencial que o enfermeiro comprove um conjunto de competências comuns aplicáveis a todos os contextos de cuidados de saúde.

De acordo com a OE, as Competências Comuns são entendidas como aquelas “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade” (OE, 2019a). O Regulamento nº140/2019 especifica estas competências, que se organizam nos seguintes domínios: competência no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; competência no domínio da melhoria contínua da qualidade; competência no domínio da gestão de cuidados; e competência no domínio do desenvolvimento das aprendizagens (OE, 2019a).

3.1.1. Competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

De acordo com o disposto no Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, este domínio integra duas competências essenciais: a competência para desenvolver uma prática profissional que seja ética e legal na área de especialidade, cumprindo as normas legais, os princípios éticos e a deontologia; e a competência para assegurar práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O Enfermeiro Especialista evidencia um exercício seguro, profissional e ético, empregando competências na tomada de decisões éticas e deontológicas. Esta competência fundamenta-se num corpo de conhecimentos de natureza ético-deontológica, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências dos clientes. O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE, 2019b) define a ética como pilar do cuidado, reiterando que os enfermeiros devem agir de acordo com os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

A integração nos diferentes contextos clínicos mostrou-se essencial, envolvendo não apenas a equipa de enfermagem, mas também a equipa multidisciplinar, o que

facilitou a colaboração entre todos os elementos e promoveu uma relação de apoio mútuo. O estabelecimento de uma boa relação profissional com cada orientador clínico e com os demais profissionais teve um impacto significativo na aprendizagem, ao facilitar a partilha de conhecimentos.

A apresentação enquanto profissional e mestranda a cada mulher e sua família revelou-se de grande importância, pois trouxe tranquilidade às utentes ao saberem quem estava responsável pelos seus cuidados, para além de ser obrigatório para cumprir um consentimento informado. Desenvolveu-se, assim, uma relação terapêutica empática e acolhedora com cada mulher e respetiva família. Procurou-se assegurar que as decisões tomadas pela mulher/casal fossem fundamentadas em informações claras, objetivas e adequadas, disponibilizadas de forma ética e profissional. Nesse sentido o papel enquanto aluna e futura EEESMO consistiu em proporcionar orientações fundamentadas em evidência científica, esclarecendo dúvidas e apresentando opções disponíveis para o cuidado. A obtenção do consentimento informado foi tratada como um processo essencial, sendo realizada com o máximo de transparência e respeito pela autonomia da mulher. Este procedimento incluiu a explicação detalhada sobre os procedimentos a serem realizados, os possíveis benefícios, riscos e alternativas, bem como a oportunidade de refletir e decidir. Desta forma, garantiu-se que a mulher pudesse participar de forma ativa e consciente nas decisões relativas aos cuidados prestados, promovendo uma experiência de cuidado humanizado, que respeitasse as necessidades individuais e assegurasse a dignidade e os direitos das pessoas envolvidas (OE, 2021a, OE, 2019b).

Durante todo o processo de aquisição de competências, foi assegurada a supervisão pelo EEESMO, promovendo a segurança dos cuidados e possibilitando uma aprendizagem de qualidade e proximidade. Destaca-se que, à medida que as competências foram sendo aperfeiçoadas em cada contexto, foi adquirida maior autonomia na prestação de cuidados.

O enfermeiro especialista adota uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados e gere situações potencialmente comprometedoras para os clientes (OE, 2019a).

Os cuidados prestados basearam-se no respeito pela dignidade humana e familiar, preservando a privacidade da mulher, respeitando a sua individualidade e considerando as suas crenças e valores, mantendo sempre o sigilo profissional. Procurou-se minimizar o desconforto que as intervenções poderiam causar, realizando os cuidados em locais privados de modo a proteger a privacidade da mulher. Foram igualmente explicados cada

procedimento, demonstrando-se disponibilidade para esclarecer dúvidas e solicitando sempre a sua permissão para a sua execução. Assim, em todos os contactos com a parturiente e o seu convivente significativo, procurou-se responder às suas necessidades de conhecimento e habilidades, realizando intervenções de educação para a saúde pertinentes. Por exemplo, durante a realização do toque vaginal, assegurou-se que o procedimento fosse realizado num ambiente privado que respeitasse a dignidade da parturiente. Antes da sua execução, foram ainda explicadas as razões para a sua realização e fornecida oportunidade à mulher para esclarecer dúvidas e manifestar consentimento, promovendo um ambiente de segurança e confiança. O objetivo principal foi capacitar a mulher e promover a sua participação ativa no processo do TP, conforme preconizado pelas normas profissionais para a promoção de cuidados humanizados e especializados (OE, 2019b).

3.1.2. Competência do domínio da melhoria contínua da qualidade

O mesmo regulamento, já acima citado, estrutura neste domínio três competências principais: assegurar um papel de liderança no desenvolvimento e apoio às iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; promover práticas de qualidade, participando e colaborando em programas de melhoria contínua; e garantir um ambiente terapêutico e seguro. Assim, o enfermeiro especialista contribui para a conceção e execução de projetos institucionais relacionados com a qualidade, participando na sua disseminação para garantir que sejam apropriados ao nível operacional. Compreende que a melhoria da qualidade requer a avaliação das práticas e, com base nos resultados obtidos, a revisão destas e a implementação de programas de melhoria contínua (OE, 2019a).

Posto isto, os enfermeiros especialistas são encorajados a adotar uma postura de aprendizagem contínua, encarando todas as experiências como oportunidades para o desenvolvimento e aprimoramento das práticas.

O compromisso da melhoria contínua da qualidade implica assegurar que os cuidados prestados sejam seguros, eficazes e centrados na pessoa, orientados por práticas sistemáticas de avaliação e aperfeiçoamento da qualidade.

Durante o ENP, visando a melhoria da qualidade dos cuidados, atualizou-se o conhecimento conforme as necessidades identificadas, recorrendo à consulta de literatura científica recente e ao apoio dos EEESMO orientadores, cuja supervisão foi fundamental

em todo o processo. Para além disso, estes incentivaram uma reflexão crítica contínua sobre a qualidade dos cuidados e a segurança da mulher, casal e RN, que impulsionou uma avaliação e aprimoramento constantes dos cuidados prestados ao longo das semanas. Este acompanhamento permitiu identificar áreas prioritárias para o desenvolvimento de competência, promovendo a consolidação do conhecimento e o reforço de capacidades específicas, nomeadamente na vigilância do TP, na comunicação eficaz com a parturiente e acompanhante em momentos de maior sensibilidade, na gestão de perda gestacional, no reforço da humanização dos cuidados e na implementação de orientações baseadas na evidência científica.

3.1.3. Competência do domínio da gestão de cuidados

Relativamente à gestão de cuidados, destacam-se duas competências principais: coordenar os cuidados de Enfermagem, maximizando a eficiência da equipa e promovendo a articulação com os restantes profissionais de saúde; e ajustar a liderança e a alocação de recursos conforme as situações e o contexto, com o objetivo de assegurar a qualidade dos cuidados (OE, 2019a). Estas competências abrangem não apenas a gestão de recursos humanos, mas também a gestão de equipamentos, instalações e materiais, com o foco na melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Por outro lado, esta competência não se limita apenas à organização e coordenação dos cuidados, mas também inclui a liderança de equipas de Enfermagem, assegurando que cada membro da equipa tenha responsabilidades bem definidas e os recursos necessários para o desempenho adequado de suas funções.

O enfermeiro especialista, ao realizar a gestão de cuidados, otimiza as respostas da equipa de Enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas. Cada membro da equipa de saúde, de acordo com a sua categoria profissional, desempenha funções distintas que convergem para o objetivo comum de melhoria dos cuidados prestados. Assim, foi essencial estabelecer uma comunicação eficaz com todos os elementos da equipa, permitindo a articulação necessária para assegurar a continuidade e a qualidade dos cuidados. No entanto, a diversidade de abordagens e estilos de trabalho, somada a diferentes níveis de experiência e conhecimento entre os membros, gerou algumas dificuldades na implementação de uma comunicação clara e concisa. A adaptação de todos os intervenientes a um modelo

colaborativo e a necessidade de integrar diferentes perspectivas profissionais revelou-se um desafio adicional. Para superar esses desafios, recorreu-se a momentos de partilha de conhecimento e esclarecimento de dúvidas juntos dos EEESMO tutores, o que acabou por favorecer uma maior uniformização das práticas. A observação direta e a aprendizagem com profissionais experientes também se revelaram estratégias fundamentais para facilitar a integração da estudante no serviço.

Nas suas competências, o EEESMO assume a assistência ao TP em casos de gravidez de baixo risco. E este acompanhamento foi realizado de forma autónoma, sob a supervisão do EEESMO orientador. Sempre que identificada uma situação fora do padrão de normalidade, estas eram encaminhadas para a adequada especialidade/ cuidado necessário, para garantir os melhores cuidados às utentes, como por exemplo alterações nos sinais vitais maternos, CTG não tranquilizador ou dificuldades na progressão do TP.

A prática exigiu o aperfeiçoamento de competências relacionadas com a gestão eficiente do tempo e dos recursos, tanto materiais como humanos. Este processo incluiu a definição de prioridades, bem como a articulação com a equipa multidisciplinar, sempre que pertinente, com o objetivo de garantir a segurança e a excelência nos cuidados prestados.

3.1.4. Competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais é uma competência essencial para os enfermeiros especialistas, conforme delineado no Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro de 2019, que enfatiza a importância da formação contínua e da atualização das competências ao longo da carreira. O enfermeiro especialista revela uma capacidade de autoconhecimento fundamental na prática de Enfermagem, reconhecendo a sua influência no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Este autoconhecimento valoriza tanto a dimensão pessoal quanto a relacional, em contextos específicos de atuação profissional e organizacional.

A reflexão crítica sobre a prática é uma parte fundamental deste processo de desenvolvimento, uma vez que permite aos enfermeiros analisar as suas experiências, identificar áreas de melhoria e ajustar as suas abordagens com base nas melhores práticas disponíveis (OE, 2019a). O desenvolvimento do conhecimento autónomo constituiu um desafio a superar na prática clínica, devido à necessidade de consolidar o conhecimento

teórico para aplicá-lo na prática e fornecer uma assistência individualizada a cada mulher e sua família. Sempre que surgiram dúvidas ou dificuldades na prestação de cuidados, procurava-se o apoio dos EEESMO, bem como a consulta de bases de dados e protocolos institucionais, com o objetivo de atualizar o conhecimento. Consciente de que esta competência impacta diretamente na capacidade de transmitir segurança às mulheres e suas famílias, houve uma contínua busca pelo aprofundamento de conhecimentos, de forma a assegurar essa transmissão.

Esta competência exige uma atualização contínua de conceitos com base na evidência científica, para possibilitar a tomada de decisões fundamentadas e um juízo crítico nas intervenções. O seu desenvolvimento implicou o reforço do conhecimento não apenas na área temática escolhida para o estudo de investigação, mas também em todas as vertentes associadas a cada quadro clínico, visando uma resposta eficaz a cada situação encontrada.

Durante a realização do ENP, houve um esforço contínuo de atualização, tanto por meio de estudo autónomo diário, como através da participação em vários congressos na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, como 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 eventos proporcionaram a integração de conhecimentos atualizados e fundamentados na melhor evidência científica na prática de cuidados. Nas jornadas sobre a perda gestacional, tive houve, ainda, a oportunidade de apresentar o poster intitulado “A Perda Gestacional na sala de partos: Perceção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica – projeto de um estudo fenomenológico [poster].” (APÊNDICE I). Ao submeter o trabalho a apreciação por pares, foi possível beneficiar de críticas construtivas, o que contribuiu para o aperfeiçoamento da prática investigativa.

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

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados nesta área, ambos emitidos pela OE, constituem referências

essenciais para o exercício profissional do EEESMO. Estes documentos estabelecem diretrizes fundamentais para orientar a qualidade na prestação de cuidados de enfermagem nesta especialidade (OE, 2019b, OE, 2021b)

Segundo a OE (2019b), o perfil de competências específicas do EEESMO integra-se com o perfil de competências comuns, constituindo um conjunto especializado de competências que estabelece uma base reguladora para a sua certificação e comunica aos cidadãos o que podem esperar. Partindo desta definição, neste capítulo serão exploradas as competências específicas adquiridas e desenvolvidas ao longo do ENP, incluindo a prestação de cuidados à mulher no contexto familiar e comunitário durante o TP; e a prestação de cuidados à mulher no contexto familiar e comunitário durante o período pós-natal.

A apresentação das áreas de intervenção será organizada de acordo com a ordem cronológica de realização, abordando os objetivos, as estratégias de intervenção, a população-alvo, os destinatários, os intervenientes e, em particular, a avaliação subjetiva, com base nos pressupostos subjacentes.

A avaliação de cada atividade planeada foi um elemento central durante o ENP, baseando-se numa reflexão contínua sobre a prática desenvolvida, no diálogo com a equipa e, sempre que possível, na apreciação das mulheres/casal quanto aos cuidados prestados. A análise crítica permite compreender e avaliar os conhecimentos adquiridos através das experiências vivenciadas durante o percurso de mestrado, com o objetivo de identificar elementos-chave para a melhoria dos cuidados prestados. Estes elementos foram fundamentados numa prática baseada na evidência científica, sendo atualizados com recurso à revisão de literatura recente e ao conhecimento de profissionais experientes (Peixoto & Peixoto, 2016).

3.2.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e período pós-natal

A prestação de cuidados à parturiente, puérpera, casal ou convivente significativo foi orientada pelo compromisso em desenvolver e demonstrar competências científicas, cognitivas, éticas, instrumentais e relacionais na interação com a pessoa. Este processo assegurou a vigilância materno-fetal, o acompanhamento da evolução do TP e o apoio

emocional à mulher e ao convivente significativo, promovendo a capacitação para o autocontrole, a autoconfiança e a autodeterminação.

O parto é um dos momentos mais significativos na vida de uma mulher e de um casal, frequentemente idealizado antes mesmo da ocorrência da gravidez. Dada a sua importância, a experiência de parto pode ter um impacto considerável na saúde e bem-estar materno, sendo que uma experiência negativa pode estar associada a diversas morbidades (Taheri et al., 2018).

Uma experiência positiva de parto é, em grande medida, influenciada pelo estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança e empatia, permitindo à parturiente sentir-se segura e em controle. As recomendações internacionais defendem que a assistência clínica deve centrar-se nas necessidades da mulher e do casal, promovendo a sua participação ativa no processo e evitando intervenções rotineiras desnecessárias, a fim de preservar a autonomia da mulher (World Health Organization [WHO], 2018a).

O TP consiste num conjunto de fenómenos fisiológicos que, de forma espontânea ou induzida, resultam em contrações uterinas rítmicas, provocando a extinção cervical, a dilatação do colo do útero e a progressão e expulsão fetal. Este processo divide-se em quatro estadios: o primeiro, correspondente à fase de dilatação e extinção cervical; o segundo, designado período expulsivo, que decorre desde a dilatação completa até à expulsão do RN; o terceiro, que se inicia com o nascimento e termina com a dequitação; e o quarto, conhecido como período de hemóstase ou puerpério imediato, que abrange as duas horas seguintes à dequitação (Fatia & Tinoco, 2016).

De acordo com a OE (OE, 2015b), o desígnio de atuação do EEESMO envolve a promoção do parto normal, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2009), com especial ênfase no parto fisiológico. Assim, a atuação do EEESMO centra-se no atendimento à normalidade, na consistência das intervenções, na continuidade dos cuidados e no estabelecimento de uma relação de confiança com a mulher. Em conformidade com o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO, este profissional desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados especializados à parturiente e à família, “efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina” (OE, 2019b, p.1352).

Além disso, o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO especifica que o profissional é responsável por promover a saúde da mulher durante o TP,

otimizar a adaptação do RN à vida extrauterina, e diagnosticar e prevenir precocemente complicações para a saúde materna e neonatal (OE, 2019b). As unidades de competência do EEESMO para a assistência durante este período incluem a promoção da saúde da mulher, a adaptação do RN à vida extrauterina, o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações, bem como a prestação de cuidados à mulher com patologias associadas e/ou concomitantes à gravidez e ao TP.

Durante a realização do ENP, a prestação de cuidados tinha início na admissão da grávida ao SU de Obstetrícia, onde era realizada a admissão administrativa da mulher, seguida da avaliação inicial, sob a supervisão do EEESMO tutor. Esta avaliação inicial revestia-se de especial importância, pois permitia recolher informações relevantes sobre a história obstétrica e pessoal da grávida, promovendo simultaneamente a partilha dos seus sentimentos e expectativas em relação ao TP. Durante este momento, era também abordada a existência de um plano de parto. Caso a grávida o apresentasse, este era anexado ao processo clínico e avaliado detalhadamente pela equipa multidisciplinar e a parturiente e convivente significativo.

O plano de parto é um documento através do qual o casal descreve as suas preferências e expectativas relativamente ao TP, parto e nascimento do bebé (Portugal, 2020). Segundo o mesmo autor, este documento deve ser elaborado com o apoio ou em colaboração com o EEESMO que acompanha a gravidez, assegurando que o plano reflita uma vontade esclarecida, informada e livre por parte do casal. Nos pontos em que as expectativas expressas no plano não pudessem ser plenamente satisfeitas, realizava-se uma negociação e um esclarecimento com a grávida e convivente significativo, assegurando que as suas preferências fossem respeitadas dentro das possibilidades clínicas e institucionais. Posto isto, houve sempre o cuidado de consultar o plano de parto de todas as mulheres ou casais assistidos, respeitando as suas escolhas, incluindo o desejo de não serem acompanhados por enfermeiros em formação, caso fosse essa a sua preferência. Desta forma, foi possível proporcionar uma experiência de parto positiva, humanizada e centrada na mulher e na família.

Importa ainda referir que, mesmo nos casos em que os casais não dispunham de um plano de parto formalizado, foram sempre respeitadas as suas vontades, procurando atender às suas necessidades e expectativas de forma individualizada. Em todas as admissões, foi apresentada a condição de estudante em formação, sendo solicitado o consentimento para a presença durante os cuidados prestados. De forma geral, as parturientes reagiram de forma positiva, aceitando essa presença. Contudo, registaram-se

situações em que algumas grávidas optaram por recusar, decisão que foi sempre respeitada, garantindo-se o conforto e as preferências de cada casal.

Após a consulta de enfermagem ou observação inicial realizada na admissão, seguida de avaliação médica e da decisão de internamento, a grávida era admitida no BP. Nesta fase assegurava-se a continuidade dos cuidados previamente iniciados na admissão, com um acompanhamento mais próximo do TP, monitorização contínua do bem-estar materno e fetal, e a implementação de intervenções necessárias para garantir um TP seguro, personalizado e humanizado.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008), o TP é dividido em quatro estadios distintos. O primeiro estadio começa com o surgimento das primeiras contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo do útero. O segundo estadio estende-se desde a dilatação completa até ao nascimento do bebé. O terceiro estadio corresponde ao período entre o nascimento e a expulsão da placenta. Por fim, o quarto estadio engloba o puerpério imediato, que corresponde às duas horas após o parto.

Durante o ENP, foi possível acompanhar 60 parturientes e respetivos conviventes significativos, em diversos estadios do TP, prestando cuidados de enfermagem especializados. Foi realizada a vigilância contínua do bem-estar materno e fetal, identificando-se desvios em relação ao padrão normal da progressão do TP. Todo o processo foi orientado por uma perspetiva de cuidado holístico, com o objetivo principal de promover o conforto e a segurança da parturiente e do feto.

• **PRIMEIRO ESTADIO DO TP**

A fase latente do primeiro estadio do TP refere-se ao período em que ocorre a dilatação do colo do útero até aos 5 centímetros (cm), sendo caracterizada por contrações uterinas com variações na regularidade, intensidade e perceção de dor. A duração desta fase pode variar entre mulheres, esperando-se que não ultrapasse 12 horas nas primíparas e 10 horas nas múltiparas (WHO, 2018a).

Durante o TP, a vigilância do bem-estar materno e fetal foi realizada de forma contínua em todos os turnos. A monitorização dos sinais vitais da grávida (pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e dor) era efetuada, pelo menos, uma vez por turno, de acordo com a rotina do serviço, e em função das necessidades da grávida. O bem-estar fetal era avaliado por meio de CTG. A cardiotocografia intraparto é uma das ferramentas mais utilizadas para monitorizar o bem-estar fetal durante a fase latente do

TP (Ayres-de-Campos et al., 2015). Neste estadio, a monitorização era, na maioria dos casos, contínua, embora as recomendações da *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) (2017a) sugiram que, para parturientes de baixo risco, a monitorização intermitente seja suficiente. Deste modo, este assunto foi debatido com os EEESMO tutores, com o objetivo de compreender as razões subjacentes a esta prática, que não se encontra em conformidade com a evidência científica mais atual.

De acordo com uma revisão da literatura realizada por Alfievic et al. (2017), a monitorização fetal contínua, em comparação com a monitorização intermitente, não demonstrou uma redução na incidência de morte neonatal, mas está associada a um aumento nas taxas de cesarianas e partos assistidos. A OMS (WHO, 2018a) recomenda a monitorização intermitente como prática de referência em gravidezes de baixo risco, indicando que a monitorização contínua deve ser reservada para casos de risco ou para complicações específicas durante o TP. Desta forma, a monitorização contínua deve ser ponderada com base nos benefícios e potenciais riscos, adaptando a prestação de cuidados às necessidades específicas de cada parturiente.

Quando a mulher não estava sob analgesia epidural, a monitorização CTG era intermitente, uma vez que, conforme o método de indução e os protocolos da instituição, esta abordagem permitia uma avaliação periódica do bem-estar fetal e materno. Após a colocação do cateter epidural, a monitorização passava a ser contínua, garantindo uma vigilância constante do bem-estar materno e fetal, interrompendo-se apenas para cuidados pessoais ou a pedido da parturiente, sempre que as condições clínicas o permitissem. Embora a evidência científica sugira que a monitorização contínua nem sempre seja necessária, a prática adotada visava assegurar a segurança da parturiente e do feto, alinhada com os protocolos institucionais.

Importa salientar que a utilização da cardiotocografia sem fios (telemetria) possibilitava à parturiente manter a mobilidade durante o processo, promovendo o seu conforto e proporcionando maior liberdade de movimento, o que também era uma prioridade para o bem-estar psicológico e físico da mulher durante o TP. Este tipo de monitorização foi discutido e refletido durante o estágio, especialmente tendo em conta os avanços e as evidências científicas que recomendam a auscultação intermitente da frequência cardíaca fetal durante o TP em mulheres saudáveis (WHO, 2018b)

A interpretação dos traçados de cardiotocografia foi aperfeiçoada por meio da observação e análise frequente, com o suporte de bases teóricas. A especial atenção foi dada à identificação da linha de base e da variabilidade da frequência cardíaca fetal, bem

como à presença ou ausência de acelerações e desacelerações. Estes parâmetros foram correlacionados com fatores de risco ou patologias conhecidas, como restrição de crescimento, fetos com baixo peso, TP pré-termo ou condições como diabetes gestacional (Ayres-de-Campos et al., 2015). As discussões em equipa multidisciplinar sobre traçados cardiotocógrafos mais complexos foram essenciais para o desenvolvimento de competências clínicas permitindo uma interpretação mais precisa e fundamentada, alinhada com as melhores práticas na monitorização materno-fetal.

Os cuidados prestados à parturiente durante as fases de dilatação incluíam a monitorização dos sinais vitais materno (tensão arterial a cada 4h, frequência cardíaca a cada 30 minutos, temperatura a cada 2h), vigilância do padrão das contrações uterinas (a cada 30 minutos), a eliminação, o posicionamento e desconforto, a integridade das membranas, as condições do colo uterino e o estado emocional, de acordo com as recomendações da OMS (WHO, 2017). A avaliação do bem-estar fetal incluía a análise da apresentação e posição fetal, a frequência cardíaca fetal (FCF) e a identificação de padrões tranquilizadores, suspeitos ou patológicos. Paralelamente, foram prestados cuidados contínuos à parturiente e ao acompanhante significativo, atendendo às suas necessidades emocionais, informativas e de conforto (Lowdermilk, 2008). Este cuidado envolveu o esclarecimento de dúvidas, o apoio emocional e o reforço positivo, além da possibilidade de escolher a sua *playlist*, criar um ambiente tranquilo com luz suave e disponibilizar métodos de conforto, como saco de sementes ou óleos essenciais.

As manobras de *Leopold* mostraram-se eficazes na identificação do foco fetal, bem como na determinação da situação, apresentação e posição fetal. Estas manobras integram o exame físico da grávida, sendo idealmente realizadas a partir das 36 semanas de gestação, e consistem em quatro manobras de palpação do útero grávidico, permitindo determinar a posição, apresentação e descida da apresentação fetal (Superville & Siccard, 2023).

A mobilidade da parturiente foi amplamente incentivada, tendo sido disponibilizadas diversas ferramentas, como bola de pilates, espaldar e rebozo, para que a grávida pudesse escolher a mais adequada. Estas alternativas facilitavam a adoção de uma posição vertical, favorecendo a ação da gravidade e o alinhamento do eixo fetal com a bacia materna, o que promovia a descida e progressão do feto pelo canal de parto. Amaro et al. (2021) referem que as posições verticalizadas podem proporcionar alívio do desconforto e dor durante o TP pois o movimento aumenta os níveis de endorfinas levando a um aumento dos níveis de satisfação da parturiente.

A progressão do TP era avaliada por meio do exame vaginal, que permitia verificar a dilatação e a extinção do colo do útero, além da integridade das membranas amnióticas e a estática fetal. A OMS (WHO, 2018a) recomenda que este exame seja realizado a cada quatro horas durante o primeiro estágio do TP, o que foi seguido enquanto futura EEESMO. A nível académico e formativo, foi importante a oportunidade de desenvolver a sensibilidade tátil num dos procedimentos mais desafiantes nesta fase de desenvolvimento de competências. O exame vaginal era realizado de acordo com as necessidades do TP, nomeadamente na admissão ao serviço, na presença de alterações no traçado CTG ou em resposta a queixas algícas ou aumento da pressão supra-púbica por parte da parturiente. Em todas as circunstâncias, foi assegurado o consentimento informado antes da realização do procedimento.

Durante a prestação de cuidados na fase de dilatação, foram utilizadas estratégias para avaliar adequadamente os fatores essenciais do TP (feto, canal de parto, contrações uterinas, posição materna e reações psicológicas da mãe) (Fatia & Tinoco, 2016), promovendo o desenvolvimento de competências emocionais e instrumentais. Neste contexto, a realização de exames vaginais constituiu uma intervenção fundamental para a monitorização do TP. O registo da evolução do TP no partograma foi uma prática prioritária, facilitando a avaliação objetiva do processo e a continuidade dos cuidados pela equipa de saúde, além de garantir a uniformização da linguagem utilizada. A OMS (WHO, 2018a) salienta que o registo no partograma constitui uma prática recomendada para a monitorização adequada do TP, acrescentando que a sua utilização pode prevenir complicações e favorecer melhores resultados maternos e perinatais.

De modo geral, a maioria das mulheres admitidas no BP encontrava-se em TP, no primeiro estadio. No entanto, uma parte significativa das mulheres assistidas foi admitida para indução do TP.

A indução do TP consiste na estimulação artificial da contractilidade uterina, com o objetivo de iniciar o processo de parto (Fonseca, 2016). É indicada quando os riscos de continuar a gestação superam os de finalizar a gravidez, sem necessidade de nascimento imediato (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015). As indicações clínicas para indução incluem complicações médicas ou obstétricas, de origem materna ou fetal, isoladas ou combinadas, como: gestação superior a 41 semanas, pré-eclâmpsia e/ou HTA, rotura prematura das membranas (RPM), oligoâmnios, restrição de crescimento fetal e/ou morte fetal (DGS, 2015; Fonseca, 2016). A OMS (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 o RN. No entanto, a mesma fonte refere que a indução por rotina em gestações com menos de 41 semanas não é recomendada.

Durante o ENP, os protocolos de indução de TP definidos pelo serviço, incluíram a utilização de métodos farmacológicos, como a dinoprostona (dispositivo vaginal de libertação lenta) e o misoprostol (administrado por via vaginal ou oral), bem como métodos mecânicos, como a colocação de uma sonda de folley. A seleção do método a utilizar era realizada pela equipa médica, com base na avaliação individual da grávida e em conformidade com os protocolos de serviço, após a obtenção do respetivo consentimento informado.

Uma das complicações associadas à indução do TP é a hiperestimulação uterina, com repercussões no bem-estar fetal (Fonseca, 2016). Durante o estágio, foram observadas situações de taquissístolia uterina, caracterizada pela ocorrência de cinco ou mais contrações uterinas em dez minutos (Fonseca, 2016). Nesses casos, foi necessário monitorizar a FCF, devido ao risco de hipoxia fetal, já que a contractilidade uterina excessiva pode comprometer a perfusão uteroplacentária (Fonseca, 2016). A conduta adotada incluiu a suspensão do fármaco utilizado, administração de fluidos intravenosos, monitorização contínua por CTG e uso de agentes tocolíticos, como o salbutamol, conforme protocolo do serviço.

Outro procedimento realizado durante o ENP foi a amniotomia ou rotura artificial das membranas amnióticas, efetuada pelo profissional de saúde. Mahdy et al. (2023) referem que as duas principais indicações para a realização da amniotomia são induzir ou acelerar o TP e facilitar a colocação de dispositivos de monitorização interna, permitindo uma avaliação direta do estado fetal. Segundo a DGS, este procedimento não deve ser realizado de forma rotineira, devendo privilegiar-se que o TP decorra de forma natural e fisiológica. Durante o estágio a amniotomia foi efetuada duas vezes, em conformidade com as normas de assepsia, durante a contração uterina, utilizando o amniótomo, assegurando a prevenção do prolapso do cordão e oferecendo suporte à apresentação fetal. Após o procedimento, foram registadas com rigor as características do líquido amniótico (cor, odor e quantidade), bem como a hora da intervenção, e manteve-se a monitorização por CTG para identificar possíveis alterações subsequentes (Mahdy et al. 2023).

Embora a parturiente possua conhecimentos prévios, é no decorrer do TP que surgem, com frequência, dúvidas e necessidade de intervenções para aliviar a dor e o desconforto. Esta é uma área particularmente relevante para a intervenção dos EEESMO.

À medida que o TP evoluía, observou-se um aumento gradual na intensidade e frequência das contrações, o que se traduz em maior intensidade e alteração na natureza da dor sentida pela parturiente. Durante ambas as fases do primeiro estadio do TP, foram implementadas diversas estratégias de alívio da dor, ajustadas às necessidades e preferências de cada mulher, com o objetivo de proporcionar um conforto personalizado. A abordagem utilizada combinou medidas não farmacológicas, tendo sido aplicadas técnicas como a massagem, que visa promover o relaxamento; o duche, que oferece um efeito calmante e facilita o alívio da dor através da água morna; a utilização de música que contribui para a criação de um ambiente tranquilo e emocionalmente positivo; e a diminuição da luminosidade, com o intuito de gerar um ambiente acolhedor que favorecia bem-estar. Estas intervenções tiveram como principal objetivo criar condições favoráveis à experiência de parto positiva, tornando-o mais confortável e menos ansioso para a parturiente. Complementarmente, esteve disponível o recurso à analgesia epidural, uma opção farmacológica, que foi administrada quando solicitado pela parturiente e cumpridos os critérios de elegibilidade. Estas intervenções visaram não só o alívio eficaz da dor, mas também o aumento do conforto, permitindo uma experiência mais humanizada e centrada na mulher.

A analgesia epidural, amplamente reconhecida pelos seus benefícios no alívio da dor durante o TP, foi utilizada pela maioria das parturientes. Este método farmacológico proporciona alívio eficaz da dor, permitindo à parturiente manter a perceção do processo de TP (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014). Durante o estágio, foram várias as oportunidades de colaboração com o anestesista na administração da analgesia epidural, desde a preparação até ao acompanhamento pós-procedimento. Antes da realização da técnica, era organizada toda a instrumentação necessária, assegurada a monitorização dos sinais vitais da grávida, administrada soroterapia e realizada a monitorização contínua do bem-estar fetal por meio de CTG. Durante o procedimento, a colaboração consistia no apoio ativo à parturiente, garantindo o posicionamento adequado para o procedimento e na assistência ao anestesista. Este apoio incluía instruções sobre técnicas de respiração eficazes para o controlo da dor e a manutenção da postura necessária à colocação do cateter epidural.

Nesta etapa, foi essencial monitorizar continuamente a resposta da grávida ao procedimento, observando sinais de desconforto ou dor. Após a colocação do cateter epidural, procedia-se ao ajuste da posição da parturiente com o objetivo de otimizar a distribuição do fármaco, assegurando simultaneamente a vigilância dos sinais vitais e a

monitorização contínua do bem-estar materno-fetal através do CTG (Marques et al., 2002). Garantia-se ainda que a analgesia epidural proporcionava um alívio adequado da dor, observando atentamente possíveis efeitos secundários que pudessem surgir, tais como hipotensão, retenção urinária e prurido (Marques et al., 2002). Neste BP, a administração de analgesia epidural era realizada sob a forma de bólus, não estando disponível a perfusão contínua nem a analgesia controlada pelo doente. A *patient-controlled epidural analgesia* (PCEA) é um método no qual a parturiente tem a possibilidade de administrar a sua própria analgesia, geralmente utilizando uma bomba de infusão controlada, que liberta uma dose pré-estabelecida (existe um limite de quantidade de fármaco administrado por hora) de fármaco quando a mesma pressiona um botão. Neste contexto a PCEA permite uma maior autonomia à parturiente na gestão da dor, enquanto assegura a monitorização dos parâmetros de segurança (Brazão, 2017). A administração em bólus permitia o alívio da dor sem comprometer a mobilidade da parturiente, evitando o bloqueio motor. As posições verticais, como a deambulação, estar de pé, sentar ou ajoelhar, têm sido associadas à redução da duração do primeiro estadio do TP em cerca de uma hora (ACOG, 2017a). Assim, é recomendável que as parturientes de baixo risco sejam incentivadas a adotar posições verticais e a alternar com outras que lhes proporcionem maior conforto (WHO, 2018a).

Em conclusão, a vigilância do primeiro estadio do TP é fundamental, pois requer monitorização constante da progressão do TP, identificação precoce de sinais de complicações, garantia do bem-estar materno-fetal, além de proporcionar alívio eficaz da dor e apoio emocional contínuo. Estas ações visaram favorecer o desenrolar natural e seguro do processo de parto.

• SEGUNDO ESTADIO DO TP

Este estadio do TP é conhecido como o período expulsivo e abrange o intervalo entre a dilatação completa do colo do útero e a expulsão do feto (Fatia & Tinoco, 2016). De acordo com os autores, esta fase pode durar até três horas, com sua duração influenciada por diversos fatores, como a eficácia das contrações, o uso de analgesia, a condição física e emocional da parturiente, bem como a sua posição e paridade.

As diretrizes internacionais recomendam uma abordagem expectante durante o período expulsivo, incentivando que a mulher inicie os esforços expulsivos de forma

espontânea, quando sentir necessidade, em vez de serem realizados imediatamente após a dilatação completa (WHO, 2018a).

Segundo a OE (OE 2019b, p.13563), o EEESMO possui competência para a “aplicação das técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica”. Assim, ao longo do ENP, assistiu-se a 41 partos eutócicos de apresentação cefálica e colaborou-se em 14 partos distócicos (1 auxiliado por fórceps, e 13 por ventosas), dos quais foi realizado o acompanhamento do respetivo TP. Foi ainda possível assistir um parto de um RN prematuro, com idade gestacional de 35 semanas e 4 dias com o consentimento da equipa médica e da parturiente, o qual decorreu sem intercorrências.

Foram observadas e ativamente assistidas duas situações de distócia de ombros. Este fenómeno ocorre quando o ombro anterior fica preso na sínfise púbica, enquanto o ombro posterior permanece na cavidade pélvica (Ayres-de-Campos, 2016). Ambas as situações exigiram grande habilidade, tendo sido necessária a aplicação da manobra de McRoberts e pressão supra-púbica, manobras externas que devem sempre ser aplicadas em conjunto, para promover a rotação do ombro anterior, resolvendo com sucesso as complicações. A situação foi também resolvida com a ativação da equipa médica de urgência e da equipa de pediatria, sendo conduzida pelo profissional mais experiente, nos casos o obstetra, conforme preconizado pela literatura (Ayres-de-Campos, 2016).

Ao atingir a dilatação completa, as parturientes foram incentivadas a adotar a posição que haviam escolhido, com sugestões de diferentes posições para facilitar a descida da apresentação e a realização dos esforços expulsivos, caso necessário. Lowdermilk & Perry (2008) defendem que a mulher deve ser encorajada a assumir as posições que considerar mais confortáveis para o momento do parto, sendo assistida para garantir que se posicione e mantenha a postura de maneira segura.

Quando a apresentação fetal atingia a vulva, a proteção do períneo tornou-se uma prioridade, com o objetivo de evitar lacerações ou traumatismos nos tecidos. De acordo com uma revisão realizada por Aasheim et al. (2017) sobre as técnicas de proteção perineal no segundo estadio do TP para diminuir o trauma perineal, foram identificadas várias abordagens para proteger o períneo. O estudo concluiu que a realização de massagem perineal e a aplicação de compressas mornas sobre o períneo podem ajudar a prevenir traumas perineais graves, como lacerações de terceiro e quarto graus. A técnica “*hands-off*”, que consiste numa abordagem menos interventiva por parte do EEESMO, permitindo que a cabeça do RN coroe a vulva sem manipulação direta do períneo, pode contribuir para a redução da necessidade de episiotomias.

A avaliação criteriosa da necessidade de episiotomia foi realizada, assim como a execução do procedimento. A episiotomia é uma incisão no períneo, destinada a aumentar o espaço para a saída do feto (Fatia & Tinoco, 2016). De acordo com os mesmos autores, essa intervenção deve ser reservada para casos específicos, como partos distócicos, macrosomia fetal, presença de cicatrizes prévias na região genital ou situações de sofrimento fetal agudo. Os autores, alinhados com as recomendações da OMS (WHO, 2018a), destacam que não existe evidência científica que comprove que a episiotomia diminua a incidência de lesões perineais ou que previna incontinência urinária ou prolapso vaginais futuros. Portanto, ela deve ser realizada com base numa avaliação criteriosa, e não de forma rotineira.

Durante a prática clínica, a episiotomia foi realizada em 4 partos eutócicos e observada em 3 partos distócicos. Nos partos eutócicos, a intervenção foi indicada pela identificação de palidez e falta de elasticidade do períneo, visando reduzir o risco de trauma materno associado ao parto (Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal, 2022). O procedimento foi sempre realizado com o consentimento informado da parturiente e durante a contração uterina (Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal, 2022).

No momento do nascimento, após a rotação externa da cabeça fetal, procurava-se sempre excluir a possibilidade de circulares cervicais antes do desencravamento dos ombros (Amaral et al., 2020). Todas as circulares observadas eram largas e de fácil passagem pela cabeça do RN, não sendo necessária a realização de laqueação precoce do cordão.

Nos partos que ocorreram sem complicações, após a expulsão dos ombros e garantidas todas as condições de segurança, procurou-se envolver as mulheres no processo de exteriorização do restante corpo, confirmando se desejavam segurar o RN, conforme previamente acordado e discutido. A maioria das mulheres aceitava segurar o bebé, colocando-o imediatamente sobre o seu corpo e iniciando o contacto pele com pele, em conformidade com as orientações da OMS (WHO, 2020). De acordo com a OMS (WHO, 2020), os RN sem complicações devem ser mantidos em contacto pele com pele com as mães durante a primeira hora após o nascimento de forma contínua, a fim de prevenir a hipotermia e estimular a amamentação.

No que se refere ao contacto pele com pele, Freitas & Baptista (2016) destacam que é da competência dos profissionais de enfermagem promover a ligação entre mãe, RN e família, e não apenas realizar os cuidados técnicos. O contacto pele com pele, uma prática

simples, tem inúmeros benefícios tanto para a adaptação do RN à vida extrauterina quanto para a recuperação materna e fortalecimento do vínculo afetivo. As recomendações internacionais (WHO, 2020) sugerem que este contacto ocorra de forma ininterrupta durante a primeira hora de vida. Contudo, na prática clínica observada, o contacto frequentemente foi interrompido para a realização de procedimentos, como a pesagem do RN, visando não atrasar os registos de enfermagem. Apesar da intenção de respeitar as preferências da parturiente e proporcionar os cuidados necessários, a necessidade de realizar procedimentos, levou a interrupção deste contacto. Este cenário levanta questões sobre a adequação das práticas instituídas aos princípios recomendados, além de destacar a importância de conciliar os cuidados de enfermagem com as evidências científicas, sem comprometer o conforto e as preferências da parturiente. Perante esta discrepância entre a prática observada e a evidência científica, o tema foi discutido com os EEESMO tutores, no sentido de compreender as razões subjacentes a esta abordagem e explorar possíveis estratégias para minimizar as interrupções desnecessárias. Foram sugeridas alternativas, como a realização dos procedimentos de rotina sem comprometer o contacto pele com pele, ou o adiamento de determinadas intervenções que não exigissem execução imediata. Esta reflexão conjunta permitiu reforçar a importância da humanização dos cuidados e da adoção de práticas baseadas na melhor evidência científica.

Promover a vinculação precoce na sala de partos implica alargar a nossa atenção como EEESMO, para que a experiência do parto seja vivida de maneira positiva pelo casal. O período sensível para a vinculação, como denominado por diversos autores, pode ser otimizado mesmo em contexto hospitalar, com repercussões significativas na transição para a parentalidade, no fortalecimento da aliança conjugal e no desenvolvimento físico e psicológico do RN (Kunz & Pforr, 2020). Após o período expulsivo, foi promovido o contacto precoce pele com pele entre mãe e RN, respeitando as preferências dos pais, inclusive no que se refere ao corte do cordão umbilical. O início precoce do aleitamento materno foi incentivado, proporcionando ao RN o tempo necessário para se adaptar à vida extrauterina e iniciar o movimento natural em direção à mama, sendo assistido minimamente para garantir uma pega eficaz.

Enquanto o RN permanecia em contacto pele com pele, eram também aplicadas várias medidas de adaptação à vida extrauterina, como a manutenção da temperatura corporal e a avaliação do bebé através do Índice de APGAR (IA). O IA foi utilizado para avaliar a vitalidade do RN, promovendo a permeabilidade das vias aéreas superiores e avaliando sinais de dificuldade respiratória ou outros comprometimentos (Freitas &

Baptista, 2016). A prestação de cuidados ao RN exige uma alta sensibilidade e competência nos níveis cognitivo, técnico e sensório-emocional, competências que foram devidamente desenvolvidas ao longo do estágio.

Após o nascimento, o RN foi avaliado de acordo com o IA, nos 1, 5 e 10 minutos. Esta escala, que avalia a vitalidade do RN, atribui uma pontuação com base em cinco critérios: frequência cardíaca, frequência respiratória, tônus muscular, resposta reflexa e cor da pele (Freitas & Baptista, 2016). O registo rigoroso da hora do nascimento foi realizado, e os cuidados imediatos ao RN seguiram as recomendações da OMS, nomeadamente no que se refere à não realização de aspiração de secreções em casos de líquido amniótico claro. Além disso, foi desenvolvido um juízo crítico na identificação de situações de maior risco perinatal, com encaminhamento oportuno para observação médica. Cinco RN foram avaliados pelo pediatra logo após o nascimento, devido a partos distócicos ou dificuldades na adaptação à vida extrauterina. Durante essas avaliações, foram monitorizados de forma contínua os sinais vitais e a condição clínica dos RN, garantindo um acompanhamento rigoroso e atento. Simultaneamente, realizaram-se os registos necessários, de acordo com as normas instituídas, e prestou-se apoio imediato às intervenções solicitadas pela equipa médica, assegurando uma resposta célere e eficaz às necessidades de cada RN.

Quanto à clampagem do cordão umbilical, as diretrizes científicas indicam que, nos RN a termo, a prática deve ser adiada por pelo menos 60 segundos após o nascimento. De acordo com a ACOG (2017b), essa prática melhora os níveis de hemoglobina ao nascimento e contribui para melhores reservas de ferro nos primeiros meses de vida. No contexto clínico observado, a clampagem tardia era frequentemente realizada até que o cordão cessasse de pulsar, e o casal era incentivado a participar do procedimento, caso desejasse.

Em todos os partos, foi questionado à mulher ou casal a sua preferência em relação à clampagem do cordão umbilical, promovendo, sempre que desejado, a sua participação no corte do cordão.

- **TERCEIRO ESTADIO DO TP**

A dequitação, ou terceiro estadio do TP, refere-se ao período entre a expulsão fetal e a expulsão da placenta. Após o nascimento, ocorre uma redução súbita nas dimensões uterinas, cuja contratilidade provoca uma diminuição significativa na área de implantação

da placenta, resultando no seu espessamento. Essa tensão leva à rutura das vilosidades coriônicas, formando-se um hematoma retroplacentar que facilita o descolamento do revestimento basal e, conseqüentemente, a expulsão da placenta. Este processo pode ocorrer através de dois mecanismos distintos: o de Schultze, quando o descolamento inicia na zona central, ou o de Duncan, se o descolamento começa na periferia da placenta (Fatia & Tinoco, 2016).

O objetivo desta fase é assegurar a saída natural e completa da placenta e das membranas. Foram observados sinais de descolamento placentário, incluindo contração uterina, alterações no tamanho e posição do útero, fluxo sanguíneo na vulva, descida ou aumento aparente do cordão, além de desconforto materno, conforme descrito por Graça (2017).

Existe controvérsia quanto à abordagem a ser adotada neste estadio, sendo possível uma conduta ativa, que envolve o uso de ocitocina e/ou tração controlada do cordão umbilical (WHO, 2018a), ou expectante, respeitando a fisiologia do TP. A duração do terceiro estadio do TP (dequitação) é variável, podendo durar entre 5 minutos e 1 hora, sendo considerada dentro dos limites fisiológicos, desde que não haja perdas sanguíneas excessivas (Graça, 2010 cit. Sequeira et al., 2020). Na prática clínica observada, a tração controlada do cordão umbilical foi realizada, enquanto a administração de uterotônicos apenas ocorreu após a expulsão da placenta, com o objetivo de prevenir a hemorragia pós-parto (HPP). A HPP é caracterizada por uma perda sanguínea superior a 500 ml nas primeiras 24 horas após o parto e é a principal causa direta de mortalidade materna (WHO, 2022). Após a dequitação, procedeu-se à observação da placenta e das membranas, a fim de assegurar a sua integridade (Sequeira et al., 2020). Durante o estágio, registou-se uma situação em que houve fragmentação das membranas, necessitando de intervenção médica para revisão uterina.

Antes da expulsão da placenta, e sempre que indicado nos casos de grávida com Rh negativo ou com tipo sanguíneo O, procedia-se à colheita de sangue do cordão umbilical para determinação do grupo sanguíneo do RN (com o intuito de despistar incompatibilidade ABO e do fator RH) ou para avaliação do pH (para monitorização do bem-estar) e, ainda, para recolha de células estaminais para criopreservação.

Na sequência da dequitação, procedeu-se à pesquisa do globo de segurança de Pinard e à avaliação das perdas sanguíneas. Em todos os partos assistidos, foi administrada terapêutica profilática com ocitocina, de acordo com o protocolo de serviço e as recomendações científicas (Marshall & Raynor, 2014). Após a dequitação e inspeção

do canal de parto, com verificação da formação do globo de Pinard, avaliava-se o canal de parto e períneo, avaliando a necessidade de restabelecer a integridade das estruturas através da sutura perineal. Após o parto, eram realizados cuidados de higiene e conforto perineais, ajustados às condições de cada parturiente. Nos casos em que o períneo permanecia íntegro, procedia-se à higiene adequada, assegurando que a mulher fosse posicionada de forma confortável. Já em situações de lesões perineais, era realizada a episiorrafia ou perineorrafia, sempre que necessário, para reparar os tecidos e promover a recuperação. Durante o estágio, foram desenvolvidas competências instrumentais na realização de episiorrafias e correções de lacerações de primeiro e segundo grau, que incluíram a identificação precisa dos planos a suturar, com vista a preservar a anatomia do períneo e garantir a funcionalidade sexual, obstétrica e vesical. Foram realizadas 16 correções de lacerações de primeiro grau, 5 de segundo grau e 4 episiorrafias. Em relação ao trauma perineal, a monitorização das abordagens revelou que 11 partos eutócicos resultaram em períneo íntegro, 16 apresentaram lacerações de primeiro grau e 5 com lacerações de segundo grau. Em 4 partos eutócicos, houve a necessidade de realizar a episiotomia devido a questões fetais, nomeadamente a suspeita de sofrimento fetal, de forma a facilitar o nascimento (SPOMMF, 2022). Este procedimento foi efetuado apenas após o consentimento informado da parturiente, garantindo o respeito pelos princípios éticos e pelos direitos da mulher, em conformidade com as boas práticas obstétricas.

Uma das maiores dificuldades enfrentadas durante o ENP foi a prática da sutura perineal. A realização de episiorrafias foi limitada, dado que a maioria dos períneos se apresentou íntegro, o que está em conformidade com a evidência científica. No entanto, essa realidade restringiu as oportunidades para aperfeiçoar essa competência técnica específica. Tal limitação pode afetar o desenvolvimento profissional enquanto futura EEESMO, uma vez que a sutura perineal é uma habilidade essencial que exige não só um conhecimento teórico aprofundado, mas também uma destreza manual, sendo que a sua realização inadequada pode acarretar complicações para a mulher, comprometendo o seu bem-estar. Para colmatar esta lacuna e aperfeiçoar esta técnica, é essencial a frequência de formações especializadas, incluindo a realização de cursos e workshops práticos. Uma experiência relevante nesse sentido foi a participação no Congresso de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – "Nascer São João: Um Contributo para a Vida", onde através da participação num curso prático de sutura perineal, foi possível treinar a técnica em modelos simulados, proporcionando um ambiente seguro para o desenvolvimento e consolidação desta competência essencial (a aguardar certificado de participação).

A oportunidade da orientação por diferentes EEESMO na assistência ao parto foi, sem dúvida, uma mais-valia. Esta variedade permitiu a observação de distintas abordagens na execução de suturas, proporcionando uma aprendizagem enriquecedora em relação às diferentes técnicas disponíveis.

A evidência científica indica que a sutura contínua e a sutura intradérmica são técnicas recomendadas para a reparação de lesões perineais, por reduzirem o risco de complicações e favorecerem uma cicatrização mais eficiente (Mascarenhas, 2020). Contudo, durante a prática clínica, a técnica de sutura interrompida era a mais frequentemente utilizada, possivelmente devido à experiência prévia dos profissionais. A prática clínica observada encorajou discussões sobre práticas recentes, fundamentadas nas recomendações atuais, permitindo a liberdade de escolher a técnica mais adequada para cada caso, o que contribuiu para o desenvolvimento de competências profissionais.

• QUARTO ESTADIO DE TP

O puerpério é definido como o período que se estende desde o nascimento do RN até seis semanas após o parto. Esse intervalo pode ser dividido em três fases temporais distintas: imediato, precoce e tardio, de acordo com as necessidades da mulher em cada uma dessas etapas (WHO, 2022).

Conforme estipulado no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO, cabe a este profissional a responsabilidade de proporcionar cuidados à mulher no contexto familiar e comunitário durante o período pós-natal, com o objetivo de promover a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (OE, 2019b).

Durante o puerpério imediato, que se estende desde o nascimento até aproximadamente as primeiras duas horas pós-parto, os cuidados prestados à mulher na sala de partos são essenciais para garantir a sua saúde e bem-estar. A OMS recomenda monitorização frequente nas primeiras duas horas após o parto, uma vez que o risco de hemorragia é maior nesse período (WHO, 2022). Esta monitorização inclui a avaliação dos sinais vitais e a observação de sinais de HPP (formação do globo de segurança de Pinard e visualização dos lóquios). A gestão da dor é uma componente fundamental do cuidado no puerpério imediato. Caso a mulher tenha recebido analgesia, como a epidural, recomenda-se a continuidade da administração de analgésicos conforme necessário, a fim de assegurar o seu conforto (NICE, 2021). Em situações onde não tenha sido administrada

analgesia durante o TP, a abordagem focou-se na utilização de alternativas adequadas para controlo da dor, com a devida consideração das necessidades individuais da mulher. Além disso, foi promovido um ambiente acolhedor, permitindo a adoção de posições confortáveis para melhorar a sua experiência.

Este período corresponde à fase de recuperação física da mulher e do RN, tendo sido preservado um ambiente sereno e confortável que valorizasse o momento especial para o casal e a família. Os cuidados prestados à mulher no puerpério imediato, são essenciais para a sua recuperação e para o estabelecimento do vínculo com o RN. A monitorização cuidadosa, a gestão da dor, a promoção do contacto pele a pele e a educação são práticas recomendadas pela OMS (WHO, 2022b). De acordo com estas recomendações, foram realizadas a avaliação dos sinais vitais, a palpação do globo de segurança de Pinard para verificar a contração do útero, a observação da hemorragia vaginal e a avaliação da ferida perineal, caso existisse.

A avaliação geral e obstétrica da puérpera, realizada duas horas após o parto, é de particular importância nesta fase, com o objetivo de detetar precocemente eventuais complicações, como HPP, instabilidade hemodinâmica, alterações na eliminação vesical e trombose venosa profunda. Para tal, realiza-se uma observação rigorosa e sistemática, de carácter cefalocaudal, que inclui inspeção da pele e mucosas, avaliação das mamas e mamilos, involução uterina, lóquios, períneo, episiorrafia ou perineorrafia, membros inferiores, além da verificação da estabilidade hemodinâmica, eliminação vesical e controlo da dor, de modo a identificar necessidades de intervenção e assegurar a qualidade dos cuidados prestados (WHO, 2022b).

O exame físico do RN foi sempre realizado após o contacto pele com pele e antes de ser transferido para o serviço de puerpério, garantindo a deteção precoce de eventuais anomalias ou complicações (OE, 2019b). A administração da vitamina K foi sempre feita com o consentimento dos pais e após a primeira hora de vida, de forma a não interromper o contacto pele com pele, conforme as recomendações da OMS (WHO, 2018a), que estipula que todos os RN devem receber 1 mg de vitamina K por via intramuscular após o nascimento, respeitando a primeira hora de contacto com a mãe.

Após esta fase, a puérpera era transferida para o internamento no serviço de puerpério, acompanhada do RN e do convivente significativo, sendo transmitidas à enfermeira que iria ficar responsável pela puérpera, todas as informações relevantes sobre a mulher e o RN, bem como todos os dados relativos ao TP e ao nascimento. Assim, no que concerne ao puerpério imediato, foram desenvolvidas competências na monitorização

e vigilância da puérpera e do RN, com o objetivo de assegurar o seu bem-estar e proporcionar os cuidados imediatos necessário (OE, 2019b).

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

No decorrer do processo formativo, o estudante CMESMO deve cumprir um conjunto de experiências mínimas, que são exigidas para a obtenção do Título de Enfermeiro Especialista, conforme regulamentado pela OE. Estas experiências estão detalhadamente estabelecidas na legislação pertinente, nomeadamente no ponto 5.1-B do Anexo II, da Lei nº 9/2009, de 4 de março, com a alteração introduzida pela Lei nº 25/2014, de 2 de maio (p. 2587-2588).

A legislação define claramente as práticas e experiências necessárias para o reconhecimento oficial da qualificação do enfermeiro especialista, sendo estas experiências fundamentais para garantir a excelência na prestação de cuidados especializados na área da saúde materna e obstétrica.

Experiências mínimas exigidas:

- a. Consulta de grávidas incluindo pelos menos 100 exames pré-natais;
- b. Vigilância/assistência e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;
- c. Realização de, pelo menos, 40 partos pelo aluno. Caso este número não seja atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido para um mínimo de 30, desde que o aluno participe, 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 deve incluir ensino teórico e exercícios clínicos; a prática da sutura deve abranger a suturação de episiotomias e lacerações simples do períneo, podendo ser realizada de forma simulada, se tal for indispensável;
- g. Vigilância, assistência e cuidados prestados a 40 grávidas em situação de risco, durante e após o parto;
- h. Vigilância, assistência e cuidados, a pelo menos, 100 parturientes e RN normais incluindo exames clínicos;

- 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, incluindo ensino teórico e exercícios clínicos.

Este conjunto de experiências assegura que o estudante CMESMO desenvolve competências avançadas e especializadas, permitindo-lhe atuar de forma segura, eficaz e baseada na evidência, garantindo cuidados de excelência à mulher, ao recém-nascido e à família.

Tabela 1: Experiências mínimas e experiências realizadas no percurso académico

Experiências Mínimas (Lei nº9/2009)	Experiências Realizadas
Realização de 100 exames pré-natais	103
Vigilância e cuidados a 40 parturientes	60
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;	41
Participação ativa em partos de apresentação pélvica	1 simulação
Formação por simulação de parto de apresentação pélvica	1 simulação
Prática de episiotomia e iniciação à sutura	21 perineorrafias
Vigilância e cuidados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco	57
Vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos, 100 parturientes e 100 RN normais	101 RN 111 Puérperas

Observação e cuidados a RN que necessitem de cuidados especiais	6
Cuidados a mulheres com patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia	8
Iniciação aos cuidados em medicina e cirurgia	Prestados cuidados a grávidas com patologias como diabetes, HTA, colestase, preparação pré-operatória de grávidas indicadas para cesariana, etc.

PARTE II- COMPONENTE INVESTIGATIVA

A OE (2021b) sublinha que os cuidados especializados prestados pelo EEESMO estão alicerçados em vários pilares, destacando-se a prática baseada na evidência científica. A adoção de práticas fundamentadas nas melhores evidências disponíveis contribui para a melhoria dos resultados de saúde dos utentes, a redução dos custos associados aos cuidados de saúde e o aumento da satisfação tanto dos utentes como dos profissionais (OE, 2021b).

Neste contexto, a segunda parte do RENP centra-se na prática baseada na evidência, sendo composta por dois capítulos principais. O primeiro capítulo apresenta o enquadramento teórico da temática em análise, explorando as bases científicas e os conceitos fundamentais subjacentes ao estudo. O segundo capítulo descreve a metodologia adotada na realização do estudo de investigação, oferecendo uma exposição detalhada das etapas seguidas ao longo do processo. Por fim, são apresentadas as principais conclusões do estudo, sintetizando os resultados obtidos e discutindo o seu impacto na prática especializada de enfermagem.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A gravidez, especialmente quando desejada e planeada, constitui um dos momentos mais marcantes na vida de uma mulher ou de um casal. A saúde materna e obstétrica é frequentemente associada a um contexto de celebração e felicidade, em que a chegada de uma nova vida é acolhida com entusiasmo. Todavia, apesar da forte ligação entre gravidez e alegria, situações de insucesso gestacional são recorrentes (Camarneiro et al., 2015).

Conforme definido pela OMS, a morte fetal corresponde ao óbito ocorrido antes da completa expulsão ou extração do produto de concepção do corpo materno, independentemente da duração da gravidez (WHO, 2018b). Esta entidade classifica as mortes perinatais em três categorias: pré-parto (antes do início do TP), intraparto e neonatal, subdividindo esta última em precoce (até ao sétimo dia de vida) e tardio (entre o oitavo e o vigésimo oitavo dia). Além disso, a OMS organiza as mortes perinatais com base nas causas do óbito e nas condições maternas associadas.

A perda gestacional é interpretada de diversas formas, dependendo das definições utilizadas em diferentes contextos internacionais. Segundo Barfield et al. (2016), este conceito abrange perdas ocorridas durante a gravidez, como o aborto espontâneo, a morte fetal (nado-morto) e interrupções medicamente indicadas da gestação. Esta perspetiva converge com a abordagem de Canavarro (2005), que alarga o conceito ao incluir perdas ocorridas após o parto, como a morte neonatal. Assim, é essencial clarificar conceitos-chave para assegurar uma compreensão abrangente sobre as implicações e os contextos relacionados com a perda gestacional.

O aborto espontâneo é definido como a interrupção da gestação antes de o feto atingir a viabilidade, ou seja, antes de ser possível a sobrevivência extrauterina. De acordo com a OMS (WHO, 2022c), caracteriza-se pela perda espontânea da gestação antes das 24 semanas, fase em que o feto não é considerado viável. Contudo, a definição da idade gestacional para classificar um aborto espontâneo varia globalmente (Graça, 2017). Em Portugal, o Decreto-Lei n.º 131/95 estabelece que o aborto espontâneo corresponde à perda gestacional até às 22 semanas; após este período, a perda é classificada como morte fetal. A OMS (WHO, 2021) define o termo “nado-morto” como um bebé que nasce sem sinais de vida após determinado limite gestacional. Para comparação internacional, considera-se nado-morto o feto com peso igual ou superior a 1000g, idade gestacional a partir das 28 semanas ou comprimento de pelo menos 35 cm.

As definições de morte perinatal apresentam variações significativas. Barfield et al. (2016) identificam três abordagens principais: uma inclui óbitos fetais a partir das 28 semanas de gestação e mortes neonatais até ao sétimo dia de vida; outra engloba óbitos fetais a partir das 20 semanas e mortes neonatais até aos 28 dias; e a terceira abrange óbitos fetais a partir das 20 semanas e mortes neonatais até ao sétimo dia. Estas diferenças refletem variações culturais, clínicas e de disponibilidade de dados (Barfield et al., 2016). Independentemente da definição, a morte perinatal está associada à morte fetal ou ao nado-morto.

Globalmente, a morte fetal é uma ocorrência frequente, com aproximadamente 2 milhões de bebés a nascerem sem vida anualmente, segundo a UNICEF (2024). Em Portugal, em 2023, registou-se uma taxa de mortalidade perinatal de 3,0% e uma taxa de mortalidade neonatal de 1,6% (Portadata, 2023). Estes valores traduzem uma redução significativa na mortalidade perinatal, reflexo dos progressos nos cuidados maternos e neonatais. Contudo, estima-se que entre 20% e 30% das gestações terminem em aborto espontâneo mundialmente, conforme estudos como o de Fernández-Basanta et al. (2020). Este dado destaca a necessidade de investir em estratégias de prevenção e apoio à saúde materna.

A experiência da morte fetal é profundamente traumática para as famílias, alterando significativamente a dinâmica familiar (Binnie, 2020). Os pais podem sentir-se traídos e fracassados (Miranda & Zangão, 2020), sendo privados dos sonhos e planos relacionados com a maternidade e o nascimento do filho (Ferreira, 2019; Quintans, 2018). Frequentemente, estas perdas ocorrem em gravidezes sem complicações aparentes, intensificando o choque e dificultando a aceitação da situação (Miranda & Zangão, 2020).

As implicações da perda gestacional vão além do aspeto emocional, afetando a identidade e os valores sociais das mulheres, sobretudo quando a gravidez era desejada (Lemos & Cunha, 2015). A interrupção abrupta do processo gestacional leva a mulher a atravessar fases de negação, aceitação e sofrimento (Rosa, 2020). Por vezes, as alterações físicas resultantes da gestação são negligenciadas pelo impacto do luto (Rosa, 2020). Assim, os cuidados pós-perda devem basear-se no respeito e empatia, promovendo um suporte adequado ao processo de luto (Lopes et al., 2017).

A relação entre a mulher e a equipa de saúde, em particular o EEESMO, é essencial para assegurar cuidados humanizados. Estudos indicam que, frequentemente, os cuidados concentram-se em aspetos físicos, ignorando necessidades emocionais (Qian et al., 2021).

citado por Meireles, 2023). Cabe ao EEESMO desenvolver competências para lidar com o luto parental e promover comunicação empática e respeitosa.

A perda gestacional carrega uma diversidade de simbolismos que exigem dos profissionais conhecimentos além dos técnicos (Maciel et al., 2022). O EEESMO desempenha um papel relevante no acompanhamento da morte fetal, enfrentando desafios singulares por lidar com a morte num contexto predominantemente de vida (Miranda & Zangão, 2020). Este impacto é sentido também pelos profissionais, que, muitas vezes, são recomendados a utilizar rituais de despedida e memória, como permitir que os pais segurem o bebê, para facilitar o processo de luto (Binnie, 2020).

A formação específica para EEESMO é crucial, pois aborda competências técnicas e de resiliência emocional, preparando-os para enfrentar as implicações psicológicas do luto. Durante o parto de um feto sem vida, a mulher pode manter esperança até ao último momento, tornando este período particularmente desafiador (Quintans, 2018).

Miranda e Zangão (2020) salientam que, embora exista um reconhecimento generalizado, tanto por parte da sociedade como dos profissionais de saúde, de que nem todas as gravidezes culminam em desfechos felizes, ainda não há uma plena consciência das implicações e do impacto profundo destas perdas na vida das mulheres. Para além disso, os autores sublinham a importância da intervenção do EEESMO neste fenómeno tão crítico, destacando o papel essencial que desempenha no apoio às mulheres e famílias enlutadas.

Meireles (2023) destaca que vários estudos indicam que muitos profissionais sentem a necessidade de se distanciar emocionalmente dos pais enlutados, justificando esta atitude com a dificuldade em lidar com a intensidade dos sentimentos de perda manifestados por estas famílias. Segundo a mesma autora, o parto é um evento extraordinário e profundamente significativo, tanto para as famílias como para os profissionais de saúde, sendo que o desejo de participar num dos momentos mais intensos e emocionantes da vida de uma mulher torna o EEESMO numa figura de referência essencial.

É fundamental que estes profissionais tenham em consideração a experiência única de cada mulher, dedicando mais atenção e adotando uma postura cuidadosa, estarem cientes da multiplicidade de reações e adaptem as suas intervenções às necessidades individuais de cada mulher não esquecendo, porém, o processo físico que este acontecimento também envolve (Miranda & Zangão, 2020).

De acordo com a OE (2019b), o EEESMO desempenha um papel crucial na promoção da saúde da mulher, no diagnóstico precoce de complicações e no apoio à adaptação em casos de abortamento. Além disso, o EEESMO deve planejar e implementar intervenções de apoio à mulher e aos seus familiares durante o período de luto. No entanto, estudos revelam que muitos profissionais enfrentam sentimentos de impotência e desconfiança nas suas capacidades para lidar com a morte fetal. Essas dificuldades podem conduzir a atitudes de afastamento, comprometendo a eficácia do apoio prestado e o desenvolvimento de um processo de luto saudável (Dias et al., 2010; Meireles, 2023).

Pelas competências técnicas, científicas, relacionais e humanas que possui, o EEESMO ocupa uma posição de destaque na equipa multidisciplinar, sendo privilegiado para ajustar as melhores práticas e apoiar em momentos de grande fragilidade (Meireles, 2023). No entanto, muitos destes profissionais enfrentam dificuldades na gestão das suas emoções, o que frequentemente os torna vulneráveis. Essa vulnerabilidade pode manifestar-se através de atitudes de distanciamento consideradas negativas, comprometendo a construção de uma relação terapêutica eficaz e dificultando o início de um processo de luto saudável (Meireles, 2023). A complexidade inerente à perda gestacional coloca o EEESMO numa posição extremamente desafiante. Grande parte destes profissionais não expressa abertamente as suas emoções, muitas vezes ocultando-as e lidando com elas apenas em momentos privados de autorreflexão ou partilha de experiências.

Miranda e Zangão (2020) destacam que, ao lidar com a morte fetal, o EEESMO experimenta sentimentos de perda de forma intensa, mas não os pode expressar abertamente, pois não se trata de uma perda pessoal. Essa atitude pode funcionar como uma forma de autoproteção, exigindo uma adaptação delicada que equilibre o envolvimento emocional com a responsabilidade profissional (Arthur, 2009 citado por Meireles, 2023). Monteiro (2012) observa que, em muitas situações de perda gestacional, o enfermeiro opta pelo silêncio e pelo distanciamento devido à dor envolvida. Posto isto, este estudo é de significativa importância para os EEESMO que atuam na sala de partos de um hospital pois visa proporcionar uma compreensão mais aprofundada dos desafios emocionais e psicológicos enfrentados pelos mesmos durante uma situação de perda gestacional na sala de partos.

Camarneiro et al. (2015) reforçam que, na sua prática profissional, os EEESMO podem enfrentar dificuldades significativas no apoio emocional à mulher ou ao casal em situações de perda gestacional, o que pode resultar numa redução do contacto emocional

ou numa limitação deste ao estritamente necessário. Essa tendência destaca a necessidade de intervenções mais adequadas e uma formação mais aprofundada.

Durante o percurso académico, apesar de o tema da perda gestacional estar incluído no plano de estudos, a carga horária atribuída pode ser insuficiente para uma abordagem abrangente e aprofundada. Consequentemente, torna-se urgente implementar estratégias formativas que preparem os profissionais para lidar com essas situações de forma mais eficaz e sensível.

No estágio, foi possível acompanhar diversas situações de perda gestacional, vivenciando diretamente os momentos de sofrimento das famílias e dos próprios profissionais. A partilha de experiências com outros enfermeiros especialistas permitiu uma reflexão sobre as dificuldades enfrentadas, as lacunas na formação e as necessidades de melhoria. Foi evidente que, além de responder às expectativas das mulheres e dos casais, o EEESMO também precisa de gerir as suas próprias emoções e competências, frequentemente limitadas por fatores estruturais e organizacionais, como a escassez de formação contínua, a falta de espaços físicos adequados para garantir a privacidade e conforto das famílias e a ausência de protocolos claros para a gestão de tais situações.

Neste processo, ficou evidente que o EEESMO deve não apenas atender às expectativas e necessidades das mulheres e dos casais, mas também gerir as suas próprias emoções e competências, frequentemente desafiadas por limitações nos serviços de saúde.

Essas dificuldades estruturais e organizacionais não só aumentam a pressão sobre os enfermeiros, como também comprometem a eficácia dos cuidados prestados. Deste modo, torna-se indispensável o desenvolvimento de estratégias específicas que colmatem essas lacunas, com destaque para o fortalecimento da formação contínua e a criação de condições adequadas que permitam uma atuação mais eficiente e humanizada por parte dos EEESMO.

2. METODOLOGIA

Este capítulo descreve o percurso metodológico deste estudo, abordando todas as etapas e as opções realizadas ao longo do processo de investigação.

2.1. Tipo de Estudo

Este estudo segue uma abordagem qualitativa fenomenológica. De acordo com Fortin (2009), a investigação de fenómenos implica a descrição das vivências das pessoas envolvidas numa experiência relevante para a prática clínica. O papel do investigador consiste em aproximar-se dessa experiência, descrevê-la com base nas narrativas dos participantes e apresentá-la de forma precisa, comunicando-a de maneira clara e fiel à realidade. Neste tipo de estudo, pretende-se capturar a essência dos fenómenos e o significado que os participantes lhes atribuem.

O ponto de partida para esta investigação baseia-se nos pressupostos da pesquisa qualitativa (Fortin, 2009), que rejeita controlar o fenómeno e compromete-se a respeitá-lo tal como é descrito sob a perspetiva de cada indivíduo. A investigação qualitativa visa compreender o fenómeno a partir da perspetiva dos participantes, de forma holística e contextualizada, tendo em conta a totalidade dos fenómenos e a sua interpretação. A mesma autora afirma que o propósito da investigação qualitativa é aprender a essência de um fenómeno do ponto de vista dos sujeitos que o experienciam ou experienciaram. O investigador foca-se numa compreensão profunda e abrangente do fenómeno em análise, observando, descrevendo, interpretando e avaliando o contexto tal como se apresenta, sem a intenção de controlar ou influenciar.

No contexto deste projeto, pretende-se investigar as experiências dos EEESMO que trabalham na sala de partos perante situações de perda gestacional enfrentadas por mulheres/casais. Ao fazê-lo, objetiva-se descrever e compreender os fenómenos observados, assim como as suas implicações para a prática clínica e o apoio às mulheres/casais e suas famílias.

2.2. Objetivo e Finalidade do Estudo

Este estudo, pretende investigar a perceção dos EEESMO que trabalham na sala de partos perante situações de perda gestacional vivenciadas por mulheres/casais. A partir dessa investigação, procura-se descrever e compreender os fenómenos observados, nomeadamente as respostas emocionais e comportamentais dos EEESMO perante a perda gestacional, as estratégias adotadas pelos profissionais para prestar apoio às mulheres/famílias, a interação entre a equipa de saúde e as famílias, bem como as implicações dessas situações para a prática clínica e o apoio às mulheres/casais e suas

famílias. Além disso, procura-se entender como estes profissionais lidam com o impacto psicológico da perda gestacional e identificar as necessidades formativas para melhorar a assistência oferecida a mulheres/ casais neste contexto.

Assim, o objetivo geral do estudo consiste em compreender as percepções e vivências dos EEESMO relativamente à perda gestacional em contexto de sala de partos, de forma a identificar necessidades, estratégias de intervenção e contributos para cuidados mais humanizados. Para atingir este propósito, propõe-se explorar os significados atribuídos pelos EEESMO à experiência de cuidar em situações de perda gestacional; identificar os sentimentos e desafios emocionais enfrentados pelos profissionais nestas circunstâncias; analisar as estratégias utilizadas para prestar cuidados à mulher e ao casal enlutado; averiguar a existência de formação e preparação específica para o acompanhamento da perda gestacional; e, por fim, propor recomendações que promovam a melhoria da prática profissional com base nas percepções recolhidas.

Em função destes objetivos, foi delineado um plano de ação inserido no paradigma da investigação qualitativa fenomenológica transversal. Esta abordagem metodológica procurou compreender os significados que os sujeitos atribuem às suas vivências, significados esses que emergem das suas próprias descrições. Mais do que uma análise objetiva, este estudo, de natureza compreensiva e interpretativa, visou captar o que cada indivíduo experiência e como interpreta essas vivências (Psathas, 1978, citado por Bogdan & Biklen, 1994).

2.3. Questão de Investigação

A formulação de uma questão orientadora é essencial, pois guia toda a intervenção e constitui a base sobre a qual se sustentam os resultados da investigação (Talbot, 1995, citado por Fortin, 2009). Esta questão deve ser expressa de forma clara e inequívoca, investigando os conceitos-chave, especificando as características da população-alvo e sugerindo uma pesquisa de natureza empírica (Fortin, 2009). Com base nessas premissas, formulou-se a seguinte questão de partida: “Qual a percepção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica sobre a perda gestacional na sala de partos?”

2.4. Participantes

Fortin (2009) define "população" como um conjunto de elementos ou sujeitos que compartilham características comuns, delimitado por critérios específicos. Qualquer processo de amostragem exige, portanto, uma definição precisa da população-alvo e dos elementos que a constituem.

“A escolha dos participantes faz-se (...) por meio de critérios de seleção que assegurem uma relação íntima dos participantes com a experiência que se quer descrever e analisar.” (Fortin, 2009, pag.149). A mesma autora define o conceito de população como um conjunto de elementos ou indivíduos que partilham características comuns, sendo delimitada por um conjunto de critérios. Refere, ainda, que qualquer trabalho de amostragem requer, portanto, uma definição precisa da população a ser estudada e dos elementos que a constituem. A população-alvo deve incluir os critérios de seleção previamente definidos, para os quais os investigadores pretendem fazer generalizações. Os critérios de inclusão para este estudo foram: Os critérios de inclusão para a participação no estudo foram: ser EEESMO; exercer funções na sala de partos; ter prestado cuidados a mulheres/casais em situações de perda gestacional; aceitar participar voluntariamente no estudo.

No caso deste estudo os participantes foram composta por 10 EEESMO que exerciam funções na sala de partos da ULS onde decorreu o ENP. Esta unidade de saúde foi selecionada pela sua relevância e representatividade além de ter sido o contexto de estágio, tendo os EEESMO tido uma posição central no contexto do parto e devido à sua interação direta com mulheres/casais que vivenciam uma perda gestacional.

2.5. Instrumento de Recolha de Dados

A entrevista revelou-se o instrumento mais adequado para a recolha de dados, pois permite obter descrições na linguagem própria dos participantes, possibilitando ao investigador uma compreensão intuitiva sobre como os sujeitos interpretam esses aspetos (Bogdan & Biklen, 1994). Optou-se pela entrevista semiestruturada, que, embora contemple uma série de perguntas-chave essenciais, permite que o entrevistado se expresse com liberdade. 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).

Para orientar o processo, foi elaborado um guião de entrevista (APÊNDICE II), baseado no guião de entrevista de uma tese de mestrado intitulada por “Quando a morte antecede o nascimento: atuação do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia na assistência à mulher que vivência uma morte fetal” (Miranda, 2016), tendo sido pedida autorização à autora para a sua adaptação. Para além disso, o mesmo foi validado pela professora orientadora e pelos participantes através da realização de um pré-teste com 3 EEESMO. O pré-teste teve como objetivo avaliar a clareza e pertinência das questões, garantindo que fossem compreendidas pelos participantes e estivessem alinhadas com os objetivos do estudo. Além disso, permitiu testar a estrutura e fluidez da entrevista, verificando se a sequência das perguntas favorecia um diálogo natural e coerente. Também possibilitou a identificação de ambiguidades ou dificuldades de resposta, ajustando a formulação das questões para evitar interpretações divergentes. Outro aspeto fundamental foi a determinação do tempo médio de duração das entrevistas, assegurando uma recolha de dados eficiente e adequada à disponibilidade dos participantes. Por fim, procurou-se avaliar o impacto emocional das questões, garantindo uma abordagem ética e respeitosa, especialmente num tema sensível como a perda gestacional. Após o pré-teste, foram efetuados ajustes no guião, refinando as perguntas para otimizar a sua objetividade e adaptação ao contexto real da prática dos EEESMO.

As entrevistas foram gravadas em formato de áudio digital, minimizando a perda e a deturpação de informações. A utilização deste formato ofereceu várias vantagens, destacando-se o facto de libertar o investigador da necessidade de transcrever em tempo real, permitindo focar nas expressões, entoação e ambiente envolvente durante a entrevista. Durante as entrevistas, foi selecionado um espaço adequado, no serviço de obstetrícia, de forma a respeitar a privacidade dos informantes, proporcionando um ambiente calmo, controlado pelo participante, e assegurando o sigilo profissional.

2.6. Tratamento e Análise de Dados

Após a transcrição das entrevistas, constitui-se o “*corpus* de análise”, procedendo-se ao tratamento dos dados através da análise de conteúdo. De acordo com Fortin (2009), esta abordagem, permite identificar as características essenciais para o significado ou definição de um conceito. A análise de conteúdo e a interpretação de dados constituem operações fundamentais na análise qualitativa, cujo objetivo é aprofundar o conhecimento e a compreensão de realidades a partir das experiências, possibilitando a inferência de

informações relacionadas às condições de produção e percepção das mensagens (Bardin, 2011).

O processo de análise iniciou-se com a audição e transcrição integral das entrevistas, facilitando uma maior familiarização com os dados recolhidos. Seguiu-se uma leitura repetida das transcrições, permitindo uma interiorização mais detalhada das informações e facilitando a identificação das unidades de análise.

Com base no discurso dos EEESMO, foram definidas áreas temáticas alinhadas com os objetivos do estudo, o referencial teórico e a informação disponível, sendo as categorias estabelecidas de acordo com a semelhança dos conteúdos.

Ao longo da análise, além das três áreas temáticas predefinidas, surgiram novas categorias emergentes a partir dos testemunhos dos participantes, reforçando o caráter dinâmico e interativo da abordagem qualitativa. Posteriormente, procedeu-se à identificação de subcategorias, permitindo uma exploração mais detalhada dos conteúdos.

A análise dos dados foi conduzida de forma autónoma por dois investigadores (RR e MM), que, posteriormente, procederam à comparação das suas interpretações. As áreas temáticas, categorias e subcategorias foram definidas por consenso e, em casos de desacordo, recorreu-se à intervenção de um terceiro investigador (CF) para validação.

A interpretação dos resultados foi realizada à luz da teoria, sustentada por uma exaustiva revisão bibliográfica e pelo apoio da professora orientadora.

2.7. Procedimentos Éticos

A realização deste estudo, exigiu o cumprimento rigoroso de princípios éticos, com destaque para o direito à autodeterminação, que pressupõe o respeito pela individualidade da pessoa, permitindo-lhe decidir livremente a sua participação e assumir o controlo do seu próprio envolvimento na investigação (Fortin, 2009).

Além disso, garantiu-se o direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade dos dados pessoais. Para tal, foi obtido o consentimento informado, assegurando que os participantes estavam plenamente cientes dos objetivos da investigação e das suas implicações (Fortin, 2009). Por fim, foi também assegurado que todos os participantes tivessem acesso a um tratamento justo e equitativo ao longo de todo o processo de investigação.

Os participantes foram formalmente convidados a assinar um consentimento informando (APÊNCICE III), expressando a sua concordância voluntária em participar

neste estudo. Paralelamente, foi, também, enviado um pedido formal de autorização ao Conselho de Administração da ULS para a realização do projeto no ambiente clínico proposto (APÊNDICE IV), o qual obteve parecer favorável (ANEXO IV).

Durante a execução do estudo, foram desenvolvidos todos os esforços para respeitar e assegurar os pressupostos éticos, garantindo a confidencialidade dos dados, anonimato, beneficência, bem como os direitos à autodeterminação, ao tratamento justo e equitativo e à não maleficência, respeitando a integridade física e psicológica dos participantes.

A participação foi totalmente voluntária, assegurando que os dados recolhidos seriam utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e científicos. Garantiu-se a autenticidade da informação fornecida pelos participantes, mantendo-se aberta a possibilidade de acesso, para quem o desejasse, ao material de recolha de dados referentes a si e aos resultados da intervenção.

Desde a fase conceptual até à fase empírica, este estudo foi conduzido com rigor científico e uma consciência ética permanente, garantindo a integridade, o respeito e a proteção dos direitos dos participantes.

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta os dados obtidos a partir das entrevistas realizadas aos EEESMO que exercem funções no BP da ULS onde decorreu o ENP.

A análise de conteúdo das entrevistas permitiu organizar os resultados em áreas temáticas, alinhadas com os objetivos do estudo. Inicialmente, é apresentada a caracterização dos participantes, seguida da exposição das categorias e subcategorias emergentes do discurso dos entrevistados.

Os dados são apresentados de forma estruturada, permitindo uma visão clara das experiências, desafios e práticas dos EEESMO na assistência a situações de perda gestacional na sala de partos.

3.1. Caracterização dos participantes

A caracterização dos participantes no estudo é apresentada na Tabela 2, incluindo dados sobre idade, estado civil, filhos, tempo de serviço enquanto EEESMO e formação específica na área da perda gestacional.

TABELA 2 – Caracterização dos participantes

EEESMO	Idade	Estado Civil	Se tem filhos	Tempo de serviço enquanto EEESMO	Formação específica na área da perda gestacional
E1	54 anos	Casado(a)	Sim	19 anos	Não
E2	51 anos	Casado(a)	Sim	11 anos	Não
E3	52 anos	Casado(a)	Sim	17 anos	Não
E4	55 anos	Casado(a)	Sim	19 anos	Não
E5	52 anos	Casado(a)	Sim	17 anos	Não
E6	60 anos	Casado(a)	Sim	25 anos	Não
E7	43 anos	Casado(a)	Sim	15 anos	Não
E8	35 anos	Casado(a)	Sim	4 anos	Não
E9	49 anos	Casado(a)	Sim	17 anos	Não
E10	41 anos	Solteiro(a)	Sim	12 anos	Não (assistiu apenas a uma palestra sobre a temática)

Os participantes tinham idades compreendidas entre os 35 e os 60 anos, sendo a maioria casados e com filhos. Nenhum dos entrevistados referiu ter recebido formação específica na área da perda gestacional.

3.2.Visão dos EEESMO sobre a perda gestacional: áreas temáticas, categorias e subcategorias

A Tabela 3 apresenta uma visão geral dos principais temas e categorias, bem como o número de expressões dos participantes para cada categoria e alguns exemplos ilustrativos.

TABELA 3 – Percepção dos EEESMO sobre a perda gestacional – uma visão das áreas temáticas, categorias e subcategorias

Área temática (n)	Categoria (n)	Subcategoria (n)	Unidade de registro (n)	Entrevistas
FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL (26)	Formação sobre a Perda Gestacional (19)	Falta de Formação (5)	“(…) é que há muito poucas formações sobre isso, são pouquíssimas as formações que existe sobre a perda gestacional. A gente fala em parto fisiológico, humanização do parto, mas perda gestacional não. Poderá até haver, mas não é assim (...) tão fácil de aceder a esse tipo de formações” – E8	E1, E2, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10
		Necessidade/ Importância de Formação (10)	“(…) sinto porque assim é sempre uma coisa...não é uma coisa que ocorre todos os dias, mas quando ocorre, há sempre dificuldades, há sempre barreiras e nós ficamos sempre nada é igual.” [sobre se sente necessidade de formação na área da perda gestacional] – E5	
		Estratégias para Colmatar a Falta de Formação (4)	“Eu sempre na minha vida profissional dentro da possibilidade e do meu conhecimento e do da informação que eu tenho e pôr-me no lugar do outro.” – E6	
	Protocolos e Procedimentos (7)	Instituir Protocolos (2)	“Poderemos instituir um protocolo (...) a gente pode protocolizar, mas a fazer isto uma <i>checklist</i> não.” – E2	E2, E3, E6, E7
		Uniformizar Procedimentos (3)	“Eu acho que devia haver uniformidade em procedimentos.” – E3	
		Cuidados Especializados (2)	“(…) com pessoal sensibilizado para a situação. Com alguma experiência, mas mais sensibilizado de que às vezes a experiência vale mais, mas saber a conduta que deve ter naquela altura.” – E6	
A PERDA GESTACIONAL E O EEESMO (20)	Significado da Perda Gestacional (4)	Inesperado (1)	“Morte fetal (pausa)...algo assim que a gente não espera encontrar, não é?” – E2	E2, E4, E5, E9
		Difícil (2)	“(…) a perda gestacional é um momento muito crítico para o casal e mesmo para nós profissionais, porque, também, geralmente trabalhamos com coisas positivas, não é?” – E9	
		Tristeza (1)	“(…) a morte fetal representa pelo menos uma situação muito (...) triste. Principalmente para o casal. – E4	
	Impacto Emocional	Evento Traumático (2)	“É sempre uma coisa nova acho que até cada vez é mais violento, dependendo das situações, mas acho que cada vez é mais violento quando isso acontece.” – E1	
		Insegurança (3)	“E eu tento fazer o meu melhor, mas muitas vezes tenho a noção que posso não estar à altura.” – E6	

GESTÃO E ESTRATÉGIAS NA PRÁTICA CLÍNICA (51)	(14)	Frustração (3)	“(…) alguma incapacidade de não se conseguir prevenir este tipo de situações que acontecem muitas vezes e que, infelizmente vão continuar a acontecer.” – E7	E1, E2, E3, E4, E6, E7, E8
		Envolvimento Pessoal (4)	“(…) é sempre uma situação muito difícil de gerir porque sinto-me envolvida com eles e acabo também por ficar de alguma forma com sentimentos de tristeza e perda.” – E7	
		Culpa (1)	“Acho que isso ainda a tragédia ainda maior porque aconteceu nas nossas mãos.” [relativamente à morte fetal ter ocorrido durante os cuidados prestados] – E3	
		Dificuldade em Aceitar (1)	“Penso que seja mais difícil de aceitar as de termo [perda gestacional], mas também tive situações de início de gravidez difíceis de aceitar.” – E2	
	Necessidade de Apoio Psicológico (2)		“Não sei até que ponto é que as equipas também não deveriam ter uma consulta, também as equipas que ficaram sujeitas a este contacto e a este stress emocional (…)” – E7	E7
	Dificuldades/Desafios (29)	Comunicação (15)	“É saber o que dizer...sobretudo isso. É saber o que dizer para confortar aquele, o estado dos casais, não é? Nunca é fácil (…)” – E2	E1, E2, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10
		Infraestruturas e Organização do Serviço (8)	“Gostaria de ver um espaço próprio para estas situações. Longe das outras situações boas, digamos assim. Nascimento com sucesso.” – E6	
		Não saber o que fazer (5)	“É não ter mesmo basicamente nada, a não ser uma mão ou um abraço que às vezes nem é oportuno porque às vezes eles não querem sequer o apego físico.” – E1	
		Comportamento Inadequado de Outros Profissionais (1)	“E, por exemplo, o barulho exterior aaa a estas situações, incomoda-me muito estarem ali a rir-se, por exemplo, eles estão bem, porque eles estão fora do assunto. E não estão a fazer mal, mas a mim incomoda-me.” – E6	
	Estratégias para Gerir a Perda Gestacional (18)	Silêncio (3)	“Muitas das vezes já não falando e criando silêncios e dando espaço aos pais para falar (…)” – E10	E1, E2, E3, E4, E5, E7, E9, E10
		Compaixão (2)	“As estratégias que utilizo é assim ir com compaixão acima de tudo, não é?” – E9	
		Promover o Luto Saudável (8)	“Melhor vivenciada dentro do possível para que consigam ultrapassar bem o luto (…)” – E7	
		Aprendizagens/Partilha entre Pares (5)	“Sim, a partilha de conhecimentos e das situações que vão ocorrendo uns com os outros, também informação e muitas das vezes até os próprios casais nos ensinam, não é?” – E5	

	Renovação de Esperança (4)	Reencontrar os Casais em Partos Posteriores com RN vivo (3)	“É maravilhoso, porquê? Porque uh, o passar o processo, todo o processo que eles têm que passar do luto e a vontade e acima de tudo, a vontade de ainda vir ter connosco, porque há pessoas que têm todos os direitos de dizer assim “aconteceu ali eu não quero ir lá mais”, mas o aconteceu ali, mas eu confio nas pessoas que estão lá e e para nós também é compensador.” – E3	E3, E4
		O Nascimento de Bebés Vivos (1)	“Com os outros nascimentos eu acho que é mesmo com os outros nascimentos dos bebés que nascem bem (risos).” [como ultrapassa essas dificuldades] – E4	

A análise dos dados revelou que as percepções dos EEESMO face à perda gestacional totalizaram 97 unidades de registo, que permitiram, identificar três áreas temáticas principais: Formação e Capacitação Profissional; A Perda Gestacional e o EEESMO e Gestão e Estratégias na Prática Clínica. Estas áreas temáticas proporcionam uma visão abrangente e estruturada das percepções e desafios enfrentados pelos profissionais, permitindo uma compreensão aprofundada das suas experiências.

Formação e Capacitação Profissional

Formação e Capacitação Profissional, com 26 unidades de registo, reflete as percepções dos profissionais sobre as lacunas formativas existentes e a necessidade de intervenções para melhorar a prática clínica. Dentro desta área temática, identificaram-se duas categorias principais. A primeira, **Formação sobre a Perda Gestacional**, desdobra-se em três subcategorias: “*falta de formação*”, que evidencia a ausência de oportunidades de formação específicas nesta área; “*necessidade/ importância de formação*”, que sublinha a urgência de abordar esta temática para garantir uma assistência mais qualificada; e “*estratégias para colmatar a falta de formação*”, que propõe ações concretas para superar as lacunas identificadas. A segunda categoria, **Protocolos e Procedimentos**, organiza-se em três subcategorias: “*instituir protocolos*”, que destaca a relevância de criar orientações específicas para uniformizar práticas; “*uniformizar procedimentos*”, que evidencia o impacto positivo da padronização das práticas clínicas na segurança e eficácia da assistência; e “*cuidados especializados*”, que reflete a necessidade de preparar as equipas para lidar com as especialidades da perda gestacional.

A Perda Gestacional e o EEESMO

A área temática **A Perda Gestacional e o EEESMO**, com 20 unidades de registo, explora o impacto emocional e psicológico do evento nos profissionais, bem como o significado atribuído à perda. Nesta área temática identificaram-se três categorias. A categoria **Significado da Perda Gestacional** desdobra-se em três subcategorias: “*inesperado*”, “*difícil*” e “*tristeza*”, que traduzem as emoções associadas a este tipo de evento. A categoria **Impacto Emocional**, inclui as subcategorias “*evento traumático*”, “*insegurança*”, “*frustração*”, “*envolvimento pessoal*”, “*culpa*” e “*dificuldade em aceitar*”, que refletem diversas dimensões do impacto emocional experienciado pelos

profissionais. Por último, a categoria **Necessidade de Apoio Psicológico** para os EEESMO evidencia a importância de proporcionar suporte psicológico contínuo, de forma a mitigar os efeitos negativos associados às vivências destas situações.

Gestão e Estratégias na Prática Clínica

A área temática ***Gestão e Estratégias na Prática Clínica***, que reúne 51 unidades de registo, aborda os desafios enfrentados na prática diária e as estratégias adotadas para lidar com a perda gestacional. Esta área temática inclui três categorias principais. A categoria **Dificuldades/ Desafios** apresenta 4 subcategorias, nomeadamente “*comunicação*”, “*infraestruturas e organização do serviço*”, “*não saber o que fazer*” e “*comportamento inadequado de outros profissionais*”, que refletem barreiras práticas e interpessoais enfrentadas pelos profissionais. A categoria **Estratégias para Gerir a Perda Gestacional** engloba 4 subcategorias, “*silêncio*”, “*compaixão*”, “*promoção de um luto saudável*” e “*aprendizagens/partilha de experiências entre pares*”. Estas subcategorias evidenciam práticas de cuidado que privilegiam abordagens empáticas e humanizadas, fundamentais para o apoio às famílias que vivenciam a perda gestacional. Por fim, a categoria **Renovação de Esperança** inclui as subcategorias “*reencontrar os casais em partos posteriores com RN vivos*” e o “*nascimento de bebés vivos*”, que traduzem momentos de resiliência e significado positivo na prática clínica, contribuindo para renovar o sentido de esperança e realização dos profissionais.

As áreas temáticas, categorias e subcategorias identificadas permitem compreender as experiências dos EEESMO face à perda gestacional, destacando lacunas na formação, impacto emocional e desafios na prática clínica.

Em APÊNDICE VI, apresenta-se o quadro síntese com as áreas temáticas, categorias, subcategorias e todas as unidades de registo da análise do discurso dos EEESMO, proporcionando uma visão clara e estruturada dos resultados do estudo.

A análise de conteúdo qualitativo permitiu identificar três áreas temáticas fundamentais para compreender as perceções e as estratégias dos EEESMO no contexto da Perda Gestacional: Formação e Capacitação Profissional, A Perda Gestacional e o EEESMO, e Gestão e Estratégias na Prática Clínica. Estes temas refletem os principais desafios enfrentados por estes profissionais, conforme identificado nas entrevistas, e são corroborados pela literatura existente.

A formação sobre a perda gestacional foi um dos aspetos mais destacados nos resultados deste estudo, evidenciando a falta de formação como uma lacuna significativa na prática clínica. Este achado é consistente com a literatura, que indica que os profissionais de saúde frequentemente relatam sentir-se despreparados para lidar com situações de perda gestacional, o que contribui para sentimentos de insegurança e impacto emocional (Yenal et al., 2023; Garcia-Catena et al., 2023). Os estudos de Fernández-Basanta et al. (2020) sublinham que esta falta de preparação é evidente desde a formação académica inicial, com os profissionais a referirem que adquiriram competências relacionadas com o luto sobretudo através da experiência prática ou formação privada:

“(...) a nossa preparação torna-se um bocadinho pronto, acaba por ser um défice, da nossa formação.” – E8

Neste estudo, os participantes destacaram a dificuldade em aceder a formação de qualidade no contexto nacional, o que compromete a qualidade dos cuidados prestados e o bem-estar dos profissionais (Garcia-Catena et al., 2023):

“(...) é que há muito poucas formações sobre isso, são pouquíssimas as formações que existe sobre a perda gestacional. A gente fala em parto fisiológico, humanização do parto, mas perda gestacional não. Poderá até haver, mas não é assim (...) tão fácil de aceder a esse tipo de formações” – E8

Outro ponto crítico identificado foi a ausência de protocolos padronizados para guiar a interação com as famílias em situações de perda gestacional. A falta de uniformidade, conforme destacado por Yenal et al. (2023), foi também mencionada pelos participantes como uma barreira à prestação de cuidados consistentes e humanizados:

“Eu acho que devia haver uniformidade em procedimentos.” – E3

A literatura sugere que a implementação de protocolos claros poderia garantir que as famílias vivenciassem rituais de despedida significativos, como ver ou segurar o bebé, minimizando sentimentos de arrependimento ou insatisfação. Além disso, a ausência de instalações adequadas, como espaços privados para acolher e apoiar emocionalmente os pais, foi identificada como uma limitação importante no cuidado à Perda Gestacional (Fernández-Basanta et al., 2020; Fernández-Alcantara et al., 2020). Tal situação foi igualmente destacada pelos participantes deste estudo:

“Gostaria de ver um espaço próprio para estas situações. Longe das outras situações boas, digamos assim. Nascimento com sucesso.” – E6

“(...) mas acho que se pudéssemos ter no pós-parto, estes casais integrados na mesma no serviço, mas numa ala diferente, onde pudessem ficar mais resguardados, acho que seria o ideal (...)” – E7

A perda gestacional foi descrita pelos participantes com um evento inesperado, difícil e associado a sentimentos de tristeza. Este impacto emocional é amplamente reconhecido na literatura, que destaca sentimentos de stress, culpa e envolvimento pessoal como desafios para os EEESMO (Fernández-Basanta et al., 2021; Mills et al., 2020). Alguns profissionais destacaram a difícil separação entre a vida pessoal e profissional como impacto da perda:

“(...) é sempre uma situação muito difícil de gerir porque sinto-me envolvida com eles e acabo também por ficar de alguma forma com sentimentos de tristeza e perda.” –

E7;

“(...) porque é muito difícil usar palavras (...) porque depois és especialista, mas depois também és mãe, ou também és profissional e pronto. (...) É muitas vezes difícil de distinguir essa parte.” – E8

Estes testemunhos vão ao encontro dos resultados de Yenal et al. (2023).

A exposição repetida a mortes perinatais, associada à ausência de suporte psicológico adequado, pode intensificar o sofrimento emocional dos profissionais e contribuir para o *burnout* (Laing et al., 2020). Os participantes deste estudo expressaram preocupações semelhantes, destacando a necessidade de acompanhamento psicológico para as equipas que lidam regularmente com estas situações:

“Não sei até que ponto é que as equipas também não deveriam ter uma consulta, também as equipas que ficaram sujeitas a este contacto e a este stress emocional (...)”

– E7

Este testemunho evidencia a perceção dos profissionais sobre a importância de estratégias de suporte psicológico, que poderiam mitigar os impactos emocionais da exposição contínua à perda gestacional.

Este impacto duradouro, que dificulta a separação entre vida pessoal e profissional, foi também observado nos resultados deste estudo, reforçando a necessidade de apoio institucional adequado. Os participantes destacaram a importância de suporte psicológico contínuo:

“Penso que, também, deveriam os próprios enfermeiros e médicos ter, também, se calhar algum tipo de acompanhamento. Nem que seja só no sentido de percebermos estratégias utilizadas e que estratégias poderíamos usar numa próxima vez (...)” – E7

Este testemunho corrobora a recomendação de estudos que sugerem a integração de supervisão clínica regular e programas de capacitação emocional para promover a resiliência e um ambiente de trabalho mais sustentável (Fernández-Basanta et al., 2021; Yenal et al., 2023).

A gestão da perda gestacional representa um desafio considerável, sobretudo em aspetos relacionados com comunicação, infraestrutura e organização do serviço. Muitos participantes referiram sentir-se despreparados para abordar estas situações, mencionando dificuldades em saber o que dizer ou como agir:

“É não ter palavras ou dar razões para o qual isso possa acontecer.” – E1;

“(...) mas também muito pelo medo de dizer as coisas erradas e que os pais fiquem com memória errada pelo aquilo que dizemos.” – E10.

Estudos como os de Yenal et al. (2023) e Qian et al. (2022) destacam que a falta de competências comunicacionais específicas é uma barreira significativa ao cuidado integral, conduzindo frequentemente a interações limitadas ou superficiais com as famílias enlutadas. Adicionalmente, Fernández-Basanta et al. (2021) mencionam que estratégias como a comunicação superficial e centrada em tarefas físicas podem ser utilizadas como mecanismos de autoproteção, embora comprometam o apoio emocional às famílias:

“É não ter mesmo basicamente nada, a não ser uma mão ou um abraço que às vezes nem é oportuno porque às vezes eles não querem sequer o apego físico.” – E1

“É saber o que dizer...sobretudo isso. É não saber o que dizer para confortar aquele, o estado dos casais, não é? Nunca é fácil (...)” – E2

A promoção de um luto saudável demonstrou ser uma preocupação para os EEESMO participantes neste estudo pois destacam a importância de apoiar as famílias na vivência do luto de forma plena, reconhecendo o valor dos rituais de despedida:

“E às vezes é ver e então em gravidezes já de termo...aquele bebé idealizado, eles têm, eles têm que fazer o luto de alguma maneira.” – E2

“No meu ponto de vista, o ver poderá ser facilitador no processo de luto” – E3

Garcia-Catena et al., 2023 referem, ainda, que o défice de formação na assistência ao luto pode ser uma fonte de insatisfação profissional.

A partilha de experiências entre pares foi também mencionada como uma prática enriquecedora, capaz de reduzir a carga emocional e melhorar a resiliência dos profissionais:

“Aprender com a partilha...e com o...sobretudo nós como é que lidamos com estas situações e cada qual com a sua maneira de lidar e vai partilhar também com as outras pessoas também se calhar vão aprendendo algo.” – E2

“Sim, a partilha de conhecimentos e das situações que vão ocorrendo uns com os outros, também informação e muitas das vezes até os próprios casais nos ensinam, não é?” – E5

Estes resultados alinham-se com os achados de Laing et al. (2020) e García-Catena et al. (2023). Além disso, momentos de renovação da esperança, como no reencontro com casais em partos subsequentes com RN vivos, foram descritos como fontes de validação profissionais e satisfação emocional (Laing et al., 2020):

“É maravilhoso, porquê? Porque uh, o passar o processo, todo o processo que eles têm que passar do luto e a vontade e acima de tudo, a vontade de ainda vir ter connosco, porque há pessoas que têm todos os direitos de dizer assim “aconteceu ali eu não quero ir lá mais”, mas o aconteceu ali, mas eu confio nas pessoas que estão lá e para nós também é compensador.” – E3

“Com os outros nascimentos eu acho que é mesmo com os outros nascimentos dos bebés que nascem bem (risos).” [como ultrapassa essas dificuldades] – E4

Os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de uma abordagem integrada na gestão da perda gestacional, abrangendo a formação contínua, supervisão clínica, suporte psicológico e a padronização dos protocolos. Destacam, ainda, a importância de um investimento contínuo na saúde mental dos profissionais, garantindo acompanhamento psicológico adequado e oportunidades de capacitação emocional, contribuindo para um ambiente de trabalho mais equilibrado e uma prática assistencial mais humanizada e sustentável.

Este investimento revela-se essencial para melhorar a experiência das famílias e salvaguardar o bem-estar emocional dos profissionais envolvidos, promovendo cuidados empáticos, humanizados e de elevada qualidade.

4. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Este estudo qualitativo proporcionou uma compreensão das experiências dos EEESMO no contexto da perda gestacional, identificando três áreas temáticas fundamentais: **Formação e Capacitação Profissional**, **A Perda Gestacional e o EEESMO** e **Gestão e Estratégias na Prática Clínica**. Os resultados evidenciaram a complexidade dos cuidados prestados às famílias enlutadas, bem como os desafios enfrentados pelos profissionais na prestação de uma assistência especializada, empática e humanizada.

A área temática **Formação e Capacitação Profissional** destacou a ausência de formação específica como uma lacuna significativa, limitando a capacidade dos profissionais para abordar a perda gestacional com segurança e competência. A necessidade e importância de formação foram amplamente reconhecidas, reforçando a relevância de estratégias para colmatar esta falta. Além disso, a implementação de protocolos e a uniformização de procedimentos emergiram como medidas essenciais para assegurar cuidados especializados e proporcionar um suporte mais consistente às famílias enlutadas.

A área temática **A Perda Gestacional e o EEESMO** revelaram o impacto emocional significativo da perda gestacional nos profissionais, associado a sentimentos de frustração, culpa e insegurança. A necessidade de apoio psicológico contínuo foi identificada como fundamental para promover a resiliência e prevenir o *burnout*, reforçando a importância de uma abordagem personalizada e sensível ao luto.

A área temática **Gestão e Estratégias na Prática Clínica** evidenciou dificuldades e desafios relacionados com a comunicação, as infraestruturas inadequadas, a organização do serviço e a sensação de não saber o que fazer em situações de perda gestacional. Ações como o silêncio, a compaixão e a promoção de um luto saudável destacaram-se como estratégias eficazes para proporcionar cuidados empáticos e humanizados. A partilha de aprendizagens entre pares e a vivência de partos subsequentes com recém-nascidos vivos foram descritas como fontes de validação profissional e satisfação emocional.

Os resultados deste estudo realçam a necessidade urgente de estratégias integradas que envolvam a formação contínua, o apoio psicológico aos profissionais e a implementação de protocolos padronizados. Estas intervenções são essenciais para melhorar a qualidade do acompanhamento prestado aos casais que enfrentam a perda gestacional e para garantir o bem-estar dos profissionais envolvidos. Além disso, a

colaboração interprofissional e o desenvolvimento de políticas institucionais são fundamentais para criar um ambiente de cuidado mais eficaz e humanizado.

Por fim, os resultados sublinham que, para lidar de forma eficaz com a perda gestacional, é necessário investir em estratégias que promovam tanto a capacitação técnica como o apoio emocional dos profissionais, garantindo uma prática clínica equilibrada e centrada nas necessidades das famílias e dos profissionais. Assim, torna-se fundamental desenvolver estudos sobre estratégias de suporte psicológico aos profissionais e avaliar a eficácia dos modelos de formação e protocolos clínicos.

CONCLUSÃO GERAL

A realização deste estudo, aliada a uma reflexão sistemática e à redação do RENP, permitiu a análise crítica das aprendizagens adquiridas e das competências desenvolvidas a nível instrumental, interpessoal e sistémico. Este processo permitiu não só aprofundar conhecimentos adquiridos, desenvolver competências e aplicar novos saberes na resolução de situações em contextos multidisciplinares, mas também refletir criticamente sobre a tomada de decisão e a prestação de cuidados em contextos multidisciplinares.

No BP, foi possível desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à mulher, ao RN e à família ao longo dos estádios do TP, com o objetivo de promover a saúde e o bem-estar materno-fetal, facilitar a adaptação do RN à vida extrauterina e apoiar a transição para a parentalidade. Este percurso contribuiu para o desenvolvimento das competências específicas do EEESMO.

Ao longo do ENP, a prática baseada na evidência científica, aliada ao pensamento crítico e à promoção da segurança da mulher, do RN e da pessoa significativa, foi uma preocupação constante, sustentando uma prática reflexiva e orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

O cumprimento dos requisitos do CMESMO, nomeadamente o cumprimento dos mínimos necessários para a obtenção do título de enfermeira especialista, como a realização de 40 partos eutócicos, direcionou a aprendizagem para a assistência à mulher em TP. Este foco específico gerou, em alguns momentos, situações de ansiedade, uma vez que frequentemente as mulheres acompanhadas se encontravam na fase ativa do TP no momento do término do turno. Em determinadas ocasiões, foi possível solicitar ao orientador a possibilidade de permanecer mais algum tempo a acompanhar casal, o que possibilitou a assistência ao parto. No entanto, a necessidade de conciliar os horários laborais com o contexto de estágio nem sempre permitiu esta opção.

A realização do ENP num BP com uma filosofia promotora do parto normal constituiu uma mais-valia, proporcionando uma aprendizagem enriquecedora sobre as intervenções autónomas do EEESMO para promoção do conforto durante o TP e parto. Além disso, a receptividade da equipa contribuiu para a continuidade do projeto implementado, favorecendo um ambiente propício ao desenvolvimento de competências.

No âmbito do estudo de investigação realizado, foi possível identificar e explorar profundamente as experiências e desafios vivenciados pelos EEESMO no cuidado às

mulheres e famílias em situações de perda gestacional. A análise de conteúdo destacou três áreas temáticas principais: Formação e Capacitação Profissional, A Perda Gestacional e o EEESMO, e Gestão e Estratégias na Prática Clínica.

Foram evidenciadas lacunas na formação sobre a perda gestacional e a necessidade de implementar protocolos uniformizados, destacando-se ainda o impacto emocional significativos que estes eventos têm nos profissionais, como insegurança, frustração e envolvimento pessoal. A promoção de estratégias como apoio psicológico para os profissionais, a prática da compaixão e do silêncio terapêutico, bem como a partilha de experiências entre pares, revelou-se essencial para a humanização dos cuidados e para a sustentabilidade emocional dos profissionais. Estas estratégias, alinhadas com a renovação da esperança por meio do acompanhamento de novos nascimentos, contribuem para o bem-estar dos profissionais e a qualidade dos cuidados prestados às famílias.

Ao concluir este RENP, considera-se que a experiência proporcionada pelo ENP permitiu o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, cumprindo de forma abrangente os objetivos propostos. A integração do estudo de investigação reforça a importância de uma abordagem reflexiva e baseada na evidência, não apenas para aprimorar a prática clínica, mas também para assegurar cuidados humanizados e de excelência em contextos tão desafiantes como o da perda gestacional.

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>
- 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>
- Amaral, C., Ferreira, N., Monteiro M. & Bulcão, E. (2020). Assistir parto vaginal. In Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C., Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (p. 115). Lidel.
- 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 College of Obstetricians and Gynecologists. (2017a). Approaches to Limit Interventions During Labor and Birth. Obstetrics & Gynecology, 13 (2), 164 173. Recuperado de: <https://www.acog.org/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth.pdf>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017b). 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>
- Amirali, K. & Dias A. C. (2010). O Nascimento de Uma Vida Acabada – Experiências dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica. Revista Portuguesa de Enfermagem, 24, 24-29. <http://hdl.handle.net/10400.10/389>

- 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 Internacional Journal of healthcare ethics committees*, 30(1), 175–187. <https://doi.org/10.1017/S0963180120000651>
- Ayres-de- Campos, D. (2016). Distócia de Ombros. In Ayres de Campos, D., Silva, I. & Costa, F. *Emergências Obstétricas* (p. 29). Lisboa: Lidel
- 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>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: ed. 70.
- 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>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. 2ª Edição, Quarteto Editora: Coimbra, ISBN: 978-9895-580-521
- Binnie, C. (2020). Breaking the silence. *British Journal of Midwifery*, 28(3), 144-145. <https://doi:10.12968/bjom.2020.28.3.144>
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Brazão, R. (2017). Analgesia e anestesia no parto. In Graça, L. M. *Medicina materno-fetal*. Lisboa: Lidel.
- Camarneiro, A., Maciel, J. & Silveira, R. (2015). Vivências da interrupção espontânea da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: um estudo

- fenomenológico. *Revista de Enfermagem* <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14064> Reverência, 4 (5), 109-117.
- Canavarro, M.C. (2005). Gravidez e Maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora
- Correia, T. (2023). Guia de Orientação do Estágio de Natureza Profissional do Consórcio de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
- 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
- Dias, A.; Amirali, K. (2010). O Nascimento de Uma Vida Acabada. Experiências dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. (24), 24-29. ISSN: 0873-1586. Acedido em 05-06-2021. Disponível em: <https://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/389>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Indução do trabalho de parto. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>
- 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.128164>
- Fernández-Basanta, S., Coronado, C., Bondas, T., & Movilla-Fernández, M. J. (2021). 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., Movilla-Fernández, M. J., Coronado, C., Llorente-García, H., & Bondas, T. (2020). Involuntary Pregnancy Loss and Nursing Care: A Meta-Ethnography. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1486. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051486>
- Ferreira, F. M. (2019). Diferentes modelos de maternidade e suas implicações: Motivações, expectativas e realidades de mães portuguesas (Tese de doutoramento). Recuperado de <https://hdl.handle.net/10216/120929>
- Fonseca, S. (2016). Indução do Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 353-355). Lisboa: Lidel.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, M. & Baptista, M. (2016). Adaptação à vida extrauterina: Cuidados imediatos ao recém-nascido. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 455-471). Lisboa: 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>
- George, J. B., & Col. (2000). *Teorias de Enfermagem - Os Fundamentos à Prática Profissional* (4a ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Gomez, R. M. (2005). O pai: paternidade em transição. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 257-278). Lisboa: Fim de Século.
- Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-fetal*. (5ª edição) Lisboa: LIDEL

- Howk, C. (2004). Hildegard E. Peplau - Enfermagem Psicodinâmica. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5a ed., pp. 423-444). Loures: Lusociência.
- Kérrouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La Pensée Infirmière*. Paris: Maloine.
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal Loss. *Dialogues in clinical Neuroscience*, 14 (2), 187-194. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc3384447/pdf>.
- Kunz, J., & Pforr, K. (2020). Early bonding in the delivery room: The impact on parental mental health and infant development. *Journal of Perinatal Medicine*, 48(6), 552-559. <http://doi: 10.1515/jpm-2020-0152>.
- 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>
- Lemos, L. F. S., & Cunha, A. C. B. (2015a). 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>
- Lemos, L.F.S.& Cunha, A.C.B. (2015b) 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>
- Lopes, B. G., Borges, P. K. O., Grden, C. R. B., Coradassi, C. E., Sales, C. M., & Damasceno, N. F. P. (2017). Luto materno: dor e enfrentamento da perda de um bebê. *Rev Rene*. 2017 maio-jun; 18(3):307-13. doi: 10.15253/2175-6783.2017000300004
- Lopes, M. S., & Dixe, M. A. (julho-agosto de 2012). Exercício da parentalidade positiva pelos pais de crianças até três anos: construção e validação de escalas de medida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(4), pp. 1-9. Lopes, M. S., Catarino,

- H., & Dixe, M. A. (julho de 2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. Referência, 1(III Série), pp. 109-118.
- Lowdermilk, D. L. (2008). Cuidados de Enfermagem durante o Trabalho de Parto e Parto. In D. L. Lowdermilk, & S. E. Perry, Enfermagem na Maternidade (7a ed., pp. 414-477). Loures: Lusodidacta.
- Maciel, C. G., Oliveira, T. C. d. M. d., Silva, G. B. d. C., Almeida, S. K. R. d., & Souza, L. A. C. F. d. (2022). Integralidade do cuidado de enfermagem à mulher que sofre perda gestacional. Research, Society and Development, v. 11, n. 6, e5111628545, 2022 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28545>
- Mahdy, H., Glowacki, C., & Eruo, F. U. (2023). Amniotomy. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Marques, M., Martins, E. & Tomé, J. (2002). Analgesia Epidural Obstétrica. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 18 (3), 163-168. [Versão Online] Disponível em: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v18i3.9878>
- Marshall, J.; Raynor, M. (2014). Myles Textbook for midwives. 16 Edition, London: Elsevier.
- Martins, M. M. (2002). Uma Crise Acidental na Família - O doente com AVC. Coimbra: Formasau.
- Mascarenhas, C. (2020). In Néné et al, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (p. 487). Lidel.
- Meireles, J.C.N.G.S. (2023). Atitude do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica Perante as Famílias que Vivenciam Morte Fetal. Repositório <http://hdl.handle.net/10400.26/49010>
- Meleis, A. I. (2010). Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. Springer Publishing Company.

- 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. M. & Zangão, M. O. (2020). Vivências maternas em situação de morte fetal. *Revista de Enfermagem Referência - Série V*, nº 3: e20037
- 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. Repositório <http://hdl.handle.net/10174/19521>
- Monteiro, V. (2012). Perda Gestacional e processo de luto. Vivências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia. Instituto Mestrado em ESMOG. Politécnico de Viseu. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1794>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021). *Intrapartum care for healthy women and babies*. NICE guidelines [NG207]. Retrieved from NICE website.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- 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. (2021a). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021b). 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.
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem Referência, 11, 121-132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>
- Peplau, H. E. (1990). Relaciones Interpersonales en Enfermería - un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinamica. Barcelona: Salvat Editores.
- Pordata. (2023). Taxa de mortalidade perinatal e neonatal. Disponível em: <https://www.pordata.pt/portugal/taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529>
- 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: Direção-Geral da Saúde.

- 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>
- Quintans, É. T. (2018). Eu também perdi meu filho: Luto paterno na perda gestacional/neonatal (Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, Brasil). Recuperado de <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/34141/34141.PDF>
- Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família - Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- 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>
- 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. Doi: [10.17648/2447-1798-revistapsicofae-v9n2-9](https://doi.org/10.17648/2447-1798-revistapsicofae-v9n2-9)
- Sequeira, A., Prata, A., Correia, T., Henriques, C. & Monteiro, M. (2020). Terceiro estágio do trabalho de parto (dequitação). In Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C., *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p. 162). Lidel.
- Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (2022). *Normas de Orientação: Episiotomia*.
- Superville, S. S., & Siccardi, M. A. (2023). Leopold maneuvers. In StatPearls. Treasure Island: StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560814/>
- Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N. & Sarafriz, N. (2018) Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and metaanalysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health*, 15 (73), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0511-x>

- ULS Médio Ave (s.d.). Cuidados Hospitalares. <https://www.ulsmave.min-saude.pt/cuidados-hospitalares/obstetricia/>
- UNICEF (2024). Neonatal mortality. UNICEF Data. Retirado de <https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/>
- Vieira, A. R., Martins, C., Macedo, L., & Guerra, M. J. (maio-agosto de 2008). Necessidades de aprendizagem dos pais na transição para a parentalidade: uma revisão da literatura. *Servir*, 56(3/4), pp. 146-154.
- World Health Organization (2009). Preventing Prolonged Labour: a practical guide. Geneva, Maternal Health and Safe Motherhood Programme, WHO.
- World Health Organization (WHO). (2017). *WHO safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns*. Geneva: WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2018a). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- World Health Organization. (2018b). Why we need to talk about losing a baby. 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
- World Health Organization. (2020). Skin-to-skin contact helps newborns breastfeed. Disponível em: <https://www.who.int/westernpacific/news-room/feature-stories/item/skin-to-skin-contact-helps-newborns-breastfeed>
- 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. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363138/9789240052796-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization (WHO). (2022b). *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn*. Retrieved from WHO website.

World Health Organization. (2022c). Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349316/9789240039483-eng.pdf?sequence=1>

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

ANEXO I- Certificado Jornadas Perda Gestacional



Certificado

Certifica-se que Ana Rita Ribeiro Novo da Rocha

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 Rita Ribeiro Novo da Rocha

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 Moraes e Diana Santos
Pel'A Comissão Organizadora

ANEXO III- Certificado do Poster



Certificado

Certifica-se que Ana Rita Ribeiro Novo da Rocha 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 o **Póster** "A perda gestacional na sala de partos: percepção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica - projeto de um estudo fenomenológico."

Rita Cruz

Presidente das Jornadas

ANEXO IV- Autorização do Conselho de Administração para realização do estudo

Exma Senhora
Enfª Ana Rita Ribeiro Novo da Rocha

Na sequência do pedido de realização de estudo subordinado ao tema: *“A Perda Gestacional na Sala de Partos – Perceção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia”, solicitado pela Enfª Ana Rita Ribeiro Novo da Rocha a exercer funções de Enfermeira na ULSMave* , cumpre-nos informar que o mesmo foi autorizado nos termos dos pareceres da RAI e da Comissão de Ética.
Anexa-se cópia do documento com a evidencia de autorização proferida pelo Conselho de Administração do CHMA.

Com os melhores cumprimentos,

Rosália Cardoso
Secretariado do Conselho de Administração
CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE - EPE
Largo Domingos Moreira | 4780-371 Santo Tirso, Portugal
Telef: 252 830 707 - Ext: 8134 – e-mail: administracao@chma.min-saude.pt
www.chma.pt



COMUNICAÇÃO INTERNA

INFORMAÇÃO ☒N.º SGAIRU/16/2024
(serviço/número/ano)PROPOSTA ☐

DATA: 25/07/2024

PARECER

DELIBERAÇÃO

ASSUNTO: Parecer Estudo: A Perda Gestacional na Sala de Partos – Perceção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia
DESTINATÁRIO: Presidente do Conselho de Administração
C/ CÓPIA:

Na sequência do pedido de autorização para realização do estudo "A Perda Gestacional na Sala de Partos – Perceção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia", apresentado por Ana Rita Ribeiro Novo da Rocha, a exercer funções de Enfermeira na ULSMave, vem a Responsável pelo Acesso à informação pronunciar-se, referindo o seguinte:

- Desde logo, os estudos de investigação na área da saúde utilizam várias designações, que refletem objetivos diferenciados, metodologias distintas e categorias diversas de informação recolhida. Podemos estar, genericamente, perante estudos observacionais ou epidemiológicos, retrospectivos e/ou prospectivos.
- No entanto, tendo a natureza de sensíveis, nos termos do art. 9º do Regulamento (UE) nº 679/2016, de 27 de abril (RGPD), os dados abrangidos pelos estudos em causa, por serem dados de saúde e dados da vida privada, aplica-se o princípio, quer constitucional, quer legal, da proibição do seu tratamento, pelo que somente perante a observância de determinadas condições, poderá a ULSMave deferir o pedido de acesso.
- Destarte, deverá proceder-se a uma análise casuística do estudo e ter em conta os diplomas legais atinentes com a matéria em apreço, designadamente as Leis n.ºs 12/2005, 56/2016 e 58/2019 e nos pareceres da CADA e da CNPD, para que possa haver acesso a dados de saúde destinados a investigação, é necessário que se faça cumprir com uma das seguintes condições: Anonimização de Dados ou Consentimento do Titular.
- Segundo o art. 3.º, nº 1 da Lei nº 12/2005, de 26 de janeiro (Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde) a informação da saúde é propriedade da pessoa, sendo as unidades do sistema de saúde os depositários da informação a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei.
- Para que os dados da saúde possam ser reutilizados para efeitos de investigação, releva que se verifique o requisito do interesse público, que se encontra constitucionalmente consagrado no capítulo dos direitos e deveres culturais e que se consubstancia no incremento da investigação científica: nº 4 do artigo 73º da CRP. "A criação e a investigação científicas, bem como a inovação tecnológica, são incentivadas e apoiadas pelo Estado, por forma a assegurar a respetiva

COMUNICAÇÃO INTERNA

liberdade e autonomia, o reforço da competitividade e a articulação entre as instituições científicas e as empresas."

- f) Por um lado, o conceito de ciência patente no nº 4 do artigo 73º da CRP é um conceito mais restrito do que os conceitos de cultura e de educação constantes dos outros números desta norma constitucional.
- g) Por outro lado, não existe um direito (subjeto fundamental) à ciência, mas apenas a obrigação estadual de proteger e incentivar a investigação científica em virtude de esta significar, não apenas nem sobretudo o desenvolvimento da personalidade dos autores, mas também e principalmente o desenvolvimento da comunidade política e o aumento de bem-estar das pessoas.
- h) Desta forma, há casos em que a condição de legitimidade para tratamento de dados pessoais de saúde - tal como acontece nos estudos retrospectivos de dados pessoais de saúde - para fins de investigação científica se preenche, na ausência de consentimento livre, específico, informado e expresso, com a verificação rigorosa da importância do concreto e efetivo interesse público da investigação.

Diligências Intercalares:

1. O Enfermeiro Gestor do Serviço de Obstetria/Ginecologia e a Direção de Enfermagem manifestaram-se previamente concordantes;
2. A Comissão de Ética pronunciou-se favoravelmente, referindo o interesse público da investigação e ausência de impedimento ético para o seu desenvolvimento;

O pedido de acesso em apreço:

Título Estudo	"A Perda Gestacional na Sala de Partos: Perceção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica"
Nome da Investigadora	Ana Rita Ribeiro Novo da Rocha
Relação da Investigadora com a ULMAve	Enfermeira no Serviço de Medicina Mulheres
Modalidade de Acesso	Entrevista
Finalidade	Analisar a perspetiva dos EESMO perante uma perda gestacional na sala de partos; finalidade académica – mestrado.
Estudo	Estudo qualitativo fenomenológico

1. Consentimento Informado

O consentimento do titular dos dados, uma manifestação de vontade, livre, específica, informada e explícita, pela qual o titular dos dados aceita, mediante declaração ou ato positivo inequívoco, que os dados pessoais que lhe dizem respeito sejam objeto de tratamento

O estudo apresenta modelo de Consentimento Informado, a aplicar aos profissionais que optem por participar no estudo.

COMUNICAÇÃO INTERNA

2. Recrutamento

São abrangidos os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica que desempenhem funções na sala de partos da ULSMAve.

3. Dados a recolher

Através de entrevista semiestruturada: Dados sociodemográficos. Ideias, práticas, condutas, motivações conscientes e inconscientes, bem como os sentimentos e vivências dos profissionais face às mulheres/casais que enfrentam uma perda gestacional.

4. Confidencialidade

Todos os dados recolhidos serão usados exclusivamente para fins do presente estudo. Os participantes serão identificados por números de série, mantendo-se a identidade e os dados dos participantes apenas na posse da equipa de investigação.

Os dados dos participantes que sejam recolhidos serão pseudoanonimizados na base de dados de trabalho.

- Pseudoanonimização é o tratamento de dados pessoais de forma a que estes deixem de poder ser atribuídos a um titular de dados específico sem recorrer a informações suplementares, desde que essas informações suplementares sejam mantidas separadamente e sujeitas a medidas técnicas e organizativas para assegurar que os dados pessoais não possam ser atribuídos a uma pessoa singular identificada ou identificável.

Conclusão:

1. O fundamento de legitimidade para a prossecução do estudo assenta na recolha de consentimento junto dos profissionais participantes, bem como na inexistência de qualquer impedimento ético ao seu desenvolvimento, aferido pela Comissão de Ética.

Recomendações a observar pela investigadora, em face da autorização que seja emitida sobre o seu pedido:

- a) Compromisso de respeitar todas as determinações do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), nomeadamente os requisitos que constam do art. 89.º do RGPD. Veja-se, para esse efeito, os seguintes requisitos: "1. O tratamento para fins de arquivo de interesse público, ou para fins de investigação científica ou histórica ou para fins estatísticos, está sujeito a garantias adequadas, nos termos do presente regulamento, para os direitos e liberdades do titular dos dados. Essas garantias asseguram a adoção de medidas técnicas e organizativas a fim de assegurar, nomeadamente, o respeito do princípio da minimização dos dados. Essas medidas podem incluir a pseudonimização, desde que os fins visados possam ser atingidos desse modo. Sempre que esses fins possam ser atingidos por novos tratamentos que não permitam, ou já não permitam, a identificação dos titulares dos dados, os referidos fins são atingidos desse modo."
- b) Assegurar que o próprio processo de tratamento não coloca em causa a segurança e privacidade dos utentes cujas imagens serão consultadas;

COMUNICAÇÃO INTERNA

- c) Quanto à admissibilidade do tratamento, este deve ser efetuado de forma lícita e com respeito pelos princípios da boa fé, tratando e conservando os mesmos dados pessoais apenas durante o tempo necessário ao cumprimento da finalidade;
- d) Quanto à qualidade dos dados, estes devem ser adequados, pertinentes e não excessivos relativamente à finalidade da recolha;
- e) A observância dos princípios da transparência e da boa-fé está diretamente relacionada com a prestação do direito de informação, não podendo os dados ser utilizados para outras finalidades, razão pela qual se impõe especial zelo na utilização dos dados de saúde;
- f) Cumprir com a divulgação dos dados de forma anonimizada;
- g) Proceder à eliminação dos dados recolhidos, de forma confidencial, após o cumprimento do prazo estritamente necessário às finalidades do estudo;
- h) Devolução, após conclusão, do resultado da investigação à Comissão de Ética da ULSMAve.

À consideração superior.

RAI – Responsável pelo Acesso à Informação (Artº 9º Lei 26/2016, de 22 de Agosto)

Fátima Marques



COMUNICAÇÃO INTERNA

INFORMAÇÃO

C. Ética/09/2024

☐

PROPOSTA

☒

DATA: 10/04/2024

PARECER

DELIBERAÇÃO

ASSUNTO: Parecer da Comissão de Ética da ULS do MAVE EPE

DESTINATÁRIO: Presidente do Conselho de Administração da ULS do MAVE EPE

C/ Cópia:

Título do Projeto de Investigação: "A Perda Gestacional na Sala de Partos: Perceção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica"

Tipo de Estudo: Qualitativo fenomenológico

Objetivo Principal do Estudo: Analisar a perspetiva dos EESMO, perante uma mulher que vivencia uma perda gestacional na sala de partos

Pertinência do Estudo: A perda gestacional afeta não apenas os pais que sofrem a perda do seu filho em desenvolvimento, mas também os profissionais envolvidos nos cuidados; Os enfermeiros ESMO não estão totalmente preparados para lidar com a morte num ambiente tradicionalmente associado ao início da vida.

População-alvo: Enfermeiros ESMO que desempenham funções na sala de partos da ULSMAVE

Procedimento de recolha e análise dos dados: Entrevista semi-estruturada aos participantes e os dados colhidos serão submetidos a análise de conteúdo

Investigador Local: Ana Rita Ribeiro Novo da Rocha

Curriculum dos investigadores: Adequado ao estudo.



COMUNICAÇÃO INTERNA

Conclusão: Apreciada a documentação disponibilizada pelos investigadores, considera-se que estamos perante o desenho de uma investigação, com interesse público, e sem nenhum impedimento ético ao seu desenvolvimento. Relembra-se, que deverão ser enviadas a esta Comissão de Ética as conclusões do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Presidente da Comissão de Ética

José Manuel Gonçalves Oliveira

APÊNDICES

APÊNDICE I- Poster: A perda gestacional na sala de partos: percepção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica – um projeto de um estudo qualitativo fenomenológico

A PERDA GESTACIONAL NA SALA DE PARTOS: PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA – PROJETO DE UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO

Autora: Ana Rita Rocha

Coautora: Ana Margarida Morim

Orientação: Prof. Conceição Freitas

Instituição: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

INTRODUÇÃO

A perda gestacional representa um dos momentos mais complexos e emocionalmente penosos na vida reprodutiva de uma mulher/família. Este momento tão sensível não afeta apenas os pais que sofrem a perda do seu filho em desenvolvimento, mas também tem repercussões significativas nos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados, em particular nos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO).

FUNDAMENTAÇÃO

-Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) desempenham um papel crucial no acompanhamento físico emocional e psicológico das mulheres/família durante a gestação, parto e pós-parto, enfrentando a complexidade e a sensibilidade das situações de perda gestacional (OE, 2019).

- O impacto da morte fetal transcende os pais, alcançando a família e amigos assim como os EESMO. Estes últimos encontram dificuldades em abordar o tema e em providenciar os cuidados necessários à mulher que sofreu a perda fetal (Binnie, 2020).

- Meireles (2023) destaca, ainda, que muitos estudos evidenciam que estes profissionais enfrentam dificuldades ao lidar com situações de morte fetal. O cuidado de famílias que passaram por uma perda fetal é altamente exigente e pode gerar sentimentos de impotência ao fornecer assistência a essas famílias.

OBJETIVOS

Identificar as vivências dos EESMO para compreender que desafios enfrentam perante as mulheres/famílias que vivenciam uma perda gestacional na sala de partos

Analisar se essas vivências influenciam a prática profissional do EESMO.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

População alvo → EESMO que desempenham funções numa sala de partos

Contexto → Sala de partos de uma ULS no Norte do país

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Qualitativo Fenomenológico

❖ **Instrumento de colheita de dados:** entrevista semiestruturada

❖ **Tratamento de dados:** transcrição das entrevistas e posterior análise de conteúdo fenomenológico das mesmas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Binnie, C. (2020). Breaking the silence. *British Journal of Midwifery*, 28(3), 144-145. doi: 10.12968/bjom.2020.28.3.144

Miranda, A. M., & Zanghi, M. O. (2020). Vivências maternas em situação de morte fetal. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e20097. doi:10.12707/RV20097

Meireles, J. C. N. G. S. (2023). Aliança do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica Perante as Famílias que Vivenciam Morte Fetal. Repositório Aberto da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa <http://hdl.handle.net/10420.26/49010>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-09. <https://dre.pt/dre/retorna/regulamento/391-2019-122216892>



PALAVRAS-CHAVE

perda gestacional; EESMO;
sala de partos ; vivências

CONCLUSÃO

- Este estudo visa proporcionar uma compreensão mais aprofundada dos desafios emocionais e psicológicos enfrentados pelos EESMO durante uma situação de perda gestacional na sala de partos.
- Ao enfatizar a perspetiva destes profissionais neste estudo poderá abrir-se caminhos para identificar as necessidades emocionais dos EESMO em relação à perda gestacional, capacitando-os para lidar com essas emoções de forma mais eficaz
- Os resultados obtidos permitirão a revisão e aprimoramento de protocolos existentes, ou mesmo a implementação de novos protocolos, caso estes ainda não existam.

Apêndice II- Guião de Entrevista



A perda gestacional na sala de partos: percepção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica – um estudo qualitativo

Guião Orientador da Entrevista

Recursos Materiais: gravador/ telemóvel

População Alvo: EEESMO a desempenhar funções na sala de partos de uma ULS no norte do país.

Exposição do projeto e obtenção de consentimento livre e esclarecido para a participação no estudo, com garantia de confidencialidade e anulação de todo o material.

Ao concordar em participar na entrevista, asseguramos que todos os dados dos participantes serão mantidos confidenciais. A entrevista será gravada e todo o material será eliminado após 12 meses, conforme estipulado pelo Regulamento de Proteção de Dados da União Europeia (2016/679), em vigor desde 25 de maio de 2018 em Portugal.

Entrevista nº: _____

Dados sociodemográficos:

1. Nome
2. Idade
3. Estado Civil
4. Há quanto tempo exerce enquanto EEESMO?
5. Tem alguma formação específica com perda gestacional?

Guião de Entrevista:

1. O que representa para si a morte fetal?
2. Já experienciou situações de morte fetal enquanto exercia funções?
3. Já teve de comunicar uma má notícia? Como reagiu?
4. Quais as maiores dificuldades que sente aquando do contacto com estes casais? Como as ultrapassa?
5. Na sua experiência, deu hipótese às mães/casais terem contacto com o seu bebé sempre que estes manifestem vontade? Qual a posição de que adota? Em que situações opta por não o fazer?

6. Considera que a sua formação académica lhe deu contributos para prestar cuidados a estes casais? Sente necessidade de formação interna nesta área? De que tipo?
7. Considera que o serviço onde desempenha funções está organizado de forma a dar resposta a estas situações? O que gostaria de ver alterado para melhorar o atendimento a estas mães?
8. Há mais alguma coisa que queira partilhar que não tenha questionado?

APÊNDICE III- Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO:

Apresentação do estudo:

Título do Estudo: A perda gestacional na sala de partos: percepção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica – um estudo qualitativo

Investigador responsável: Ana Rita Ribeiro Novo da Rocha, sob a orientação da Professora Maria Conceição Freitas

Os dados do estudo serão colhidos pelo método de entrevista.

Eu, _____

abaixo-assinado, com o CC nº _____, ao ter recebido as informações deste estudo e consciente dos meus direitos, concordo em participar no mesmo sabendo que:

1. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter anónimo e confidencial de toda e qualquer informação relacionada com a minha privacidade.
2. A garantia de me ser proporcionado esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos de recolha de dados ou qualquer outro relacionado com este estudo.
3. A possibilidade de em qualquer momento anular a minha participação no estudo que inicialmente me propus.
4. Não receberei nenhum benefício direto com o resultado da minha participação.
5. Os resultados da investigação ser-me-ão facultados se o solicitar e caso tenha alguma pergunta acerca do estudo devo contactar a investigador através do email: rittarocha@sapo.pt.

Fui informado que esta participação é totalmente voluntária.

Assinatura: _____

APÊNDICE IV- Pedido de autorização para realização do estudo ao Conselho de Administração

Exmo., Sr. Presidente do Conselho de Administração
da Unidade Local de Saúde do Médio Ave,

Eu, Ana Rita Ribeiro Novo da Rocha, enfermeira a exercer funções neste hospital como número mecanográfico 202497, venho por este meio solicitar a vossa excelência anuência à implementação do Projeto de Investigação: "A perda gestacional na sala de partos: percepção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica – um estudo fenomenológico" desenvolvido no âmbito do estágio de natureza profissional do Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica.

Envio anexo onde é exposto o tipo de projeto e a forma de colheita de dados.

Peço deferimento.

Atentamente,

(Ana Rita Ribeiro Novo da Rocha)

Vila Nova de Famalicão, 18 de março de 2024

APÊNDICE V- Informação aos participantes do estudo



INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Identificação do estudo: A perda gestacional na sala de partos: percepção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica – um estudo qualitativo

Investigadora principal: Ana Rita Ribeiro Novo da Rocha

Está a receber um convite para participar num estudo relacionado com um Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Por favor, leia cuidadosamente a seguinte informação e coloque todas as questões que possa ter.

Qual o objetivo deste estudo?

Este projeto de investigação tem como objetivo analisar como os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) percebem a situação de uma mulher que enfrenta uma perda gestacional no ambiente desafiador da sala de partos. O principal propósito é determinar qual é a visão e experiência dos EESMO perante esta situação de perda gestacional.

Ao focar a visão destes profissionais, este estudo pretende enriquecer uma abordagem mais abrangente e centrada no cuidado, fomentando a empatia e a compreensão num momento tão sensível na vida das famílias e dos profissionais de saúde.

Qual a metodologia utilizada neste estudo?

Este estudo seguirá uma abordagem qualitativa, utilizando entrevistas semiestruturadas e questionários sociodemográficos preenchidos pelos EESMO que trabalham na sala de partos para colheita de dados.

Tenho de participar neste estudo?

A participação neste estudo é completamente voluntária, e não será penalizado caso decida não participar. Além disso, tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer momento, suspendendo a sua participação no estudo.

O que envolve a minha participação?

Para participar neste estudo, será necessário realizar uma entrevista com duração média de 30 minutos.

Quais são os benefícios de participar neste estudo?

Os benefícios de participar neste estudo incluem a oportunidade de partilhar a sua experiência pessoal, identificando tanto os aspetos facilitadores do processo quanto aqueles que não correram tão bem. Dessa forma, estará a colaborar para a melhoria dos cuidados prestados neste contexto. Além disso, saiba que a pesquisa na qual está a participar pode contribuir para o avanço do conhecimento nesta área.

Quais são os custos por participar neste estudo?

Nenhum, nem haverá qualquer prejuízo caso não aceite participar neste estudo ou caso decida a qualquer momento desistir do mesmo.

Como será mantida a minha confidencialidade neste estudo?

Os registos serão confidenciais e consistirão em gravações, transcrições e notas detalhadas, que serão utilizadas caso a gravação falhe. Todo o material recolhido será eliminado após 12 meses, de acordo com o Regulamento de Proteção de Dados da União Europeia (2016/679), em vigor desde 25 de maio de 2018 em Portugal. Os participantes serão identificados por números de série, mantendo-se a identidade e os dados dos participantes apenas na posse da equipa de investigação. Os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum relatório ou publicação resultante deste estudo. A informação recolhida será analisada como parte deste estudo e poderá ser avaliada por pessoas ou entidades autorizadas pelo investigador, sempre de forma anonimizada. Além disso, será sujeita à revisão ética pela Comissão de Ética deste hospital e pelas Autoridades de Saúde.

A quem devo colocar questões sobre este estudo?

A investigadora poderá esclarecer qualquer dúvida que tenha através do email:
rittarocho@sapo.pt

APÊNDICE VI – Percepção dos EEESMO da perda gestacional – uma visão das áreas temáticas, categorias e subcategorias

Área temática (n)	Categoria (n)	Subcategoria (n)	Unidade de registo (n)	Entrevistas
FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL (26)	Formação sobre a Perda Gestacional (19)	Falta de Formação (5)	“Pouco, pouco. Não tenho memória, provavelmente um outro seminário que tivessem feito na altura da minha especialidade.” [relativamente à formação adquirida] – E1 “A teoria que dificilmente foi posta em prática.” [relativamente aos conhecimentos adquiridos durante a formação especializada] – E2 “(…) a nossa preparação torna-se um bocadinho pronto, acaba por ser um défice, da nossa formação.” – E8 “(…) é que há muito poucas formações sobre isso, são pouquíssimas as formações que existe sobre a perda gestacional. A gente fala em parto fisiológico, humanização do parto, mas perda gestacional não. Poderá até haver, mas não é assim (...) tão fácil de aceder a esse tipo de formações “ – E8 “(…) porque é o mesmo tendo formação sobre o processo fisiológico nós nunca temos formação sobre esta parte da abordagem psicológica aos casais.” – E10	E1, E2, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10
		Necessidade/ Importância de Formação (10)	“Sim é importante, é importante.” [quando questionada se sente necessidade de formação nesta área] – E1 “Sim, acho que era bom, acho que era importante termos um pouco uma formação específica sobre isso.” – E4 “(…) mas formação específica não, não tenho, mas se calhar era bastante importante.” – E4 “Sim, acho que sim, acho que todas deveríamos ter formação nessa área [perda gestacional]” – E5	

			“(…) sinto porque assim é sempre uma coisa...não é uma coisa que ocorre todos os dias, mas quando ocorre, há sempre dificuldades, há sempre barreiras e nós ficamos sempre nada é igual.” [sobre se sente necessidade de formação na área da perda gestacional] – E5 “Sinto.” [necessidade de formação na perda gestacional] – E6 “(…) mas eu acho que (...) eu, mesmo não tendo formação na área, pela experiência, pelo respeito que a situação merece, que eu acho que consigo estar à altura. Mas fazia-me bem a formação.” – E6 “A formação é sempre um complemento positivo. O conhecimento, como eu costumo dizer, não ocupa lugar, ficamos sempre mais enriquecidos” – E8 “É difícil fazer essa formação (...) porque assim recebemos muita informação a nível de ética, lidar com a morte, mas depois, sã na prática, de facto é que conseguimos lidar e aprender a lidar com isso.” – E9 “Muita, claro. Sim.” [se sente necessidade de formação] – E10	
		Estratégias para Colmatar a Falta de Formação (4)	“(…) vou tentando e tentando informar-me com pessoas que sabem mais. Neste caso, tive uma colega que foi fazer um uma formação, um congresso sobre o assunto e eu tentei informar-me, o que é que eu devo fazer aqui?” – E6 “Eu sou muito presente. Estou muito presente. Haaa faço tudo o que a pessoa me pedir.” – E6 “Eu sempre na minha vida profissional dentro da possibilidade e do meu conhecimento e do da informação que eu tenho e pôr-me no lugar do outro.” – E6 “(…) questiono sempre se posso ajudar em alguma coisa e dar algum conforto, sobretudo físico, quer na parte de alguma alimentação que pretendam, quer na parte de algum conforto em termos de salas de estrutura física do que eu puder fazer (...)” – E7	
	Protocolos e Procedimentos	Instituir Protocolos (2)	“Podemos instituir um protocolo (...) a gente pode protocolizar, mas a fazer isto um checklist não.” – E2 “Sim sim, sim, sim.” [instituição de protocolos] – E6	

	(7)	Uniformizar Procedimentos (3)	“Eu acho que devia haver uniformidade em procedimentos.” – E3 “(…) para mim havia de haver era procedimentos de maneira a sensibilizar as pessoas.” – E3 “(…) que deve haver na mesma protocolizada e vai da sensibilidade de cada um também.” – E3	E2, E3, E6, E7
		Cuidados Especializados (2)	“(…) com pessoal sensibilizado para a situação. Com alguma experiência, mas mais sensibilizado de que às vezes a experiência vale mais, mas saber a conduta que deve ter naquela altura.” – E6 “(…) Dentro do serviço de obstetrícia na mesma, com pessoas da área da competência (…)” – E7	
A PERDA GESTACIONAL E O EEESMO (20)	Significado da Perda Gestacional (4)	Inesperado (1)	“Morte fetal (pausa)...algo assim que a gente não espera encontrar, não é?” – E2	E2, E4, E5, E9
		Difícil (2)	“é assim uma pistola. É uma situação que é complicada de gerir, não é? Implica muitas emoções (….) quem está a segui-la e que naquele dia tem que estar com a parturiente e ajudá-la no processo da perda gestacional.” [sobre o que representa a morte fetal] – E5 “(…) a perda gestacional é um momento muito crítico para o casal e mesmo para nós profissionais, porque, também, geralmente trabalhamos com coisas positivas, não é?” – E9	
		Tristeza (1)	“(…) a morte fetal representa pelo menos uma situação muito (...) triste. Principalmente para o casal. – E4	
	Impacto Emocional (14)	Evento Traumático (2)	“(…) isto tudo pronto que é uma situação muito violenta mesmo e que só quando se passa por ela é que a gente consegue e são todas diferentes.” – E1 “É sempre uma coisa nova acho que até cada vez é mais violento, dependendo das situações, mas acho que cada vez é mais violento quando isso acontece.” – E1	E1, E2, E3, E4, E6, E7, E8
		Insegurança (3)	“E eu nunca sei se...estou a fazer o melhor.” – E6 “E eu tento fazer o meu melhor, mas muitas vezes tenho a noção que posso não estar à altura.” – E6 “Uma situação desagradável (pausa) que muitas vezes penso que posso não estar à altura.” [sobre o que representa a morte fetal] – E6	
		Frustração (3)	“(…) alguma incapacidade de não se conseguir prevenir este tipo de situações que acontecem muitas vezes e que, infelizmente vão continuar a acontecer.” – E7	

			“(…) mas dificilmente podemos resolver aquela situação. Não temos como resolver, não é?” – E8 “(…) aquilo que nós queremos é que que haja realmente esse choro vigoroso que é aquilo que nós estamos sempre à espera, não é?” – E8	
		Envolvimento Pessoal (4)	“(…) acabamos por vivenciar a situação e ter que dar a notícia é sempre, ninguém gosta de dar más notícias, não é?” – E4 “(…) para nós também um pouco porque acabamos por vivenciar a experiências, não é?” [perda gestacional] – E4 “(…) é sempre uma situação muito difícil de gerir porque sinto-me envolvida com eles e acabo também por ficar de alguma forma com sentimentos de tristeza e perda.” – E7 “(…) porque é muito difícil usar palavras (...) porque depois és especialista, mas depois também és mãe, ou também és profissional e pronto. (...) É muitas vezes difícil de distinguir essa parte.” – E8	
		Culpa (1)	“Acho que isso ainda a tragédia ainda maior porque aconteceu nas nossas mãos.” [relativamente à morte fetal ter ocorrido durante os cuidados prestados] – E3	
		Dificuldade em Aceitar (1)	“Penso que seja mais difícil de aceitar as de termo [perda gestacional], mas também tive situações de início de gravidez difíceis de aceitar.” – E2	
		Necessidade de Apoio Psicológico (2)	“Penso que, também, deveriam os próprios enfermeiros e médicos ter, também, se calhar algum tipo de acompanhamento. Nem que seja só no sentido de percebermos estratégias utilizadas e que estratégias poderíamos usar numa próxima vez (...)” – E7 “Não sei até que ponto é que as equipas também não deveriam ter uma consulta, também as equipas que ficaram sujeitas a este contacto e a este stress emocional (...)” – E7	E7
GESTÃO E ESTRATÉGIAS NA PRÁTICA CLÍNICA (51)	Dificuldades/Desafios (29)	Comunicação (15)	“É não ter palavras ou dar razões para o qual isso possa acontecer.” – E1 “É saber o que dizer...sobretudo isso. É saber o que dizer para confortar aquele, o estado dos casais, não é? Nunca é fácil (...)” – E2 “Não há palavras...que possam descrever...” – E2	E1, E2, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10

			“Logo na nossa área, gostamos imenso de dar boas notícias. Parece tudo bonito, tudo alegre. E depois, como estas situações são muito tristes e complicadas até para dar a notícia, claro.” – E4 “É, no fundo é comunicação, porque assim eu não sei tudo que a gente diga naquela hora nada parece que que fica bem, não é?” [dificuldades em prestar cuidados a estes casais] – E5 “(…) mas eu acho que tudo que a gente diz cai num saco roto parece que nada tem sentido e é quem está do outro lado, se calhar também não lhe faz sentido nenhum e nada alivia.” – E5 “É difícil perceber o que é que aquelas pessoas pensam, o que é que querem (…)” – E6 “As maiores dificuldades prendem-se com (…) o processo da comunicação da má notícia (…)” – E7 “Pronto, é a nível da comunicação.” [dificuldades] – E8 “(…) acho que é, muitas vezes é difícil nós conseguirmos, muitas vezes não temos palavras para isto, porque não acho que nada que aquilo que a gente vá dizer vá conseguir melhorar naquela situação.” – E8 “Muitas vezes temos aquela dificuldade de dizer nestas horas só dizer, estamos aqui para o que precisar e naquilo que puder ajudar estamos lá, mas nenhuma palavra que a gente vai dizer vai fazer com que o bebé o bebé tenha vida novamente, não é?” – E8 “É que tipo de palavras é que tu podes para amenizar a situação.” – E8 “O que dizer e como dizer as coisas.” [sobre quais são as maiores dificuldades ao lidar com a perda gestacional] – E9 “(…) mas também muito pelo medo de dizer as coisas erradas e que os pais fiquem com memória errada pelo aquilo que dizemos.” – E10	
--	--	--	---	--

			“Eu penso que é a mesma que toda a gente, encontrar as palavras, não é? É as palavras certas e no momento certo, essa a grande dificuldade (...)” – E10	
		Infraestruturas e Organização do Serviço (8)	“(…) devia ter, talvez porque ouvem sempre que seja na sala de parto ou que seja no internamento acaba sempre não há nenhuma sala com isolamento, não é? Se calhar havia de haver assim um sítio específico mais isolado para que elas pudessem (...)” – E4 “Gostaria de ver um espaço próprio para estas situações. Longe das outras situações boas, digamos assim. Nascimento com sucesso.” – E6 “(…) um serviço à parte, completamente num local à parte (...)” – E6 “(…) uma outra dificuldade que sinto no serviço de obstetrícia é o facto de estas senhoras ficarem numa sala de parto onde estão a decorrer outros trabalhos de partos. A sala deveria ser uma sala insonorizada.” – E7 “(…) mas o facto da sala não ser insonorizada acabam por assistir, ouvir um bocado dos outros nascimentos, e isso não deveria acontecer.” – E7 “(…) mas acho que se pudéssemos ter no pós-parto, estes casais integrados na mesma no serviço, mas numa ala diferente, onde pudessem ficar mais resguardados, acho que seria o ideal (...)” – E7. “Pronto aqui, às vezes aqui é complicado fazer gestão de camas. Nós não temos pronto.” – E8 “Para eles não estarem em contato com o puerpério cá em cima na ala de obstetrícia, mas também na sala de partos, tentarem tentar criar aqui algum isolamento físico para que eles não tenham, pelo menos, que lidar com esta com esta parte de ouvir os outros bebés a chorar, os outros CTG’s a trabalhar e os outros pais a falar.” – E10	
		Não saber o que fazer (5)	“(…) é mesmo eu não saber o que o que dar.” – E1 “É não ter mesmo basicamente nada, a não ser uma mão ou um abraço que às vezes nem é oportuno porque às vezes eles não querem sequer o apego físico.” – E1	

			“(…) eu tenho para saber como fazer bem, tinha que conhecer. Tenho que conhecer muito bem a pessoa ehhh, mas nem todas as pessoas são iguais. Tenho que adequar.” – E6 “Aparentemente eu já me apercebi que talvez a minha atitude deva ser perguntar. Mas eu em consciência, acho que não deve partir de mim a ideia. Acho que se ela quiser ver, ela deve-o eu dizer. Eu não devo induzir. É essa a minha ideia. Não sei se estou certa.” [sobre mostrar o bebê] – E6 “Portanto, não sabia muito bem como resolver esta situação (…) A mãe solicitou, mas eu neguei-me.” [sobre mostrar o bebê] – E9	
		Comportamento Inadequado de Outros Profissionais (1)	“E, por exemplo, o barulho exterior aaa a estas situações, incomoda-me muito estarem ali a rir-se, por exemplo, eles estão bem, porque eles estão fora do assunto. E não estão a fazer mal, mas a mim incomoda-me.” – E6	
	Estratégias para Gerir a Perda Gestacional (18)	Silêncio (3)	“A dor tem que ser respeitada, e então não é dizer “ahhh deixa lá tu aqui um ano estás cá” nem pensar. Nem pensar! É respeitar e é estar, não é, não está, não há outra forma.” – E3 “Acho que nestas situações às vezes o estar em silêncio é a melhor coisa.” – E5 “Muitas das vezes já não falando e criando silêncios e dando espaço aos pais para falar (…)” – E10	E1, E2, E3, E4, E5, E7, E9, E10
		Compaixão (2)	“As estratégias que utilizo é assim ir com compaixão acima de tudo, não é?” – E9 “(…) portanto, uma abordagem com compaixão, como nós trabalhamos na área da saúde materna e lidar com a com casais na amamentação, portanto, munir-me de toda esta bagagem que tenho de conselheira para fazer uma abordagem positiva dentro da situação em si que é negativa.” – E9	
		Promover o Luto Saudável (8)	“Mesmo aquelas que no início da gravidez querem, eles têm de fazer o luto de alguma maneira” [sobre mostrar o bebê após o parto/ expulsão] – E2 “E às vezes é ver e então em gravidezes já de termo...aquele bebê idealizado, eles têm, eles têm que fazer o luto de alguma maneira.” – E2	

			“E, pelo que eu sei, essa essa jovem, por exemplo, e lá está tendo em conta o processo de luto dizia que não queria ver o filho quando nascesse e não viu (já não foi comigo), não viu? E eu pessoalmente, é um direito dela.” – E3 “E eu acho que da maneira como ela reagiu e quis que toda a gente se comportasse como ela queria, aquela aquele, aquela família vai ter mais dificuldade de de fazer o luto. Isto é a minha opinião.” – E3 “No meu ponto de vista, o o ver poderá ser facilitador no processo de de luto” – E3 “(…) ver que heee vão ultrapassando, que vão vivenciando o luto de uma forma, digamos, que lhes permita continuar a vida, não ser um luto patológico, é muito importante, não é?” – E3 “(…) deviam ter oportunidade de fazerem haaa o luto (…)” – E7 “Melhor vivenciada dentro do possível para que consigam ultrapassar bem o luto (…)” – E7	
		Aprendizagens/ Partilha entre Pares (5)	“Eh ter ferramentas que às vezes evidentemente que não nos ocorrem nestas circunstâncias, mas se a gente for falando, lendo e vendo no momento que as coisas acontecem, as ferramentas estão ali e se a gente não souber que elas existem, também não sabe utilizá-las não.” – E1 “Aprender com a partilha...e com o...sobretudo nós como é que lidamos com estas situações e cada qual com a sua maneira de lidar e vai partilhar também com as outras pessoas também se calhar vão aprendendo algo.” – E2 “(…) podemos aprender uns com os outros.” – E2 “O que nós temos é o diário, não é? Lidar com o dia a dia que se vai adquirindo algumas se calhar capacidades (…)” – E4 “Sim, a partilha de conhecimentos e das situações que vão ocorrendo uns com os outros, também informação e muitas das vezes até os próprios casais nos ensinam, não é?” – E5	

	Renovação de Esperança (4)	Reencontrar os Casais em Partos Posteriores com RN vivo (3)	“É tenho já alguns casos de ter assistido partos de morte fetal. E vocês não imaginam o que é assistir, a posteriori, a partos dessas mesmas mães que já me calharam alguns. Então é uma coisa maravilhosa.” – E3 “É maravilhoso, porquê? Porque uh, o passar o processo, todo o processo que eles têm que passar do luto e a vontade e acima de tudo, a vontade de ainda vir ter connosco, porque há pessoas que têm todos os direitos de dizer assim “aconteceu ali eu não quero ir lá mais”, mas o aconteceu ali, mas eu confio nas pessoas que estão lá e e para nós também é compensador.” – E3 “(…) para mim é essa a mensagem é a Esperança.” – E3	E3, E4
		O Nascimento de Bebés Vivos (1)	“Com os outros nascimentos eu acho que é mesmo com os outros nascimentos dos bebés que nascem bem (risos).” [como ultrapassa essas dificuldades] – E4	