



escola superior de
enfermagem
de coimbra

VIII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**Morte fetal: a experiência do cuidar dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstétrica**

Sónia Patricia Dias Neves

Coimbra, Julho de 2023



escola superior de
enfermagem
de coimbra

VIII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**Morte fetal: a experiência do cuidar dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstétrica**

Sónia Patricia Dias Neves

Orientadora: Professora Doutora Ana Maria Poço dos Santos

Co-orientadora: Professora Cláudia Brás

Relatório apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Coimbra, Julho de 2023

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS BM – Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

APPT – Ameaça de Parto Pré-termo

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CHTV – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

CID – Classificação Internacional de Doenças

CPPP – Cursos de Preparação para o parto e Parentalidade

CRPP – Cursos de Recuperação pós-parto

CSSMB – Centro de Saúde de São Martinho do Bispo

DGS – Direção Geral da Saúde

DSMIA – Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEnfC – Escola Superior de enfermagem de Coimbra

HPV – Human PapilomaVirus

IMG – Interrupção Médica da Gravidez

INE – Instituto Nacional de Estatística

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

MBB – Maternidade Bissaya Barreto

MDDM – Maternidade Dr. Daniel de Matos

MMF – Medicina Materno Fetal

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OCDE – Organisation for Economic Co-operation and Development

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PG – Perda Gestacional

SP – Sala de Partos

SPOMMF – Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

PSANZ – Perinatal Society of Australia and New Zealand

RCT – Registo Cardiotocográfico

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

RPM – Rotura Prematura de Membranas

SP – Sala de Partos

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UICISA: E – Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

UIP – Unidade de Intervenção Precoce

ULS – Unidade Local de Saúde

UNFPA – United Nations Population Fund

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Fatores médicos associados a morte fetal..... 38

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 – Percepção e significado.....	50
Diagrama 2 – Práticas Profissionais.....	54
Diagrama 3 – Fatores condicionantes na assistência à mulher/casal/família.....	61
Diagrama 4 – Sugestões de melhoria da prática profissional.....	66

RESUMO

Problemática: Os enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica não estão habituados a lidar diariamente com a morte tratando-se de uma tarefa delicada, difícil e exigente. A escassez de estudos voltados para esta problemática revela a necessidade de desenvolver investigação e produção científica que permita identificar as dificuldades dos enfermeiros EESMO perante a morte de um feto e que promova o desenvolvimento de estratégias de intervenção que facilitem um processo de luto saudável.

Objetivo: Conhecer os significados atribuídos pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica perante a morte de um feto; conhecer as dificuldades sentidas pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica na assistência à mulher/casal/família no processo de luto e identificar estratégias que permitam aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica lidar com situações de morte fetal e com a gestão de sentimentos.

Metodologia: Investigação qualitativa do tipo descritivo-exploratório. Fizeram parte do estudo 35 enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica que responderam a um questionário *on-line* no âmbito da temática em estudo. Os dados recolhidos foram analisados de acordo com a análise de conteúdo proposta por Bardin.

Resultados: Da análise de conteúdo dos questionários, emergiram quatro áreas temáticas: Perceção e significado; Práticas profissionais; Fatores condicionantes na assistência à mulher/casal/família; e Sugestões de melhoria da prática profissional. Os dados obtidos mostraram franca envolvimento emocional por parte dos enfermeiros especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica numa situação de morte fetal, o que influencia as suas práticas e dificulta a abordagem podendo comprometer a vivência de um luto saudável por parte das famílias.

Conclusão: Os enfermeiros EESMO detém um papel fundamental junto destas mulheres/casais/famílias mas reconhecem a existência de limitações durante a sua intervenção. A formação em luto, o apoio psicológico especializado e maior partilha e reflexão em equipa identificadas pelos enfermeiros como estratégias que podem contribuir para a melhoria dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Práticas de enfermagem, morte fetal, luto perinatal, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

ABSTRACT

Problem: Specialist Nurses in Maternal and Obstetric Health Nursing are not used to dealing with death on a daily basis, as it is a delicate, difficult and demanding task. The scarcity of studies focused on this problem reveals the need to develop research and scientific production that allows identifying the difficulties of Specialist Nurses in Maternal and Obstetric Health Nursing in the face of the death of a fetus and that promotes the development of intervention strategies that facilitate a healthy grieving process.

Objective: To know the meanings attributed by Specialist Nurses in Maternal and Obstetric Health Nursing in the face of the death of a fetus; to know the difficulties experienced by Specialist Nurses in Maternal Health and Obstetric Nursing in assisting the woman/couple/family in the grieving process and to identify strategies that allow Specialist Nurses in Maternal Health and Obstetric Nursing to deal with situations of fetal death and with the management of feelings.

Methodology: Descriptive-exploratory qualitative investigation. The study included 35 specialist nurses in Maternal and Obstetric Health Nursing who answered an online questionnaire within the scope of the subject under study. The collected data were analyzed according to the content analysis proposed by Bardin.

Results: From the content analysis of the questionnaires, four thematic areas emerged: Perception and meaning; Professional practices; Conditioning factors in assisting the woman/couple/family; and Suggestions for improving professional practice. The data obtained showed frank emotional involvement on the part of the Specialist Nurses in Maternal and Obstetrical Health Nursing in a situation of fetal death, which influences their practices and makes the approach difficult, possibly compromising the experience of a healthy mourning on the part of the families.

Conclusion: Specialist Nurses in Maternal and Obstetrical Health Nursing play a fundamental role with these women/couples/families, but recognize the existence of limitations during their intervention. Bereavement training, specialized psychological support and greater team sharing and reflection identified by nurses as strategies that can contribute to improving the care provided.

Keywords: Nursing practices, fetal death, perinatal grief, Specialist Nurses in Maternal and Obstetrical Health Nursing, midwife.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	
1. DESCRIÇÃO DA COMPONENTE DE ESTÁGIO	17
1.1 ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE....	17
1.2 ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA MATERNIDADE...	19
1.3 ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	21
1.4 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	24
PARTE II - COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	
2. DESCRIÇÃO DA COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO.....	37
2.1 MORTE FETAL: CONCEITO E FATORES ETIOLÓGICOS.....	37
2.2 PERDA E LUTO PERINATAL.....	39
2.3 O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA E O LUTO PERINATAL COMO PROCESSO DE TRANSIÇÃO.....	43
2.3 DESENHO DO ESTUDO.....	47
2.4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	49
2.5 SÍNTESE CONCLUSIVA.....	68
CONCLUSÃO.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77

ANEXOS

ANEXO I - Parecer Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

APÊNDICES

APÊNDICE I – GUIÃO DA ENTREVISTA

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se na Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 2º ano do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, como resposta à obtenção do grau de Mestre e explanando a análise crítica das aprendizagens e atividades desenvolvidas e que contribuíram para o desenvolvimento das competências/unidades de competência comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO).

Este trabalho não surge isolado, surge como o momento final de um processo para a concretização dos pressupostos para o exercício das competências do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, fazendo uma reflexão pessoal e uma avaliação crítica de todo o percurso formativo durante os estágios, as estratégias desenvolvidas e as metas atingidas.

Além disso, consiste também no desenvolvimento de um estudo de investigação. Este foi delineado no decurso dos estágios cujo objetivo é dar resposta a um problema real, sentido nos diferentes contextos da prática clínica. O tema do estudo reflete a área de interesse e de investimento académico e profissional da investigadora responsável e intitula-se de “Morte fetal: a experiência do cuidar dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”.

A morte de um filho tem um grande impacto na vida do casal do ponto de vista pessoal, conjugal, familiar e social. Em todo o mundo são registados cerca de 2,6 milhões de mortes no período perinatal, acarretando sentimentos de tristeza e aflição, não só para os pais e familiares como também para os profissionais de saúde (Lari et al., 2018).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) terá um papel fundamental na assistência, apoio e suporte às mulheres/casais/famílias que vivenciam a experiência da perda de um filho no entanto, coloca-se a seguinte questão de investigação: Como é que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica cuidam das mulheres/casais/famílias numa situação de morte fetal?

Foi desenvolvido um estudo de investigação de carácter qualitativo, inserido numa metodologia descritiva, afim de compreender as experiências únicas e individuais dos EEESMO, enquanto prestadores de cuidados às mulheres/casais e famílias que vivenciam uma situação de morte fetal.

A obtenção dos dados do presente estudo, foi conseguida através da aplicação de um questionário via *on-line* com recurso à plataforma *Google Docs* e partilhado em vários grupos das redes sociais que incluem apenas enfermeiros EESMO: *Rede ESMO; APEO Portugal; Enfermagem – a causa maior na construção da enfermagem de Saúde Materna*, entre 20 de Outubro de 2020 e 20 de Fevereiro de 2021. Tratando-se de um estudo de natureza qualitativa, foi realizada a análise de conteúdo de acordo com o modelo proposto por Bardin.

O documento está estruturado em duas partes. A parte I corresponde à componente de estágio na qual se pretende dar a conhecer os contextos dos estágios realizados; e a análise reflexiva sobre o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro Especialista e das competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A parte II diz respeito à componente de investigação e é constituída por 4 subcapítulos capítulos: o primeiro integra a contextualização teórica da temática; o segundo descreve o desenho do estudo; o terceiro corresponde à análise e discussão dos resultados e o quarto e último subcapítulo espelha as principais conclusões do estudo. Por fim é apresentada a conclusão de todo o trabalho desenvolvido seguida de todas as referências bibliográficas que lhe deram suporte.

PARTE I - COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. DESCRIÇÃO DA COMPONENTE DE ESTÁGIO

A componente prática surge como o culminar de todo o conhecimento teórico adquirido no primeiro ano deste mestrado onde foi possível crescer a nível pessoal e profissional. Os estágios foram divididos em 2 blocos distintos. O primeiro correspondeu ao *Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade* e o segundo estágio enquadra-se no *Estágio de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Maternidade*. Os diferentes contextos de estágios permitiram ter diferentes experiências e oportunidades de aprendizagem que serviram de base para o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista e das competências comuns do enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Ao longo desta primeira parte será realizada a contextualização da prática clínica e descrição dos serviços onde desenvolvi os estágios, refletindo posteriormente sobre o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do EESMO.

1.1 ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE

O Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade foi realizado na UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade) do Centro de Saúde de São Martinho do Bispo (CSSMB) e na Unidade de Intervenção Precoce (UIP) da Maternidade Bissaya Barreto (MBB) com início a 25 de Março e término a 5 de Julho de 2019, perfazendo um total de 14 semanas e 358 horas.

A UCC do Centro de Saúde de São Martinho do Bispo é uma unidade pertencente à Administração Regional do Centro e insere-se no Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego (ACeS BM). Abrange a União de Freguesias Taveiro, Ameal e Arzila e a União de Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades.

Esta unidade tem como **missão** a prestação de cuidados de saúde e apoio social a nível domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco, dependência física, funcional ou em situação de doença que necessitem de um acompanhamento mais próximo. Além disso, atua ainda na educação para a saúde e na integração das redes de apoio à família, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados

prestados à população na sua área de abrangência. Relativamente à **visão**, procura ser uma unidade de referência para a população abrangida pelos seus cuidados desenvolvendo um trabalho com e para a comunidade. Os **valores** que regem esta unidade assentam na cooperação e articulação com as unidades funcionais; a solidariedade e trabalho de equipa; a responsabilização; a autonomia baseada na auto-organização funcional e técnica; a continuidade dos cuidados e orientação dos utentes para outros profissionais de saúde; a parceria com estruturas da comunidade; a excelência no atendimento e a avaliação contínua.

A UCC de São Martinho do Bispo é constituída por uma equipa multiprofissional empenhada na promoção da qualidade de vida da população, através do desenvolvimento de projetos e atividades relacionados com os Programas Nacionais de Saúde, de acordo com as necessidades da população da sua área de abrangência. No âmbito da Saúde Materna e Obstétrica estão incluídos o Projeto de Preparação para o Parto e Parentalidade, o Projeto de Recuperação Pós-Parto e a Saúde Escolar. Está integrada no CSSMB em parceria com as outras unidades que o constituem - a USF (Unidade de Saúde Familiar) e a UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados), que servem muitas vezes de unidades de referência dos utentes para os projetos da UCC.

A maternidade Bissaya Barreto constitui uma das unidades estruturais do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). A maternidade Bissaya Barreto, tal como a maternidade Dr. Daniel de Matos (MDDM), integram a Rede de Referência Materno-Infantil, constituindo, simultaneamente, hospitais de apoio perinatal para os centros de saúde da área geográfica correspondente e hospitais de apoio perinatal diferenciado. Articulam-se, em termos de referência, com os estabelecimentos de cuidados de saúde primários que integram toda a Região Centro do país.

Esta unidade segue os princípios éticos orientadores do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Tem como **missão** a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação às mulheres da sua área de abrangência e às de proveniência regional e nacional, em articulação com as restantes unidades prestadoras de cuidados de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde; a prestação de cuidados de saúde, ao abrigo de obrigações decorrentes de acordos internacionais e de redes de referência europeias; a formação de profissionais de saúde, o ensino pré-graduado e pós-graduado e a investigação designadamente de natureza translacional e clínica; e a integração de redes e consórcios académicos clínicos nacionais ou internacionais. A **visão** da instituição pauta-se pela busca dos mais elevados

padrões de diferenciação clínica, técnica e científica, qualidade e segurança, promovendo o conhecimento e a inovação, assumindo-se como uma referência a nível nacional e internacional nas várias áreas da prestação de cuidados, nomeadamente na área da saúde materna, saúde infantil e saúde da mulher. A instituição tem como principais **valores** de referência a dignidade humana; o respeito pela pessoa humana e pelos princípios bioéticos e de deontologia profissional; a honestidade, a integridade, o humanismo, a equidade e a justiça. Os **princípios orientadores** baseiam-se na prática multidisciplinar e multiprofissional centrada na mulher, no acesso aos cuidados de saúde e na valorização dos seus profissionais, permitindo uma abordagem diagnóstica e terapêutica integrada, no acesso aos cuidados de saúde e ao seu tratamento; a eficácia e a eficiência; a orientação para resultados e a sua avaliação; a responsabilidade social e a valorização de práticas ecologicamente sustentáveis; o rigor, a cultura do mérito, da competência técnica e científica e o espírito de equipa; e a legalidade, a transparência e a proporcionalidade.

A MBB integra vários serviços, nomeadamente a urgência obstétrica e ginecológica, a sala de partos, o serviço de Medicina Materno-fetal, o puerpério, a Neonatologia e as consultas externas. As consultas externas incluem consultas de planeamento familiar, consultas de vigilância obstétrica, consultas de orientação e apoio na Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), consultas de patologia ginecológica e urinária e consultas de intervenção precoce. Na unidade de intervenção precoce são acompanhadas grávidas de médio e alto risco, com risco psicossocial, grávidas adolescentes, toxicodependentes ou com algum tipo de infeção viral.

O estágio na maternidade decorreu na maternidade Dr. Daniel de Matos (MDDM) e no serviço de obstétrica do Centro Hospitalar Tondela- Viseu (CHTV) como irei descrever seguidamente.

1.2 ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA MATERNIDADE

O Estágio de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Maternidade decorreu no serviço de Medicina Materno Fetal (MMF) da Maternidade Dr. Daniel de Matos (MDD) de 1 a 20 de Outubro de 2019, perfazendo um total de 3 semanas e 140 horas, durante o qual tive oportunidade de passar pelo serviço de urgência. E posteriormente no serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV), com início a 21 de Outubro de 2019 e términos a 22 de Fevereiro de 2020, perfazendo um total de 16 semanas e 448 horas, durante o qual me foi dada a possibilidade de passar pelo serviço de puerpério.

A maternidade Dr. Daniel de Matos, tal como já foi referido anteriormente, constituiu uma unidade do CHUC obedecendo aos princípios éticos desta instituição igualmente já citados. O serviço de MMF tem como objetivo proporcionar assistência multidisciplinar a todas as situações com patologia associada ou coexistente com a gravidez e em situações de abortamento, Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) ou Interrupção Médica da Gravidez (IMG). A determinação de uma gravidez de risco refere-se a uma série de fatores relacionados com as características individuais (idade, peso, consumo de substâncias nocivas para a saúde, riscos ocupacionais/laborais); a história reprodutiva anterior (parto pré-termo anterior; abortamento anterior; cirurgia uterina anterior; restrição de crescimento fetal anterior) e as condições clínicas pré-existentes (hipertensão arterial; cardiopatias; endocrinopatias; doenças auto-imunes). No entanto, o maior risco está relacionado com as doenças obstétricas que surgem na gravidez atual (ameaça de trabalho de parto prematuro ou gravidez prolongada; pré-eclâmpsia ou eclâmpsia; diabetes gestacional; hemorragias na gestação; insuficiência istmo-cervical), aumentando o risco de comprometimento do bem-estar materno-fetal.

O Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE (CHTV) situado no centro de Viseu, assume-se como a unidade de saúde de referência no âmbito dos cuidados diferenciados, de toda a Região Interior Centro do país, incluindo o ACeS Dão-Lafões, três concelhos do ACeS Douro-Sul e toda a Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda, apoiando ainda o Centro Hospitalar da Cova da Beira como referência secundária.

O CHTV tem por **missão** a prestação de serviços e cuidados de saúde assentes na excelência, qualidade, humanização e na capacidade de resposta em tempo útil face às necessidades da pessoa; o desenvolvimento de atividades e projetos de promoção da saúde, de prevenção e de reabilitação física e social quer seja por sua iniciativa, ou em colaboração com outras entidades públicas, de solidariedade social ou associativas; o ensino pré e pós graduado, médico, de enfermagem e de outros técnicos, a cultura da formação considerada necessária à valorização e motivação dos seus profissionais, bem como a investigação e o desenvolvimento científico, em todas as áreas da saúde. Os seus **valores** são a prossecução do interesse público, encarando a pessoa como o seu principal foco; a isenção e imparcialidade; a integridade, competência e responsabilidade; a qualidade; e a racionalidade económica na afetação e utilização dos recursos. Os **princípios** que norteiam a atuação da instituição centram-se na pessoa e na promoção da saúde na comunidade, assegurando uma assistência adequada e atempada; na otimização dos recursos alocados à produção; na simplificação e otimização de processos, através da promoção de uma cultura do conhecimento; no reforço de uma gestão efetiva e de

responsabilização pelos meios e pelos resultados, apontando à coesão, excelência técnica e cultura de mérito; e no desenvolvimento de uma política global de qualidade, através de uma postura e prática respeitando os valores éticos.

O CHTV é classificado como um Hospital Central e integra 35 especialidades médicas das quais a especialidade de Obstetrícia. O serviço de Obstetrícia do CHTV inclui o serviço de urgência, a unidade de Medicina Fetal e a sala de partos. As grávidas podem usufruir de todos os cuidados de saúde de que necessitam, para si e para os seus bebés desde a vigilância da gravidez e preparação para o nascimento até ao parto, cuidados neonatais e pós-parto havendo articulação com a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), com o serviço de puerpério e com o serviço de Patologia Obstétrica. Trata-se portanto de um serviço constituído por uma equipa multidisciplinar bastante competente que presta cuidados de excelência às famílias e aos seus bebés. Um local onde se privilegia a participação dos pais durante o parto de uma forma muito gratificante, num ambiente que garante condições de conforto, privacidade e segurança.

As experiências vividas nos diferentes contextos de estágio e as oportunidades de aprendizagem alcançadas contribuíram positivamente para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista e para aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, que serão descritas de seguida.

1.3 ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os cuidados de Enfermagem assumem uma importância e uma exigência técnica e científica cada vez maior, sendo a diferenciação e a especialização fundamentais para a prestação de cuidados.

De acordo com Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, “o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p. 4744, 2019), e determina as seguintes competências: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Ao longo dos estágios assumi uma postura responsável e profissional em cada momento e perante cada situação, de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão,

atendendo aos direitos da pessoa e assumindo responsabilidade profissional durante a prática clínica.

A promoção do bem-estar materno fetal foi sem dúvida um foco da minha atenção, procurando promover a presença da pessoa significativa durante o internamento, privilegiando a privacidade e os desejos da mulher/casal/família. A prestação de cuidados baseada em princípios como a dignidade, respeito e direito à informação, ao consentimento livre e esclarecido e a presença da pessoa significativa durante o processo de gravidez e o trabalho de parto são fatores que influenciam a redução do número de partos por via vaginal, não instrumentados, e a diminuição do tempo de trabalho de parto (International Council of Midwives, 2021). A qualidade da assistência prestada a estas mulheres terá também repercussões a nível social, psicológico, corporal e na relação do próprio casal.

Compete ao enfermeiro especialista gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade. Como tal, foi-me proposto durante o estágio na UCC do CSSMB, a realização de uma auditoria interna aos registos de enfermagem permitindo desta forma a análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, procurando estratégias de melhoria. A auditoria constitui uma forma de detetar erros, falhas, problemas e dificuldades, mas também procurar indicar sugestões e soluções, assumindo portanto, um papel educacional. A avaliação dos registos adequados de enfermagem constitui um indicador importante para a concretização de programas e normatizações, devendo assim ser realizados segundo alguns critérios. A ausência dessas determinantes nos processos individuais dos utentes, revelam uma não-conformidade comprometendo a avaliação da UCC. Neste sentido, colaborei na elaboração de um documento que serviu de suporte para a realização da auditoria interna, delineando as suas etapas e os seus objetivos. Os resultados encontrados foram posteriormente apresentados à equipa de enfermagem a fim de demonstrar as lacunas encontradas e incentivar à mudança e à melhoria. Foi uma experiência completamente nova para mim mas que me proporcionou bases para o desenvolvimento de trabalhos futuros desta natureza.

Ainda no domínio da melhoria contínua da qualidade, durante o estágio realizado no serviço MMF da Maternidade Dr. Daniel de Matos, colaborei no desenvolvimento de um guia orientador da prática do enfermeiro EESMO cujo objetivo era determinar as intervenções associadas às unidades de competência do EESMO. Estas iriam servir de proposta para a atualização das intervenções registadas no *software* informático utilizado no serviço (SCLínico) afim de uniformizar procedimentos, registos clínicos e garantir a continuidade dos cuidados.

A gestão dos cuidados prestados foi sendo desenvolvido através da preocupação crescente em melhorar o meu desempenho profissional na abordagem às mulheres, nas atividades desenvolvidas e na avaliação das grávidas e mães face às suas preocupações e dúvidas, melhorando gradualmente a minha capacidade de reconhecer sinais de alerta, a necessidade de intervenção a nível físico, psicológico ou social, as situações de emergência e os cuidados inerentes.

Na continuidade de resposta a este domínio, o enfermeiro especialista, na gestão de cuidados, deverá também adequar os recursos humanos, materiais, instalações e equipamentos face às situações e contexto (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019). A escassez de recursos humanos é um tema bastante atual nos diversos serviços e uma realidade vivenciada nos ensinamentos clínicos apesar da existência de uma Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem definida pela Ordem dos Enfermeiros através do Regulamento n.º 743/2019. Também de acordo com as Normas para Unidades de Cuidados na Maternidade criadas pela European Midwives Association e traduzido para a versão portuguesa pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO), deverá existir um *“rácio de 1-para-1 (uma mulher para cada EESMO) e uma presença contínua durante o trabalho de parto e parto”* (p.17, 2020). Contudo os locais de estágio com os quais contatei tal não se verificava, tornando muitas vezes difícil a gestão de recursos humanos. A liderança deve por isso ser imperativa e estar ao nível das exigências individuais de toda a equipa bem como das políticas de cada serviço e da própria instituição. Relativamente à gestão dos recursos humanos e materiais, procurei desenvolver esta competência junto dos enfermeiros coordenadores procurando conhecer as estratégias utilizadas perante cada situação e os recursos materiais disponíveis e a sua reposição.

As intervenções no domínio da gestão de cuidados contribuem para a qualidade do ambiente de cuidados, para as práticas dos enfermeiros e para a qualidade do processo de cuidados (Potra, 2015).

Apesar de muitas das intervenções levadas a cabo pelo EEESMO serem interdependentes, são requeridas competências no juízo clínico e na destreza, bem como no conhecimento científico e na dimensão interpessoal e educacional. O desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi consolidado através de pesquisa bibliográfica sobre técnicas e procedimentos inerentes aos cuidados prestados pelo EEESMO, através do conhecimento de protocolos existentes nos serviços (sobre a indução do trabalho de parto; a maturação fetal; situações de pré-eclampsia) bem como pelo esclarecimento e partilha junto de outros profissionais de saúde. Só assim foi

possível uma reflexão sobre as questões pertinentes para uma intervenção adequada e segura, além de um crescimento a nível pessoal e profissional.

Também a evidência internacional fez parte da minha tomada de decisão e contribuiu para o desenvolvimento da minha prática clínica nomeadamente o relatório elaborado pelo United Nations Population Fund (UNFPA), o International Council of Midwives, a organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Novametrics: The State of the World's Midwifery (SoWMy) 2021.

A Estratégia Global para a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (2016-2030) lançada em 2015 pela Organização Mundial de Saúde, definiu objetivos fulcrais com vista a melhorar a saúde da mulher, em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS): Sobrevivência (acabar com mortes evitáveis); Prosperidade (promover saúde e bem-estar); e Transformação (expandir ambientes facilitadores). Os EESMO detêm competências específicas fundamentais para o alcance desses objetivos, na defesa e assistência adequada à mulher.

No ponto seguinte será feita uma análise do meu percurso enquanto EESMO durante os estágios de acordo com as competências específicas determinadas pela OE.

1.4 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Este capítulo tem como objetivo efetuar uma reflexão de todas as competências desenvolvidas ao longo dos estágios de acordo com o *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* definidas pela Ordem dos Enfermeiros em 2019:

- a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré -natal;
- c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós -natal;
- e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;

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

Os diferentes contextos de estágio permitiram a utilização de conhecimentos e técnicas mais adequadas à prática da enfermagem especializada contribuindo para num crescimento contínuo, para uma autonomia progressiva e aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica que serão descritas seguidamente.

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

Ao longo dos estágios tive oportunidade de participar em consultas de planeamento familiar onde informei e esclareci as mulheres sobre tipos, etiologia, vias de transmissão, sinais de alerta e medidas preventivas de Infeções Sexualmente Transmissíveis e alertei para a importância da realização de rastreios neste âmbito. Informei acerca dos vários métodos contraceptivos, vantagens, desvantagens e a sua importância promovendo a participação na sua própria saúde e responsabilização das suas escolhas. Os cuidados prestados tiveram por base as Orientações Clínicas da Direção Geral da Saúde (DGS): saúde reprodutiva/planeamento familiar (2008); a Circular Normativa da DGS n.º 7 DSMIA de 28 de novembro (2005) e a Circular Normativa da DGS nº2 DSMIA de 16 de janeiro (2006), relativa ao boletim de saúde reprodutiva/planeamento familiar.

No aconselhamento contraceptivo foram tidas em conta as orientações emanadas pelo National Institute for Health and care Excellence (2016) e a Lei n.º 120/99, de 11 de Agosto, onde reforça o direito a gratuitidade dos contraceptivos. Atualmente encontra-se também disponível o Consenso sobre contraceção (2020) que mostra ser uma ferramenta útil na intervenção do EEESMO nesta área.

Percebe-se que a maior parte das mulheres utiliza a pílula como método contraceptivo de eleição, no entanto começa a verificar-se uma mudança, onde os dispositivos contraceptivos de longa duração e a utilização do anel vaginal começam a ganhar maior afirmação. Neste contexto tive oportunidade de observar e colaborar na colocação de 2 dispositivos intrauterinos.

Observei a realização de citologias e ensinei e instruí sobre o auto-exame da mama. As mulheres têm um maior conhecimento acerca dos rastreios e na vigilância da sua saúde, no entanto existe

alguma dificuldade na realização do auto-exame da mama, nomeadamente quando e como fazer.

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

Durante as consultas de vigilância da gravidez promovi a saúde da mulher grávida nos diferentes trimestres, não só durante o desenvolvimento normal da gravidez mas também em situações de risco que incluem patologias específicas da gravidez nomeadamente doenças hipertensivas, diabetes gestacional, rotura prematura de membranas (RPM), ameaças de parto pré-termo (APPT) e incompatibilidade do sistema Rh e ABO. No processo de vigilância da gravidez avaliei o bem-estar materno-fetal através da realização do Registo Cardiotocográfico (RCT), das manobras de Leopold, do toque vaginal e observação dos genitais externos.

Prestei cuidados a mulheres em situação de aborto retido, interrupção médica da gravidez (IMG) e casos de interrupção voluntária da gravidez (IVG). A existência de uma consulta destinada a estas situações fez-me perceber a importância dos EEESMO durante todo o processo nomeadamente na aplicação da Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril, na orientação e administração terapêutica, na vigilância pós-aborto e na orientação contraceptiva.

De acordo com o Artigo 142.º do código Penal da Lei nº 16/2007 de 17 de Abril referente à «Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez», a interrupção da médica da gravidez, pode ser realizada em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, em situações em que haja seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, devendo ser realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, salvo as situações de fetos inviáveis, em que a interrupção poderá ser praticada a qualquer momento.

Nas situações em que a interrupção médica de gravidez ocorre após as 21 semanas de gestação, a indução da morte fetal (feticídio) deve ser realizada como adjuvante do tratamento, de modo a evitar que o feto nasça vivo. Pude observar este procedimento que sem dúvida me marcou e que destacou a importância e o papel do EEESMO. São situações que acarretam emoções e vivências diferentes implicando intervenções específicas e individuais, e como tal informei as utentes sobre todo o processo, nomeadamente para os possíveis efeitos adversos da terapêutica utilizada e sinais de alerta e promovi o controlo da dor através de estratégias farmacológicas e não farmacológicas.

É fundamental o estabelecimento de uma relação de ajuda para com estas mulheres/casais que facilite todo este processo de luto, capacitando para a tomada de decisão no que respeita ao autocuidado, autoestima e conforto, com reflexo na autoconfiança, autorrealização e união do casal. Devemos, assim, disponibilizar apoio psicológico e conhecer as etapas do processo de luto procurando prestar cuidados humanizados assentes nas necessidades físicas, psicológicas e espirituais de cada mulher/casal. A aquisição de competências na área da comunicação e da relação com o outro será primordial no cuidado as famílias que passam pela experiência de perder um filho. A formação específica em luto perinatal deverá ser a chave que permitirá aos EEESMO gerir de forma construtiva o apoio que pode ser dado aos casais.

Tive oportunidade de dinamizar as atividades teóricas e práticas durante as sessões de preparação para o parto e parentalidade, realizando diferentes sessões de esclarecimento sobre temas pertinentes (amamentação, trabalho de parto, cuidados ao recém-nascido...) e a realização de exercícios respiratórios, alongamentos, exercícios de *Kegel*, exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, básculas e relaxamento guiado. Foi ainda possível desenvolver conhecimentos no âmbito da prevenção e controlo da dor do parto, bem como no esclarecimento de dúvidas e orientação para o plano individual de parto. A minha participação nas referidas sessões teve por base nas orientações implementadas na própria UCC onde desenvolvi o estágio clínico. Contudo, em 2020 é publicado o manual para 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 pela DGS que entendo ser uma mais-valia para a uniformização de cuidados nesta área.

Planei, desenvolvi e implementei uma sessão prática baseada na técnica do Rebozo. Um recurso simples, natural e não invasivo para o alívio da dor e para o relaxamento que mostrou ser uma experiência muito interessante, com um *feed-back* bastante positivo por parte das grávidas. Além disso permite o estabelecimento de uma relação de empatia e aproximação do EEESMO com a grávida, importante no processo de cuidar. Esta técnica ser utilizada não só durante a gravidez: oferecendo relaxamento, alívio, conforto e bem-estar; durante o trabalho de parto: ajudando a mulher a lidar com as contrações; ou no pós-parto: usada como forma de encerrar este período, oferecendo tranquilidade e paz, necessários nos primeiros dias de amamentação.

Desenvolvi também um plano de ação de educação para a saúde dirigido às grávidas do primeiro e segundo trimestre cujo objetivo era promover um estilo de vida saudável e reduzir o risco de complicações durante a gravidez.

As consultas de vigilância pré-natal revelaram ter um papel fundamental no aumento da literacia das mulheres em relação à sua saúde sexual e reprodutiva, no conhecimento de fatores de risco materno, na monitorização da gravidez e no desenvolvimento de intervenções que promovem o bem estar-materno fetal mas também na prevenção de possíveis complicações.

A passagem pelo serviço de urgência obstétrica na MDDM ajudou-me a perceber que a maioria das queixas das grávidas que recorre a este serviço incidem sobre a falta de conhecimento sobre o padrão normal da gravidez, estando muitas vezes relacionadas com medo e ansiedade. Torna-se por isso fundamental tranquilizar as mães e pais, e esclarecê-los sobre as principais adaptações bioquímicas, fisiológicas e anatómicas, atribuídas às hormonas da gravidez e às pressões mecânicas produzidas pelo aumento do útero e de outros tecidos que podem causar desconforto. Mas esta experiência levou-me a refletir sobre uma questão, o que que falha na vigilância e acompanhamento destas mulheres? Acredito que haja um esforço de todos os profissionais de saúde e em especial dos enfermeiros que acompanham estas mulheres nas consultas de vigilância das unidades de cuidados de saúde primários e das consultas de vigilância pré-natal nas maternidades no sentido de educar e instruir as grávidas. No entanto, todos nós sabemos que é difícil disponibilizar do tempo necessário e adequado. A assistência de saúde pré-natal procura sobretudo, avaliar a saúde da mulher e do feto e seu desenvolvimento, identificando os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez. No entanto, também deveria ser um momento para discussão sobre as expectativas relacionadas com a maternidade, sentimentos experienciados durante a gravidez e as preocupações decorrentes da mesma. Neste sentido, deveriam haver mudanças no nosso sistema nacional de saúde, passando pelas unidades de cuidados de saúde primários onde não se verificam EESMO nas USF (Unidades de Saúde Familiar) e UCSP's (Unidades de Cuidados de Saúde Especializados) que deveriam "ser ajustadas ou em alternativa, estar 4 dotadas de EESMO para assegurarem os cuidados nas suas áreas próprias" (Parecer n.º 21/ 2017 da OE). Também o rácio enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica/grávida nas consultas de vigilância pré-natal efetuadas nas maternidades deveria ser melhorado, de forma a dar resposta adequada às necessidades específicas de pais e mães.

c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

Durante os cuidados de enfermagem prestados na sala de partos (SP) procurei proporcionar à mulher/casal/família uma assistência humanizada baseada numa relação terapêutica de apoio

e aconselhamento, procurando sempre proporcionar uma experiência positiva de parto tendo por base as recomendações da OMS emanadas e atualizadas em 2018.

O Plano de Parto pretende registar as preferências da grávida e/ou do casal relativamente ao trabalho de parto, *“constituindo uma forma de sedimentar conhecimentos acerca do processo do parto e, através disso, promover a autonomia da parturiente nas várias fases do mesmo, tal como expressar o seu consentimento para os atos clínicos de forma mais informada e esclarecida”* (DGS, 2020, p.14). Durante os ensinamentos clínicos nenhuma das parturientes manifestou ter um plano de parto escrito. Apesar disso, toda a assistência foi centrada na grávida/casal atendendo às suas preferências e às suas necessidades de uma forma holística, apoiando a tomada de decisão e a adaptação ao processo de transição para a parentalidade.

Planeei, implementei e avaliei intervenções no âmbito do controlo da dor e reconheci e elogiei os esforços da parturiente. Para o alívio do desconforto durante o trabalho de parto, foram executadas intervenções não farmacológicas e/ou farmacológicas. Além da respiração adequada, também foi minha preocupação incentivar as grávidas à liberdade de movimentos, ao uso da bola de pilates e/ou ao banho quente de chuveiro promovendo sempre quando possível a participação do companheiro/pai, nomeadamente na realização de massagem, no toque e no apoio e tranquilidade da grávida. Vários organismos internacionais recomendam a liberdade de movimentos, incentivando a mulher a adotar posições verticalizadas no 1º estágio do TP, pois facilitam os mecanismos de encravamento e de descida fetal, permitindo o relaxamento do períneo e a deslocação dos ossos sacroilíacos aumentando os diâmetros dos estreitos da bacia (Ferrão & Zagão, 2017). A ação da gravidade origina contrações mais eficazes, tornando-se o 1º estágio do TP mais curto, e conseqüentemente uma melhor tolerância à dor por parte da parturiente, reduzindo a necessidade de analgesia.

Para o controlo da dor pelo método farmacológico, utilizei a via endovenosa e sempre que possível a via epidural, tendo oportunidade de cooperar com a equipa de anestesia na colocação do cateter epidural e gerir a analgesia por esta via.

Avaliei a progressão do trabalho de parto e garanti sempre o bem-estar materno-fetal. Tive oportunidade de realizar vários partos eutócicos mas também tive a experiência de colaborar na realização de partos distócicos. A ausência de progressão fetal, a incompatibilidade feto-pélvica, o sofrimento fetal agudo manifestado por registos cardiotocográficos não tranquilizadores (fraca variabilidade, bradicardia e taquicardia fetal, desacelerações prolongadas) foram motivo para a realização de partos intervencionados (com ventosa, fórceps

ou cesarianas de urgência) pelo que, preparei física e psicologicamente a parturiente/casal para a iminência de um parto distócico, assegurando um ambiente calmo e seguro.

A cardiocotografia constitui-se uma das ferramentas mais utilizadas e privilegiadas para aceder à monitorização do bem-estar fetal e à contratilidade uterina das grávidas. As habilidades na interpretação de traçados de cardiocotografia foram desenvolvidas através da sua observação e análise e do permanente recurso às bases teóricas, uma vez que uma correta avaliação se reveste de alguma complexidade. O esclarecimento de dúvidas junto da equipa de enfermagem, relativamente aos traçados que me suscitavam algumas dúvidas, foi uma mais-valia para a minha prática.

Para monitorizar a progressão do trabalho de parto, tive oportunidade de realizar várias observações ginecológicas, no sentido de avaliar e interpretar a cervicometria (posição, consistência e dilatação do colo), o grau de descida da apresentação fetal e a sua variedade além de avaliar a integridade das membranas. As maiores dificuldades foram sentidas na avaliação da variedade fetal contudo, foram sendo ultrapassadas com o decorrer do estágio à medida que ia realizando o maior número de avaliações.

A execução do parto eutócico representou momentos de grande responsabilidade e emoção, constituindo cada um deles uma experiência única. Durante o coroamento foi sempre primordial a proteção do períneo (manobra de Ritgen) evitando desta forma a laceração e traumatismo dos tecidos. Avaliar a necessidade de episiotomia foi uma competência que adquiri progressivamente, à medida que me fui sentindo mais segura. A episiorrafia e a correção das lacerações foi uma técnica melhorada a cada momento, quer na identificação e reconstrução dos diferentes planos estruturais, quer na preservação da funcionalidade sexual destas mulheres. No entanto, o contributo das enfermeiras orientadoras foi imprescindível para que passo a passo me fosse tornando tecnicamente melhor.

Realizei a extração fetal, e assegurei os cuidados imediatos ao recém-nascido (a aspiração de secreções, avaliação inicial, administração de vitamina K). Tive também oportunidade de realizar colheita de sangue do cordão umbilical para recolha de células estaminais. Imediatamente após o parto, sempre que possível, promovi o contacto precoce pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida do bebé.

Durante todo o período de estágio não existiu nenhuma situação de reanimação neonatal ou situações de necessidade de transferência para a Unidade de Cuidados Especiais de Neonatologia pelo que não surgiu oportunidade de desenvolver cuidados neste âmbito.

Na fase de dequitação ou terceiro estágio do trabalho de parto, fui capaz de avaliar os sinais de descolamento da placenta, avaliar o seu mecanismo de saída (Schultz e Duncan) e a integridade da mesma. Realizei massagem uterina e administrei ocitocina logo após a dequitação de acordo com a recomendação da Organização Mundial de Saúde (2014) para a prevenção de atonia uterina e hemorragia pós-parto.

A consulta do Livro de bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras, elaborado pela OE em 2015 e do Livro de Saúde Materna e Obstétrica (Néné et al., 2016), foram essenciais para a consolidação dos meus conhecimentos e contribuíram para a adequada assistência e monitorização do trabalho de parto.

A Realização de partos de apresentação pélvica e parto gemelar só foi possível apenas em contexto de formação por simulação.

d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

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

Realizei intervenções no âmbito da educação para a saúde, promovendo a autovigilância da puérpera e a prevenção de complicações, nomeadamente sobre os cuidados vulvoperineais, cuidados com a episiorrafia, exercícios de Kegel e sobre a sexualidade e planeamento familiar.

O quarto estágio do trabalho de parto é considerado o puerpério imediato, compreendendo as 2 horas que se seguem após o parto. Só após esse período e depois de assegurados todos os cuidados à puérpera e ao RN, era efetuado o seu encaminhamento ao serviço de puerpério garantindo a continuidade de cuidados. Este período consistia num momento de privacidade entre a puérpera, o RN e o convivente significativo mas também um momento onde todas as dúvidas e anseios emergiam na mulher. Desta forma, procurei sempre apoiar, diminuir a sua insegurança e ansiedade. Apoiei no momento da amamentação, no posicionamento adequado entre mãe/bebé, alertei para os sinais de fome do RN, os sinais de boa pega, a subida do leite e a diferença na composição do leite ao longo da mamada.

A promoção do aleitamento materno e o seu sucesso deve-se em grande parte à intervenção do EEESMO nos três pontos de viragem para que a amamentação tenha sucesso, nomeadamente a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte da amamentação (Levy &

Bértolo, 2012). A envolvimento dos pais, a detenção de conhecimento e de estratégias que facilitem a amamentação irá permitir que este momento seja precioso no que respeita à proximidade e ao bem-estar da tríade familiar. As dificuldades muitas vezes encontradas estavam relacionadas com fatores psicológicos da mãe e com a má pega.

Fiz a vigilância hemodinâmica da puérpera, avaliei o globo segurança de Pinard, quantidade das perdas hemáticas e incentivei ao levante de cabeceira elevada. Ao RN procedi à avaliação cefalocaudal despistando desta forma possíveis malformações externas ou alterações físicas decorrentes do trabalho. Procedi à administração da Vitamina K, tendo sempre o cuidado de transmitir à puérpera/casal a sua importância na prevenção da doença hemorrágica.

No sentido de reforçar o conhecimento no âmbito dos cuidados prestados à puérpera e ao RN, foi dada a possibilidade de poder contactar com a dinâmica do serviço do puerpério da maternidade do CHTV. Foi de todo o meu interesse usufruir desta oportunidade. Esta vivência ajudou-me a compreender as necessidades destas mulheres/casais e perceber o apoio que necessitam após o parto. Assim, tive oportunidade apoiar na amamentação, de ensinar/treinar o primeiro banho ao RN, de ensinar os cuidados a ter com o coto umbilical, de administrar a vacina do VHB, de realizar rastreios auditivos e de pesar os RN tranquilizando as mães para a perda de peso fisiológica do RN. Prestei cuidados à puérpera no que respeita à avaliação da involução uterina, das características dos lóquios e da episiorrafia, apoiei situações de ingurgitamento mamário promovendo o alívio da dor, e ensinei a lidar com o choro e com os problemas comuns do RN (bolsar, cólicas, eritema da fralda).

Nas consultas de pós-parto avaliei eventuais complicações decorrentes do período pós-parto, as dificuldades de cada mãe e a adaptação ao processo parental, o sucesso da amamentação ou eventuais complicações e informei acerca do início da contraceção e os diferentes métodos contraceptivos.

Gostaria de ter tido oportunidade de participar em visitas domiciliárias no período pós-parto, contudo os locais de estágio por onde passei não contemplavam essa intervenção. Entendo que é de extrema importância, pois para além de uma maior proximidade e confiança entre a equipa de saúde e a família permite o seu acompanhamento no próprio ambiente percebendo a sua adaptação e/ou as suas dificuldades em contexto real. O EEESMO é sem dúvida fundamental neste processo de transição para a parentalidade e para a assistência necessária.

Particpei em sessões de recuperação pós-parto em contexto dos cuidados na comunidade, avaliando a adaptação das mães bem-estar psicológico, ao papel parental e a relação da tríade.

Neste contexto, promovi momentos de partilha e resolução de dificuldades vividas pelas recentes mães nomeadamente na área da sexualidade, do aleitamento materno e extração/conservação de leite.

Procurei consolidar os meus conhecimentos com recurso ao Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013), no documento emanado pela ordem dos Enfermeiros: Guias orientadores de boas práticas em saúde infantil e pediátrica (2010) bem como o Programa Nacional para a Vigilância de Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015) e o Manual de Aleitamento Materno da Unicef (2012), afim de atingir de proporcionar da melhor forma os cuidados necessários às famílias/mulheres e recém-nascidos.

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

Atendendo aos efeitos que as representações sociais podem ter na vivência e na perceção subjetiva do climatério, entendi ser necessário desenvolver uma ação de educação para a saúde no sentido de informar e consciencializar as mulheres sobre esta etapa vital e contribuir para que as suas atitudes não sejam fortemente condicionadas por estereótipos e crenças relacionadas com este evento. Procurei esclarecer acerca do conceito de climatério e menopausa, os sintomas físicos e emocionais decorrentes desta etapa bem como os potenciais riscos relacionados com as alterações hormonais; sensibilizar as mulheres para hábitos de vida saudáveis e promover estratégias que visem a diminuição dos sintomas e melhorar a qualidade de vida destas mulheres, reforçando a ideia de se tratar apenas de mais uma fase do ciclo de vida. Tornou-se por isso importante a partilha das experiências individuais, favorecendo participação e contribuindo para o alcance de respostas satisfatórias e, ao mesmo tempo, uma melhoria da saúde.

A mulher é a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem da especialidade de Saúde Materna e Obstétrica devendo ser entendida numa perspetiva individual como a pessoa no seu todo, tendo em conta a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve (Regulamento das competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, OE, 2019), no entanto percebi ao longo da prática a existência de algumas lacunas na assistência adequada das mulheres no período do climatério. A vigilância da sua saúde das mulheres no período do climatério está na maioria das vezes incluída nas consultas de vigilância do adulto e, atendendo a todas as alterações que esta etapa de vida acarreta, seria importante a existência de uma consulta

específica para que pudesse existir um acompanhamento e intervenção específica do EEESMO nesta área.

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

A educação constitui um vértice fundamental na promoção da saúde sexual, sendo a escola um espaço privilegiado para essa ação, podendo mesmo constituir um importante ambiente promotor da saúde sexual. Por esse motivo, durante o estágio na comunidade, participei no desenvolvimento de várias ações de educação para a saúde com o objetivo de promover a vivência da sexualidade de forma saudável dando ênfase aos comportamentos de risco, às várias doenças sexualmente transmissíveis, e formas de proteção e prevenção, procurando promover a qualidade das relações interpessoais e da vivência da intimidade destes jovens. Foi uma experiência positiva porque contatei com diferentes grupos de jovens, em etapas de crescimento diferentes e com perspectivas diferentes no que respeita à saúde sexual e reprodutiva, exigindo de mim uma postura mais flexível e dinâmica.

g) Cuida da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

A prevenção de complicações é uma das intencionalidades dos cuidados especializados em saúde da mulher, correspondendo a um conjunto de atitudes e ações que se adotam por antecipação, de modo a evitar ou diminuir a probabilidade de eventos/processos adversos (OE, 2021). Relativamente a esta competência, tive oportunidade de prestar cuidados junto de mulheres com patologias do foro ginecológico nas consultas externas. As patologias incidiram principalmente com alterações da citologia cervico-vaginal, nomeadamente com a presença do Human Papiloma Vírus ou Papiloma Vírus Humano (HPV). Neste contexto foram mobilizados conhecimentos no sentido de informar sobre o resultado e esclarecer dúvidas, cuidados a ter e a importância da autovigilância, mas também veio reforçar a importância da vacinação e o diagnóstico precoce através do rastreio.

Termino a primeira parte deste relatório fazendo um balanço bastante positivo de todo o meu percurso com a certeza de que procurei o maior número de experiências, aproveitei todas as oportunidades de aprendizagem e alcancei os objetivos propostos. Além do desenvolvimento das competências específicas do EESMO também foi possível a aquisição do número de

experiências mínimas exigidas, preconizadas pela ordem dos enfermeiros no Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2021) e regulamentadas pela diretiva Europeia 2005/36/CE, necessárias para a atribuição do título de enfermeiro EESMO:

- ✓ Realização de 171 consultas a grávidas, incluindo 783 exames pré-natais;
- ✓ Assistência e cuidados prestados a 177 parturientes;
- ✓ Realização de 41 partos eutócicos;
- ✓ Realização de partos de apresentação pélvica em contexto de formação por simulação;
- ✓ Assistência e cuidados prestados a 69 mulheres, antes, durante e depois do parto, em situação de risco;
- ✓ Assistência e cuidados prestados, incluindo exame, a 102 parturientes e recém-nascidos normais;
- ✓ Observação e cuidados a recém-nascidos com necessidade de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes ou depois do tempo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos doentes;
- ✓ Assistência e cuidados a mulheres com patologia no domínio de ginecologia e obstetrícia.

As atividades desenvolvidas ao longo dos estágios permitiram alcançar a experiências mínimas exigidas para o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. No entanto, são apenas ferramentas para um longo percurso que ainda terá de ser feito. Só a continuidade dos cuidados e a prática constante tornará esta caminhada segura e confiante.

Os diferentes contextos de estágios permitiram diferentes experiências mas também diferentes aprendizagens. No entanto considero ter havido algumas limitações nomeadamente o facto de o plano de estudos não contemplar um estágio na área da patologia ginecológica e no pós-parto imediato. A prestação de cuidados pós-parto no serviço de puerpério e no serviço de urgência só foi possível tendo em consideração o meu interesse. Gostaria também de ter realizado um estágio num serviço de ginecologia para conhecer a intervenção e o apoio do EEESMO nesta área, contudo esse não foi de todo possível. Os estágios deveriam assim ser mais diversificados

para que as experiências pudessem ser mais ricas e diversas, ainda que não tivessem necessariamente o mesmo número de horas de contato.

Durante os estágios tive possibilidade de assistir a situações de morte fetal que despertou em mim um misto de emoções. A assistência prestada aos casais que vivenciam a perda de um filho é ainda um desafio nos cuidados de Saúde Materna e Obstétrica. Trata-se de uma tarefa delicada, difícil e exige por parte dos enfermeiros uma preparação adequada no processo de cuidar. A escassez de estudos voltados para esta problemática revela a necessidade de desenvolver investigação e produção científica que estabeleça orientações para a elaboração de protocolos e planos de cuidados que visem uma assistência integral, qualificada e humanizada às mulheres/casais/famílias que vivenciam esta experiência.

No próximo capítulo será apresentado o estudo de investigação realizado no âmbito desta temática.

PARTE II - COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

2. DESCRIÇÃO DA COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

No presente capítulo será realizada uma contextualização teórica sobre a temática em estudo, passando por de uma breve abordagem sobre a morte fetal e o luto perinatal enquanto processo de transição, à luz do referencial teórico de Afaf Meleis – teoria das transições, e posterior desenvolvimento da vertente investigativa. Assim, encontra-se dividido em quatro partes: a primeira parte apresenta a contextualização teórica do tema do presente estudo (a morte fetal e o luto perinatal); posteriormente descreve-se o desenho do estudo; seguidamente são apresentados os resultados obtidos e feita a sua análise; e finalmente será realizada a síntese conclusiva do estudo.

Os resultados serão apresentados em função da questão de investigação e tendo por base os objetivos definidos. A discussão dos resultados será realizada com base evidência científica e suportada pela experiência profissional. Por último, será demonstrada a importância e o contributo do EEESMO para as mulheres/casais que vivenciam uma situação de morte fetal e as propostas de melhoria contínua dos cuidados.

2.1 MORTE FETAL: CONCEITO E FATORES ETIOLÓGICOS

A morte fetal é definida como a morte de um produto da fecundação antes da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da idade gestacional, sempre que se verifique a ausência de respiração ou a manifestação de quaisquer outros sinais de vida como os batimentos do coração, as pulsações do cordão umbilical, ou contrações efetivas de qualquer músculo sujeito à ação da vontade (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021; World Health Organization [WHO], 2016).

As perdas gestacionais ocorridas antes das 10 semanas de gestação são designadas de perdas embrionárias. Após a nona semana de gestação a organogénese está completa pondo fim ao período embrionário e dando início ao período fetal. Desta forma, é considerada morte fetal quando a idade gestacional é igual ou superior a 10 semanas e antes que o feto possa sobreviver fora do útero (Kolte et al., 2015; Warren & Silver, 2008).

A 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) define mortes fetais precoces, em fetos com 500 g ou mais, ou 22 semanas completas de gestação ou mais, ou medindo 25 cm ou mais; e mortes fetais tardias em fetos com 1.000 g ou mais, ou 28 semanas ou mais, ou 35 cm ou mais, considerando ainda as perdas gestacionais abaixo de 22 semanas como abortamento (WHO, 2016).

Em Portugal, as mortes fetais são classificadas apenas de acordo com a idade gestacional. Morte fetal precoce, quando ocorre até às 22 semanas completas de gestação; intermédia, quando ocorre com mais de 22 semanas e até às 28 semanas de gestação; ou tardia, quando ocorre depois das 28 semanas completas de gestação (INE, 2021).

Em 2020 foram registados 282 óbitos fetais, menos 11 relativamente ao ano 2019 (INE, 2021). No entanto, de acordo com a Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal, a perda gestacional (PG) é considerada a complicação mais frequente da gravidez e verifica-se em cerca de 15% das conceções clinicamente conhecidas (Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal [SPOMMF], 2022).

As perdas embrionárias têm maior probabilidade de estar associadas a problemas genéticos do que as mortes fetais, resultando assim em abortos espontâneos (Warren & Silver, 2008). O risco de morte fetal aumenta com os extremos de idade reprodutiva materna, a nuliparidade, a gravidez múltipla, o baixo nível socioeconómico, a raça negra, o tabagismo e o consumo de drogas ilícitas (Reddy et al., 2009) mas também pode estar diretamente relacionado com fatores médicos, nomeadamente as condições maternas, fetais e placentárias (Serrano et al., 2018), como se encontra representado na tabela 1. Em 50% dos casos, as causas são desconhecidas (Sun, et al., 2019).

Tabela 1 - Fatores médicos associados a morte fetal

MATERNOS	PLACENTÁRIOS	FETAIS
Diabetes mal controlada	Insuficiência placentária	Gestação múltipla
Complicações hipertensivas	DPPNI	Restrição de crescimento
Colestase intra-hepática da gravidez	Rotura prematura de membranas	Anomalias congénitas
Lúpus eritematoso sistémico	Acidentes do cordão	Anomalias genéticas
Síndrome de anticorpos antifosfolípidos	Vasa prévia	Infeção

Infeção	Hemorragia feto-materna	Hidrópsia não imune
Hemoglobinopatias	Gravidez prolongada	Aloimunização
Traumatismo materno		
Trombofilia hereditária?		

Fonte: Serrano, Centeno & Ramalho (2018)

2.2 PERDA E LUTO PERINATAL

Muitas vezes a morte fetal ocorre sem sinais prévios e numa gravidez sem intercorrências, causando um choque no momento da notícia e dificultando a aceitação deste evento doloroso (Miranda & Zangão, 2020). A perda de uma gravidez desejada é uma ocorrência frequente que se faz acompanhar de dor física e psicológica muitas vezes não reconhecidas ou tratadas (Catlin, 2017).

Uma interrupção de gravidez seja espontânea ou médica, acarreta sentimentos negativos de frustração, tristeza, decepção, raiva, culpa, ambivalência, ansiedade e vergonha (Camarneiro et al., as cited in Soubieux, 2009). Segundo Miranda and Zangão (2020), os pais ao serem confrontados com a perda de um filho durante a gravidez sentem-se traídos, fracassados e enganados. De acordo com o mesmo autor, estas manifestações refletem a existência do vínculo já criado pela mãe em relação ao seu filho e que se desenvolve à medida que a gravidez vai avançando, e como tal a perda de um bebé no início ou no fim da gravidez terá sempre o seu impacto doloroso exigindo respeito pelos sentimentos manifestados pela mulher e casal em qualquer momento da gestação. Quando os pais perdem o seu filho, perdem o seu sonho, a vida que idealizavam com o seu filho/família e a própria identidade como pais.

O óbito de um feto é entendido como uma experiência marcante pautada por mudanças físicas, sociais e psicológicas, seguido de um processo de luto particular que tende a ser subestimado do ponto de vista cultural e social. Trata-se da perda de um bebé mas também do sentido da vida que estas mães e casais foram atribuindo ao longo da gravidez (Rios et al., 2016). A perda súbita de um filho e de uma maternidade desejada causa nestas mulheres uma sensação de vazio e de oportunidade perdida e os sentimentos são vividos de forma desorganizada e confusa (Camarneiro et al., 2015).

Quando a morte fetal ocorre no início da gestação, o luto vivido pela mãe nem sempre é bem aceite do ponto de vista social pois não se considera o feto como um bebé e não se dá espaço

para a vivência daquele momento pessoal e significativo (Lemos & Cunha, 2015). De acordo com Melo and Vaz (2019), para as mães que sofrem uma morte fetal, a morte do seu bebê é mais do que a perda em si, é o sofrimento da não atribuição do status de *Pessoa* ao filho que morreu. Muitas vezes os próprios amigos ou familiares não compreendem as manifestações emocionais inerentes a uma morte fetal podendo mesmo contribuir de forma negativa para a vivência deste processo. A morte de um bebê ainda no útero materno vai contra aquilo que se entende como forma natural das coisas, acarretando profundos efeitos na vida destes casais principalmente se existir uma desvalorização de todo o contexto (Aguiar & Zorning, 2016). Assim, a morte fetal deve ser reconhecida pela sociedade para que a perda possa ser enfrentada e superada com o apoio necessário, não só por parte da família e dos amigos mas também por parte profissionais de saúde (Flenady et al., 2014).

O parto de um filho sem vida, é descrito como um momento marcante e inesquecível (Melo & Vaz, 2019), e pode mesmo causar *stress* pós-traumático, depressão ansiedade e perturbações do sono (Hutti et al., 2015; Kersting & Wagner, 2012) devendo ser feito um acompanhamento regular destas mulheres e casais. As reações da mulher face a perda perinatal, depende do fato da gravidez ser desejada ou não, do significado afetivo que lhe é atribuído e do investimento emocional que é feito, mas também das suas expectativas, das relações familiares e até mesmo das relações parentais estabelecidas, em especial com a mãe, em casos de primeira gestação, pode mesmo representar tentativa falhada de construção de uma família (Lemos & Cunha, 2015). A culpabilização das mulheres face a perda, a ansiedade e as distorções das fantasias maternas constituem um ajustamento normal a um novo equilíbrio psicológico e para a sua reorganização enquanto pessoa, dando início ao processo de luto, encarando de forma progressiva a realidade e aceitando aquele acontecimento (Camarneiro et al., 2015). Contudo, os mesmos autores referem que a experiência de uma perda fetal já mais será esquecida.

A busca constante de explicações que justifiquem a morte fetal é uma situação comum. A mulher procura preencher o vazio que sente com justificações objetivas para o fato de a sua gestação não ter evoluído, ou aceitando um motivo espiritual que lhe cause algum consolo (Lemos & Cunha, 2015). Estas ideias estão muitas vezes relacionadas com a sensação de fracasso, culpa e de funcionamento incorreto do seu corpo (Ampese et al., 2007; Lemos & Cunha, 2015).

A lembrança de uma morte fetal anterior irá surgir numa futura gestação, havendo um certo receio de vivenciar aquele episódio novamente, que se traduziu num momento traumático para aquela mulher e permanece na sua memória podendo causar sentimentos de medo e

insegurança numa próxima gestação (Lemos & Cunha, 2015). Apesar do medo de voltar a vivenciar aquele sofrimento, e de numa primeira fase ser uma decisão adiada, estas mulheres desejam voltar a engravidar e refazer o seu sonho, anteriormente interrompido, referindo no entanto que não será vivido com a felicidade e inocência anterior mas sim com medo e precaução (Camarneiro et al., 2015).

Após a perda de um filho desejado dá-se início ao processo de luto, devendo ser um processo normal, adaptativo e pessoal face a uma experiência profunda e dolorosa que deverá dar lugar à esperança, ao conforto e alternativas significativas (Camarneiro et al., 2015). Gonçalves and Bittar (2016), consideram que o “luto é um processo interno que se desencadeia a partir da perda de algo significativo ou alguém amado” (p.40). O processo de luto destes pais é caracterizado como um sofrimento intenso, passando pela decisão de enterrar o bebé, as dores físicas do parto e o sofrimento psicológico relacionado com a ausência do seu filho tão esperado (Melo & Vaz, 2019).

Após todo este processo instala-se uma tristeza prolongada e a crença de que não é possível conseguir superá-la e, este caminho será mais ou menos doloroso de acordo com o desejo e as tentativas de ser mãe, a idade gestacional, o envolvimento com o bebé durante a gestação e todo o investimento psíquico e emocional envolvido e a própria personalidade dos pais (Melo & Vaz, 2019; Montero et al., 2011). A aflição, a tristeza e melancolia são sentimentos esperados na dinâmica do casal e familiar mas também individualmente por cada um dos progenitores, e só devem ser considerados preocupantes quando comprometem as atividades da vida diária através de alterações cognitivas, emocionais, comportamentais, sociais e espirituais (Rosenbaum et al., 2011).

As pessoas podem interpretar e vivenciar o momento da perda de forma diferente e particular, atendendo às suas experiências e cultura (Lari et al., 2018; Rocha et al., 2016). É portanto um processo complexo, não estático, com respostas pessoais diferentes de acordo com os valores culturais, normas e costumes e que inclui várias fases (Camarneiro et al., 2015; Lemos & Cunha, 2015). Durante o processo de luto pode ser verificado o choque, a raiva, o medo, a negação, a culpa, a tristeza e eventual agressividade que emergem após a quebra das expectativas criadas durante a gravidez e que culmina com uma realidade dolorosa caracterizando as diferentes fases do processo de luto (Rocha et al., 2016).

A psiquiatra suíça Kubler-Ross (2002) definiu cinco fases que caracterizam o processo de luto, que nem sempre ocorrem pela ordem apresentada e nem todas são experimentadas pelas pessoas, mas afirma que pelo menos duas delas são experimentadas neste processo:

- Negação e isolamento: surgem na primeira fase do luto. Constituem mecanismos de defesa temporários contra a dor psíquica sentida diante da morte. A intensidade e a duração desses mecanismos de defesa dependem da vivência da própria pessoa e da forma como pessoas que a rodeiam lidam com essa dor. O impacto da notícia causa uma dor de tal modo avassaladora que a pessoa é incapaz de acreditar na realidade que a rodeia;
- Raiva: segunda fase do luto. A pessoa manifesta raiva pela situação que vivencia e habitualmente essas emoções são projetadas no ambiente externo, dificultando por vezes os relacionamentos e todo o ambiente é hostilizado. A par com a raiva, também surgem sentimentos de revolta, inveja e ressentimento e qualquer palavra de conforto pode parecer falsa, recusando acreditar na sua veracidade;
- Negociação: surge quando a pessoa começa a encarar a hipótese da perda e tenta negociar para que esta não seja verdade. Procura-se algum tipo de acordo, para que as coisas possam voltar a ser como eram antes da perda. Essa negociação, pode acontecer dentro do próprio indivíduo ou voltada para a religiosidade. Inicia-se uma tentativa desesperada de negociação com a emoção ou com alguém/algo que se considera ser o culpado pela sua perda. Promessas, pactos e outros similares são muito comuns e muitas vezes ocorrem em segredo;
- Depressão: surge quando o indivíduo se consciencializa da perda como algo inevitável e incontornável percebendo que todos os sonhos, projetos e todas as lembranças associadas ao filho perdido ganham um novo valor. Há um sofrimento profundo, tristeza, culpa, falta de esperança e medo. É um momento de grande introspeção e necessidade de isolamento, aparece quando a pessoa começa a tomar consciência de sua debilidade física;
- Aceitação: última fase do luto. Há aceitação da perda com paz e serenidade, sem desespero ou negação, enfrentando a situação com consciência das suas possibilidades e limitações, havendo o preenchimento do espaço vazio deixado pela perda.

As fases do processo de luto deverão ser os referenciais para o suporte emocional e teórico do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de modo a entender o momento que o casal está a viver e criar estratégias adequadas para uma assistência e um

cuidado eficaz (Rocha et al., 2016). Se tal não acontecer, após um ano de luto podem verificar-se complicações no estado de saúde destes casais, nomeadamente um agravamento das situações crónicas de saúde, um aumento da toma de medicamentos, e o surgimento de estados depressivos, que podem passar despercebidas principalmente porque existe uma quebra de vínculo entre os profissionais de saúde e estes casais (Youngblut et al., 2013).

Perceber os aspetos cognitivos (perceções e significados) e emocionais (sentimentos) relacionados com a morte fetal permite aos profissionais de saúde uma melhor assistência e acompanhamento destas mulheres e casais, prevenindo assim alterações emocionais futuras (Lemos & Cunha, 2015) tais como o desenvolvimento de um luto complicado ou patológico. O luto complicado pode constituir um grave problema de saúde afetando a própria pessoa, a sua família e até mesmo a sociedade podendo mesmo refletir-se em sintomas depressivos e em estados de ansiedade numa próxima gravidez dificultando a perceção de qualidade de vida por parte destas mães (Rios et al., 2016).

Camarneiro et al. (2015), referem que atribuição de causas externas à experiência de morte fetal, o reconhecimento de aspetos positivos da gravidez interrompida, o apoio da rede informal e a aceitação, em que as memórias dolorosas dão lugar à esperança, são elementos facilitadores do processo de luto.

2.3 O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA E O LUTO PERINATAL COMO PROCESSO DE TRANSIÇÃO

Os enfermeiros são os principais cuidadores das pessoas que se encontram em processo de transição, facilitando o processo de aprendizagem de novas habilidades perante a experiência de saúde e doença (Meleis, 2010). As transições são, portanto, uma componente do domínio da enfermagem uma vez que cabe aos enfermeiros a maximização dos pontos fortes, ativos, e potenciais ou a contribuição para a restauração da pessoa aos níveis adequados de saúde, função, conforto e autorrealização (Meleis, 2012).

A transição é um processo que envolve transformação, alteração e implica tempo para a assimilação, integração ou adaptação às circunstâncias. Trata-se da mudança de uma fase, de uma condição ou *status* de vida, é um conceito múltiplo que abrange os elementos do processo, inclui um intervalo de tempo e uma perceção (Meleis, 2010). Uma transição resulta não só das interações complexas existentes entre a pessoa e o ambiente mas também do processo que as

envolve, pode envolver várias pessoas e implica um contexto e uma situação (Meleis & Trangenstein, 1994).

As teorias de enfermagem são importantes para descrever a natureza das transições e os padrões normais de respostas às mesmas, permitindo explicar a relação entre as transições e a saúde, e fornecer diretrizes que aumentem a percepção de bem-estar da pessoa, procurando enquadrar e perspetivar as intervenções dos enfermeiros. A Teoria das Transições de Afaf Meleis, assume deste modo a sua pertinência no contexto da morte fetal, na medida em que facilita a compreensão de um fenómeno que emerge na prática dos cuidados obstétricos e reforça a ideia de que a enfermagem deve ser uma ciência voltada para a compreensão e conhecimento das alterações dos estados de saúde causadas pelas transições que ocorrem ao longo do ciclo vital.

O luto causado pela morte fetal é efetivamente um processo de transição individual e dependente de vários fatores da vida de cada pessoa. Pode caracterizar-se como um processo situacional que leva a um desequilíbrio pessoal e familiar, que não tem um limite temporal, e que representa um conjunto de respostas mais ou menos marcadas que altera o bem-estar dos intervenientes e os torna mais vulneráveis pondo em causa a sua saúde. Integra um conjunto de fatores que facilitam ou dificultam a resolução do luto e que levam à presença de um luto bem resolvido ou a um luto complicado. A abordagem da teoria transacional de Meleis permite desta forma compreender e valorizar este processo de transição, na sua natureza e condicionalismos permitindo aos EEESMO um cuidado mais humanizado e holístico, promovendo o desenvolvimento de intervenções efetivas e adequadas às pessoas que passam por esta experiência.

As transições exigem uma reorganização interna e pessoal para aprender e incorporar a situação sendo que, cada situação requer uma definição ou redefinição dos papéis em que a pessoa ou a família está envolvida, requerendo para isso que a pessoa integre novos conhecimentos e modifique o seu comportamento (Meleis, 2012). Assim sendo, é compreensível que o processo do luto torne a mulher/casal e família particularmente vulnerável, afetando profundamente a sua saúde e bem-estar.

A natureza da mudança, a temporalidade, a percepção da importância ou da gravidade da situação bem como as normas e expectativas pessoais, familiares e sociais devem ser valorizadas e entendidas pelo EEESMO mas também pela própria pessoa que as vivencia (Meleis, 2010).

Será por isso importante determinar o significado subjetivo de toda a experiência, as variáveis biopsicossocioculturais que influenciam esse significado, quais as consequências para aquela pessoa e para os conviventes significativos, como é que a pessoa está a lidar com as mudanças e, por último, perceber de que forma é que o enfermeiro pode ajudar a lidar com a situação vivenciada (Meleis, 2012). O enfermeiro antecipa, avalia, diagnostica, lida e ajuda a lidar com as mudanças (Meleis, 2010), com o objetivo de promover a autonomia e o bem-estar.

Confrontado com a morte fetal e com o sofrimento dos pais que vivenciam esta experiência, também o enfermeiro de Saúde Materna e Obstétrica irá passar por um conjunto de emoções, que influenciará de certa forma o cuidado prestado. O confronto com a morte inesperada com o processo de luto doloroso e intenso, pode causar nos enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica um conjunto de sentimentos por vezes difíceis de gerir.

Os profissionais de saúde podem apresentar dificuldades no processo de cuidar da mulher e casal que vivenciam uma morte fetal evitando ou limitando o contato e realizando apenas os procedimentos estritamente necessários (Camarneiro et al., 2015), focam-se nos cuidados físicos e evitam a vertente emocional de forma a diminuir a sua angústia e *stress* protegendo a sua própria vulnerabilidade emocional (Montero et al., 2011).

As atitudes e reações dos enfermeiros revelam sofrimento profissional, despreparo e tendência para a desvalorização da perda (Aguiar & Zorning, 2016). A sensação de pena, a ansiedade, a insegurança, o ressentimento, a culpa, a raiva, a sensação de fracasso e impotência manifestados pelos profissionais de saúde revelam a sua dificuldade em enfrentar e lidar com esta vivência (Montero et al., 2011). Este fato mostra que os EEESMO necessitam de especial atenção, nomeadamente estratégias que lhes permita abordar estas situações e partilhar os seus sentimentos junto de outros colegas numa perspetiva de apoio e suporte. Para compreender a singularidade da outra pessoa é fundamental cuidar primeiro de si próprio.

2.3 DESENHO DO ESTUDO

O desenho do estudo diz respeito à estrutura geral ou plano de investigação de um estudo (Ribeiro, 1999). Consiste no “plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 1999, p.132). Assim, os elementos fundamentais que caracterizam o desenho estudo são: o(s) meio (s) onde o estudo se realiza; a seleção dos participantes e o tamanho da amostra; o tipo de estudo; as

estratégias utilizadas para controlar as variáveis estranhas; o instrumento de recolha de dados e por último o tratamento dos dados (Fortin, 1999). De seguida serão apresentados os elementos que constituem o presente estudo.

Para Fortin (1999), a questão de investigação tem de ser clara, pertinente, indicativa do que se pretende e exequível, de forma a enunciar objetivos específicos que permitam descrever, estudar e verificar a área que se irá estudar.

Para o desenvolvimento da presente investigação partiu-se da seguinte questão de investigação: Como é que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica cuidam das mulheres/casais/famílias numa situação de morte fetal?

Esta questão deu lugar à definição dos seguintes objetivos do estudo:

- Conhecer o significado atribuído pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica perante a morte de um feto;
- Conhecer as dificuldades sentidas pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na assistência à mulher/família no processo de luto;
- Identificar estratégias que permitam aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica lidar com situações de morte fetal e com a gestão de sentimentos.

O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada de acordo com a questão de investigação (Fortin, 1999). Desta forma, o estudo enquadra-se numa abordagem qualitativa visto ser a melhor forma de compreender as experiências únicas e individuais dos enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados às mulheres/casais e famílias em situação de morte fetal.

O objetivo do estudo é explorar e descrever um fenómeno e por isso insere-se numa metodologia descritiva, procurando perceber quais as atitudes, os comportamentos e atitudes dos enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica perante a morte fetal, bem como as suas dificuldades e/ou necessidades. Os estudos descritivos permitem uma maior descrição dos dados, através de palavras, números ou enunciados descritivos (Fortin, 1999). Trata-se ainda de um estudo transversal, uma vez que se foca num grupo representativo da população em estudo e os dados são recolhidos num único momento (Ribeiro, 1999).

O método de amostragem é do tipo não probabilístico, pois a probabilidade de qualquer participante ser incluído na amostra é desconhecida (Ribeiro, 1999). As amostras não probabilísticas podem ser selecionadas de acordo com critérios de escolha intencional e

utilizadas de forma sistemática afim de determinar as unidades da população que fazem parte da amostra (Carmo & Ferreira, 2008). Optou-se por uma amostra intencional, em que a seleção dos sujeitos foi feita através das redes sociais, em grupos com características comuns que obedeceram aos critérios de inclusão.

Assim, fizeram parte do estudo 35 enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica a desempenhar funções em diferentes contextos profissionais e em várias zonas do país. Foram critérios de inclusão ter a especialidade em Saúde Materna e Obstétrica e ter contactado com mulheres/casais que vivenciaram uma experiência de morte fetal.

A idade dos participantes no estudo varia entre os 25 e os 60 anos, sendo que a maioria dos inquiridos apresenta idade superior a 39 anos e inferior a 46 anos. Relativamente ao sexo dos participantes, verifica-se que a maioria é do sexo feminino.

Os EEESMO participantes neste estudo exerce funções na Sala de Partos, Urgência Obstétrica, Internamento e Cuidados de Saúde Primários. Outros exercem funções em locais como serviço de Neonatologia, Consulta Externa e Puerpério.

Os EEESMO participantes têm entre 7 e 14 anos de experiência profissional como Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica com uma média de cerca de 9,7 anos.

No momento do planeamento do presente estudo, o instrumento de colheita de dados selecionado foi a entrevista. Contudo, as contingências e limitações impostas no setor da saúde ao longo do ano de 2020 face à situação pandémica vivida pelo país e pelo mundo, levaram à ausência de resposta por parte do conselho de administração do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV), instituição inicialmente selecionada pela investigadora para a realização das respetivas entrevistas. O Guião elaborado para a condução da entrevista (Apêndice I) foi por isso adaptado e transformado em questionário. A obtenção dos dados do presente estudo, foi conseguida através da aplicação desse questionário via *on-line* com recurso à plataforma *Google Docs* e partilhado em vários grupos das redes sociais que incluem apenas enfermeiros EESMO: *Rede ESMO; APEO Portugal; Enfermagem – a causa maior na construção da enfermagem de Saúde Materna*, entre 20 de Outubro de 2020 e 20 de Fevereiro de 2021.

Quer a entrevista quer o questionário, são métodos de colheita de dados que permitem ao investigador colher junto dos participantes informações relativas aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes (Fortin, 1999). Os questionários, ainda que contenham alguns itens orientados, permitem uma expressão livre

das opiniões dos participantes, possibilitando a identificação das percepções, da experiência subjetiva e das representações dos participantes acerca do tema em estudo (Amado, 2014).

Da mesma forma que as entrevistas, os questionários integram diferentes níveis de estruturação através da utilização de questões fechadas ou abertas, contudo os questionários necessitam de respostas escritas pelos participantes ao contrário das entrevistas, o que não permite uma abordagem tão profunda dos conteúdos mas, por outro lado, facilita o controlo dos enviesamentos (Fortin, 1999).

“O uso de questionários «abertos» e de composições (ou documentação semelhante) sobre um determinado tema, ou que diga respeito à vida e sentimentos pessoais de possíveis inquiridos, pode ser de grande utilidade no quadro da pesquisa qualitativa” (Amado, 2014, p. 271).

Após a colheita de dados realiza-se a análise do conteúdo de modo a reunir de forma cuidadosa e criteriosa as informações recolhidas. A análise de conteúdo foi efetuada de acordo com o modelo proposto por Bardin (2016): inicialmente é realizada uma leitura compreensiva e exaustiva do conjunto de material selecionado, de modo a sistematizar as ideias iniciais (pré-análise); de seguida, o texto é dividido em categorias segundo reagrupamentos analógicos (exploração do material); por fim, constrói-se uma síntese interpretativa, que dê ênfase à informação adquirida na análise e resultante do tratamento dos dados, onde se atribui significado ao texto analisado (tratamento dos resultados obtidos e interpretação). O tratamento dos resultados inclui assim a inferência, a interpretação e a categorização.

“A Enfermagem enquanto profissão autorregulada, tem definidos (tanto na Deontologia Profissional como no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro), os princípios éticos e deontológicos a cumprir no seu exercício, onde naturalmente se inclui a investigação” (Nunes, 2020, p.15).

Numa fase inicial, uma vez que a investigação está alocada a uma instituição de Ensino, foi apresentado o pedido de apreciação à Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) (Anexo I), a qual deu o parecer positivo à realização do estudo.

Todos os participantes foram informados sobre a natureza e a duração da investigação e assegurado o seu anonimato. Os participantes foram ainda informados do livre acesso aos resultados do estudo tendo sido disponibilizado o contacto eletrónico da investigadora.

Todos os dados recolhidos serão eliminados/destruídos no final do tempo previsto para a elaboração do relatório final da investigação. O estudo não teve qualquer dano para os participantes durante a investigação e com o uso da informação fornecida. A cada participante foi reservado o direito à autodeterminação, sendo que cada um decidiu de forma livre a sua participação.

Desta forma, considera-se terem sido respeitados os princípios éticos: beneficência (assegurar que benefícios sejam sempre superiores aos riscos), respeito à dignidade humana (direito dos participantes à verdade e a toda a informação do estudo), justiça (direito dos participantes a um tratamento de igualdade, onde não haja discriminação), confidencialidade (garantia do anonimato dos participantes), o princípio da não maleficência (a certeza de que os participantes não são prejudicados) e o princípio da autonomia (participação livre e voluntária dos participantes) (Nunes, 2020 as cited in Diretrizes éticas para a investigação em Enfermagem, 2003).

2.4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos no presente estudo e a sua discussão, realçando os aspetos que se entendem mais relevantes e que melhor caracterizam a forma como é experienciada uma situação de morte fetal.

Com base na revisão da literatura desenvolvida e com os dados emergentes da análise de conteúdo, foram definidas áreas temáticas que espelham as experiências dos EEESMO perante a morte fetal. Para cada área temática, foram definidas as categorias, subcategorias e unidades de registo. Para facilitar esta análise, foi elaborada uma tabela para cada questão colocada e transcritas as respostas dos inquiridos. A fim de respeitar o anonimato dos participantes, cada um dos questionários foi identificado com um código alfanumérico em que a letra utilizada foi o “Q”, seguida de um número que se refere à ordem de resposta aos questionários.

Da análise de conteúdo dos questionários, emergiram quatro áreas temáticas:

- Perceção e significado;
- Práticas profissionais;
- Fatores condicionantes na assistência à mulher/casal/família;
- Sugestões de melhoria da prática profissional.

PERCEÇÃO E SIGNIFICADO

A morte fetal é caracterizada como um momento de tristeza, dor, sofrimento e desilusão, uma fatalidade/tragédia e um choque. É um evento doloroso, até traumático, um processo desagradável e muito difícil, que de alguma forma envolve uma atitude de negação, existindo dificuldades importantes na gestão da própria dor e/ou emoção por parte dos enfermeiros (Serrano et al., 2018) e põe à prova a sua capacidade de lidar com os seus próprios sentimentos e emoções.

“O processo de representação social permite às pessoas interpretar e conceber aspetos da realidade para agir em relação a eles, uma vez que a representação toma o lugar do objeto social a que se refere e transforma-se em realidade para os atores sociais” (Wachelke & Camargo, 2007, p.381).

Para a grande maioria dos inquiridos a morte fetal representa uma perda significativa, tornando-se num desafio do ponto de vista pessoal e profissional. Assim, a percepção e o significado atribuídos pelos EEESMO à morte fetal foram agrupados em 4 categorias: **diferentes sentimentos e emoções; recordação de experiências vividas; medo de vivenciar uma morte fetal** e a **valorização da vida e da família**.

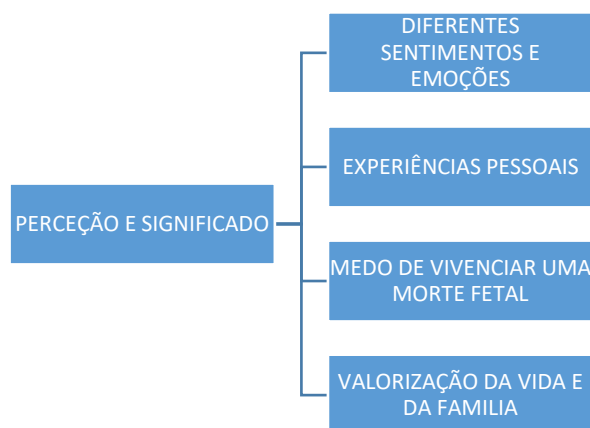


Diagrama 1 – Percepção e significado

- **Diferentes sentimentos e emoções**

As emoções fazem parte da evolução da espécie humana e preparam, predis põem e orientam comportamentos para experiências positivas ou negativas (Fonseca, 2016). Uma situação de morte fetal pode ser vivida e encarada de forma diferente do ponto de vista emocional podendo mesmo afetar a sua vida pessoal tal como refere 82,4% dos EEESMO inquiridos.

As mortes fetais têm um sério impacto nas emoções dos EEESMO causando ansiedade, *stress*, choque, tristeza, afastamento da situação, negação, medo e dificuldade em lidar com os sentimentos expressados pelos pais enlutados (André et al., 2016). O presente estudo vem confirmar os achados anteriores. Os enfermeiros inquiridos também referem sentimentos de tristeza e uma sensação de impotência durante o processo de perda e demonstram dificuldade em lidar com a morte fetal. Outros referem que se sentem angustiados, frustrados, ansiosos e inseguros:

“Muito triste.” (Q3)

“Complicado... incapaz.” (Q30)

“Um pouco ansiosa.” (Q5)

“Angustiado.” (Q10)

“Frustrada pelo desfecho ter sido aquele.” (Q20)

“Por vezes insegura, por não saber escolher as palavras certas, não saber como me comportar (comunicação não verbal) de forma a estar presente mas muitas vezes não falar.” (Q27)

Percebe-se pelas respostas dos inquiridos que existe pouco à vontade na abordagem da mulher/casal em processo de luto. Esta dificuldade poderá estar relacionada com os seus próprios sentimentos em relação à perda o que pode comprometer a resposta às necessidades da mulher/casal. A insegurança, o sentimento de impotência, a falta de destreza e de recursos profissionais para dar suporte emocional a estes pais, as lacunas existentes na comunicação e a dificuldade em lidar com os seus próprios sentimentos levam ao distanciamento e à frieza destes profissionais perante a vivência deste momento tão delicado (Montero et al., 2011; Schmalfuss, et al., 2019).

- **Experiências pessoais**

A morte de um feto tem nos EEESMO um impacto marcante na identidade pessoal e profissional. Cuidar das famílias que vivenciam a perda acarreta diversos sentimentos e processos psicológicos, possivelmente porque demarca a sua própria vulnerabilidade como seres humanos. O confronto com situações de morte fetal transporta muitas vezes para as experiências pessoais:

“Relembra-me a minha perda fetal por IMG.” (Q3)

“Já perdi um bebe e marcou-me muito. Respeito e compreendo mais ainda as emoções relacionadas com a morte fetal.” (Q4)

“Pessoalmente vivenciei e é uma dor infinita, ausência de respostas.” (Q12)

- **Medo de puder vir a vivenciar uma morte fetal**

Há um certo receio por parte dos EEESMO quando confrontados com maus prognósticos, desde o momento do diagnóstico até aos cuidados inerentes após a notícia (Rocha et al., 2016). Os enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica manifestam várias dificuldades na abordagem das mulheres e casais que experienciam uma morte fetal (Gesteira et al., 2006; Montero et al., 2011). A proximidade com estas famílias e a intimidade que se estabelece com os enfermeiros, leva a que corram o risco de serem afetados pelo sofrimento destes casais/famílias alterando o seu bem-estar (Verdon & Montigny, 2021) e podem mesmo manifestar o medo de vivenciar uma morte fetal:

“Há momentos que coloco em causa o meu desejo de ser mãe. Não sei se seria capaz de ultrapassar um morte fetal.” (Q6)

“Quando estive grávida era uma sombra que pairava constantemente a partir de uma determinada altura.” (Q7)

“Faz pensar que também nos pode acontecer e como eu reagiria numa situação destas.” (Q18)

Para os profissionais de saúde que experimentam constantemente a felicidade de ajudar os bebés a nascer, melhorar a capacidade de lidar com o lado oposto desse espectro de alegria é um grande desafio contudo, é importante reconhecer que é normal que se sintam incomodados com a morte fetal e que demonstrem os seus sentimentos e emoções (Binnie, 2020). Muitas vezes procuram confortar a sua própria dor e a sua dificuldade em lidar com a perda com um mecanismo/estratégias de *coping*.

- **Valorização da vida e da família**

A valorização da vida e da família, nomeadamente dos filhos foi identificada como mais uma forma dos enfermeiros enfrentarem a experiência de morte fetal:

“Valorizar ter os filhos vivos, saudáveis e próximos.” (Q1)

“Valorizo mais as coisas simples que tenho.” (Q29)

A morte fetal pode ser considerada uma situação geradora de *stress* e a forma como cada pessoa lida com o *stress* é influenciada por vários fatores nomeadamente o significado que lhe é atribuído, as estratégias cognitivas e comportamentais que utiliza para lidar com o *stress* (estratégias de *coping*), dos recursos pessoais e sociais que a pessoa detém, bem como das características da sua personalidade. As estratégias de *coping* ajudam a pessoa a lidar com as exigências internas e externas da relação entre o indivíduo e o ambiente e podem moderar o impacto das adversidades ao longo da vida, além de aumentar os níveis de bem-estar psicológico e reduzir o sofrimento (Dias & Ribeiro, 2019).

Assim sendo, o significado e a perceção que cada EEESMO atribui à morte fetal enquanto acontecimento gerador de *stress* é resultado de vários fatores e varia de pessoa para pessoa, produzindo diferentes tipos de respostas interligadas, a nível biológico, cognitivo, comportamental e emocional sendo as estratégias de *coping* uma ferramenta importante numa situação de perda perinatal.

PRÁTICAS PROFISSIONAIS

Um estudo realizado por Ravaldi et al. (2018) mostra que a maioria dos profissionais de saúde entende que a melhor forma de ajudar os pais após um diagnóstico de morte fetal é permitir que estes permaneçam juntos, explicar de forma adequada todos os procedimentos e prestar cuidados personalizados. Consideram também a necessidade de proporcionar um ambiente tranquilo, prestar apoio, fornecer informações adequadas e permitir que os pais sejam ouvidos com empatia. Também a presença do companheiro foi considerada importante.

O presente estudo mostrou a importância desses cuidados por parte dos EEESMO inquiridos e valoriza outros igualmente importantes para uma intervenção adequada junto destes casais/famílias/mulheres. As práticas profissionais foram agrupadas em 3 categorias: os **princípios ético-legais**; os **cuidados relacionais** e os **cuidados técnicos**.

Os enfermeiros consideram que durante a prestação de cuidados demonstram respeito pelas crenças e decisões do casal, procuram proporcionar privacidade/intimidade à mulher/casal, têm o cuidado de informar sobre todo o processo, estabelecem uma relação de ajuda e escuta ativa, facilitam sempre que possível a presença do companheiro, comunicam junto com a equipa médica a má notícia e prestam efetivamente os cuidados técnicos inerentes. Por outro lado, o

apoio psicológico diferenciado, a visualização do bebé, a criação de memórias e a sua despedida, o acompanhamento antes e depois do parto e um maior conhecimento sobre o processo de luto são considerados fundamentais para a qualidade dos cuidados prestados.

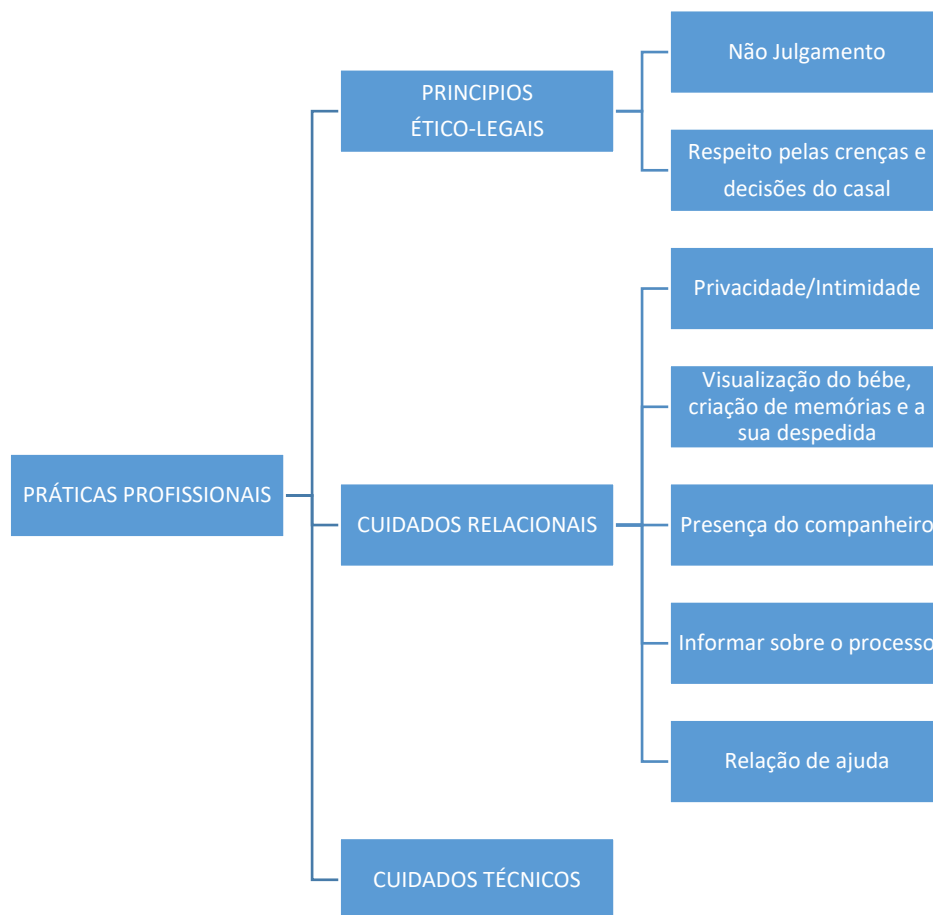


Diagrama 2 – Práticas Profissionais

- **Princípios Ético-Legais**

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o EEESMO procura “o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual da mulher e das pessoas que lhe são significativas” (OE, 2021, p.9), respeitando os princípios ético-legais necessários para a qualidade dos cuidados de enfermagem e que é referida pelos participantes deste estudo:

“Respeitar as decisões.” (Q12)

“(...) não julgamento.” (Q26)

“Os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças (...) como tal, (...) os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico enformam a boa prática de enfermagem” (Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da OE, 2001, p. 12-13).

A resposta dos inquiridos vai de encontro com este princípio, valorizando o **respeito pelas crenças e decisões do casal** através do reconhecimento da perda, dos desejos e as vontades do casal/família, permitindo uma despedida digna e respeitosa do bebé:

“Respeito pelo pedido da mãe.” (Q1)

“(...) respeitar o espaço e as decisões do casal.” (Q9)

“(...) decidiram pegar no bebe ao colo, tirar fotografias, fizemos marca dos pés e das mãos.” (Q15)

“(...) cuidados ao nado morto de acordo com os desejos do casal.” (Q21)

“Mostramos o RN, após manifestação da vontade da mãe em querer vê-lo.” (Q29)

Os enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica deverão estar sensíveis a todas as dimensões do ser humano, física, emocional e social, de forma a promover um cuidado integral, humanizado e de qualidade a estas mulheres/casais/famílias evitando juízos de valor e atitudes que potenciem sentimentos de culpa nos casais que vivenciam a sua perda, respeitando as suas decisões e a manifestação dos seus sentimentos. Deverá ser permitido aos pais conhecerem o seu filho, se assim entenderem e desejarem, dando-lhes o tempo necessário para essa partilha, apoiando e respeitando as suas crenças, promovendo um cuidado humanizado (Montero et al., 2011; Silva et al., 2020).

- **Cuidados relacionais**

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica persegue os mais elevados níveis de satisfação dos

clientes” (Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2021, p. 8). De acordo com as respostas analisadas, verifica-se que os cuidados prestados pelos EEESMO assentam na referida premissa.

Os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica têm um papel fundamental na adaptação à vivência de uma situação de morte fetal enquanto cuidadores, preparando a mulher/casal para a transição de um luto saudável, facilitando o processo de aprendizagem de novas habilidades criando condições que conduzam a uma transição saudável, promovendo o bem-estar e a estabilidade individual e do casal.

O presente estudo mostra que os EEESMO procuram proporcionar conforto e bem-estar aos envolvidos tentando **proporcionar privacidade/intimidade ao casal/família**; permitindo a **visualização do bebê, criação de memórias e a sua despedida**; a **presença do companheiro**; procuram **informar sobre o processo e estabelecem uma relação de ajuda**.

“O enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes” (...) e (...) “fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente” (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019, p. 4746). Os enfermeiros referem que procuram **proporcionar privacidade/intimidade ao casal/família**:

“Procurei preparar o ambiente para o pai conhecer o bebe e permitir um momento de despedida.” (Q17)

“Tentei restabelecer emocionalmente a grávida, levando-a para uma boxe onde pudesse estar mais confortável e sem outras pessoas por perto. Chamei o marido da grávida para uma sala mais isolada do serviço e juntamente com a obstetra demos informação sobre a situação em si e de seguida levamo-lo para junto da sua esposa. Ficaram sempre juntos (...).” (Q20)

“(...) chamei o acompanhante, proporcionei um momento de privacidade entre os dois.” (Q34)

De acordo com a Perinatal Society of Australia and New Zealand (PSANZ, 2020), tratar o bebé com o cuidado e o respeito que seria dado a um bebé vivo, chamar o bebé pelo nome, falar com o bebé e vestir o bebé, apoiar os pais na criação de memórias através de fotografias, fornecer lembranças como a pulseira de identificação do bebé, a marca das mãos e dos pés pode ajudar

a validar e a normalizar as experiências dos pais. Permitir a **visualização do bebê, a criação de memórias e a sua despedida** são também cuidados evidenciados pelos inquiridos:

“Contato com o bebe após o nascimento. Oferecer recolha de algumas lembranças: cabelo, print das mãos/pés, fotos.” (Q4)

“Permitir que se despeçam daquele filho, durante o tempo que considerarem necessário.” (Q14)

“Providenciar a possibilidade de o casal ficar com uma lembrança do feto (foto, impressão da planta do pé ou mão). Poderem permanecer um pouco com o feto morto, caso solicitem.” (Q20)

“Perguntar como querem que trate o bebê, se desejam que me referia a ele pelo nome; se o vão querer ver, sendo que essa decisão só tem de ser comunicada quando entenderem ser a altura certa e sem pressas.” (Q21)

“Ajudar no processo de luto do casal dando oportunidade de conhecer o seu bebe permitindo ver, tocar e pegar ou apenas ver uma fotografia.” (Q34)

De acordo com Gravensteen et al. (2013), pegar no bebê diminui os sintomas de *stress* pós-traumático relacionado com a perda fetal. No entanto, ver ou não o bebê falecido é uma decisão complexa, e cada mulher e casal trazem para o processo um conjunto de razões psicológicas, culturais e religiosas, justificações e racionalizações que determinam a sua vontade (Sloan et al., 2008).

É importante que os pais sejam estimulados a desenvolver atividades de construção de memórias e vínculo afetivo com o filho que perderam, bem como o apoio espiritual e religioso que necessitem de modo aceitarem aquela experiência na sua vida familiar (Lari et al., 2018). Proporcionar lembranças do bebê aos pais enlutados, como fotos, impressões dos pés ou das mãos, ou uma mecha de cabelo pode facilitar o processo de luto (Fenstermacher & Hupcey, 2013; Gold et al., 2007) no entanto, um estudo realizado por Montero et al. (2011) revelou que não é considerado por todos os profissionais de saúde uma estratégia adequada, levantando a algumas dúvidas no seu benefício em relação à superação do luto.

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica constituem elementos relevantes para satisfação da mulher/casal da OE (2021),

“o envolvimento da(s) pessoa(s) significativa(s) no processo de cuidados; o empenho da(o) EEESMO em considerar no processo de cuidados as necessidades específicas da(s) pessoa(s) significativa(s) enquanto cliente(s) dos cuidados e o estabelecimento de parceria com a(s) pessoa(s) significativa(s) como aliado(s) no planeamento de cuidados centrado na cliente” (p.9).

Assim, é importante **facilitar a presença do companheiro**, não só para que o casal possa partilhar aquele momento mas também porque ele próprio terá a sua manifestação de dor e de tristeza que deve ser avaliada pelos profissionais de saúde:

“Procurei preparar o ambiente para o pai conhecer o bebe e permitir um momento de despedida.” (Q17)

“Chamei o marido da grávida para uma sala mais isolada do serviço.” (Q20)

“Permitimos a presença do pai, e incentivei à expressão de emoções da parte dele.”
(Q29)

“(…) chamei o acompanhante, proporcionei um momento de privacidade entre os dois.”
(Q34)

Cuidar destes casais também passa por informar, e **informar sobre o processo** foi referido pelos inquiridos como um cuidado prestado pelos EEESMO numa situação de morte fetal. De acordo com PSANZ (2020), ser informado da morte de um bebé ou de uma condição limitante que o impede de sobreviver, é um momento crucial na vida de um casal tendo um impacto imediato e duradouro. A comunicação de más notícias deverá ser feita com cuidado, empatia e compreensão (PSANZ, 2020), o que nem sempre é fácil para os EEESMO pela exigência emocional da situação:

“(…) juntamente com a obstetra demos informação sobre a situação em si (...) foi-lhes explicado todo o processo pelo qual iriam passar.” (Q20)

“Lembro-me de colocar à sua cabeceira e sussurrar ao ouvido o que era para ela ir fazendo (...)” Q31

“Ficamos todos logo em alerta, e chamar o médico sem querermos passar informações incorretas não é fácil.” (Q5)

“A abordagem foi mais fácil porque fiz o seu acompanhamento nas aulas de preparação para o parto e imediatamente se apoiaram em mim, visto que me conheciam.” (Q15)

“Chamei o marido da grávida para uma sala mais isolada do serviço e juntamente com a obstetra demos informação sobre a situação em si e de seguida levamo-lo para junto da sua esposa.” (Q20)

“Foi muito difícil, pois tratava-se de uma segunda perda fetal e o casal não tinha filhos. Ficaram ambos emocionalmente muito afetados e foi difícil de controlar as emoções (...).” (Q34)

Não é expectável que a área da obstetrícia se centre em situações negativas ou dolorosas, e por isso os enfermeiros EEESMO não estão preparados para desfechos adversos ou para comunicar más notícias, sendo por isso um dos maiores desafios na área de obstetrícia com grande impacto a nível pessoal e profissional (Ramalho, 2018). Assim, na área da obstetrícia, a notícia de morte é provavelmente considerada a notícia mais difícil a ser transmitida (Ampese et al., 2007; Rocha et al., 2016), num ambiente onde o cuidado que significa vida é transformado em sentimentos de tristeza, impotência, culpa e frustração (Rocha et al., 2012).

Os enfermeiros têm como base do seu trabalho as relações humanas, e como tal é necessário que façam um aperfeiçoamento permanente das suas habilidades, nomeadamente a comunicação (Ross, 2005), pois lidar com a vida implica lidar com a morte e com o sofrimento, sendo importante saber não apenas o quê, mas quando e como falar em situações delicadas (Rocha et al., 2016).

Os EEESMO consideram o estabelecimento de uma **relação de ajuda** importante na prestação de cuidados pois permitirá ao casal que vivencia uma perda fetal avaliar as suas necessidades e facilitar o seu processo de adaptação e a adoção de novos comportamentos. Só assim será possível a “libertação de emoções, diminuição da ansiedade e aceitação de um problema” (Coelho et al., 2020, as cited in Phaneuf, 1995), além de compreender o outro, experienciar um sentimento de respeito mútuo e dando a sensação à pessoa de estar efetivamente a ser ouvida (Coelho et al., 2020, as cited in Nunes, 1999). Os inquiridos referem pôr em prática estas premissas durante a prestação de cuidados:

“O meu apoio foi só de escuta e de disponibilidade para apoiar.” (Q30)

“A minha presença, saber ouvir (...).” (Q9)

“Acabei por estar à cabeceira a manifestar apoio e compreensão.” (Q12)

“Choramos juntas, dei-lhe um forte abraço e disse-lhe que lamentava.” (Q16)

“Permaneci sempre junto da grávida, dando-lhe espaço para expressar os seus sentimentos (...).” (Q20)

“(...) procurei que a mãe falasse sobre o que sentia. Permiti o choro e disse-lhe que fazia bem manifestar o que sente.” (Q29)

“O meu apoio foi só de escuta e de disponibilidade para apoiar.” (Q30)

Os casais precisam de se sentir amparados, confortados e compreendidos pelos EEESMO através de um cuidado humanizado baseado na empatia, compaixão e afeto e numa comunicação adequada para que se sintam protegidos e consolados naquela que é considerada a experiência mais penosa (Rocha et al., 2016). O reconhecimento do luto materno por parte dos profissionais de saúde, dos familiares e amigos é fundamental para a prestação do apoio necessário àquela mulher bem como para um processo de luto eficaz facilitando a expressão das suas angústias, receios, frustrações e tristezas (Lemos & Cunha, 2015).

A assistência humanizada baseada numa visão holística e num cuidado integral é um elemento chave numa situação de perda fetal, e o EEESMO não deverá apenas focar-se na dor física que todo o procedimento de expulsão envolve, mas também na dor emocional, mostrando presença e escuta ativa, essenciais para um processo de luto bem resolvido (Lemos & Cunha, 2015). A morte fetal acarreta um conjunto de significados que podem levar a diferentes reações. Cada momento é diferente e inclui a sua complexidade de acordo com o contexto e com os intervenientes e exige por parte do enfermeiro a sensibilidade necessária para assistir da melhor forma aquela mulher, aquela família naquele momento particular. Contudo, aquilo que estas mães desejam é serem compreendidas, porque para lá da dor física existe todo um conjunto de conflitos existenciais que são difíceis de enfrentar e superar (Rocha et al., 2016). Não podemos tirar a dor que estas famílias sentem depois de perderem o seu filho, mas os cuidados que prestamos podem ter um grande impacto na sua dor e na sua cura (Binnie, 2020).

- **Cuidados técnicos**

Para que os profissionais de saúde garantam uma assistência adequada aos pais enlutados é fundamental que estejam não só capacitados e equipados emocionalmente mas também assegurem os **cuidados técnicos** necessários (Salgado et al., 2021, as cited in Paris et al., 2016), tal como expressam os participantes deste estudo:

“Colaboração na tentativa de reanimação, sem êxito.” (Q14)

“Prestada assistência durante o turno da noite no BP, quer durante a indução de TP, quer no parto eutócico (...).” (Q21)

“Prestei cuidados de enfermagem inerentes às situações, no que diz respeito à parte técnica (...).” (Q27)

“Estimulação fetal, monitorização, chamada da equipa médica, estabilização da grávida, preparação e envio rápido para o BO.” (Q28)

Uma das intencionalidades dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica deverá ser a prevenção de complicações, correspondendo a um conjunto de atitudes e ações que se adotam por antecipação, afim de evitar ou diminuir a probabilidade de eventos/processos adversos que possam ocorrer (Padrões de qualidade dos cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2021).

FATORES CONDICIONANTES NA ASSISTÊNCIA À MULHER/CASAL/FAMÍLIA

Quando questionados relativamente à existência de barreiras que condicionam a prestação de cuidados, mais de metade dos inquiridos (67.65%) afirma que se verificam. Essas limitações foram agrupadas em 4 categorias: **dificuldades pessoais** que se prendem principalmente com a comunicação, com a morte/perda e com a dificuldade na avaliação das necessidades dos casais; a **falta de recursos humanos**; as **barreiras estruturais**, como espaço físico inadequado, e a **gestão organizacional**, são fatores que condicionam a prestação de cuidados.

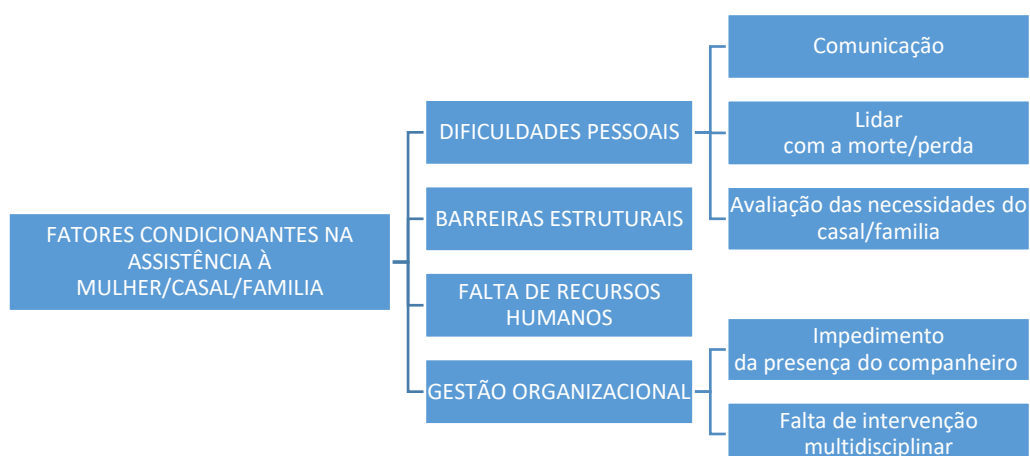


Diagrama 3 – Fatores condicionantes na assistência à mulher/casal/família

- **Dificuldades pessoais**

A falta de preparação profissional impede os enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de enfrentarem e se adaptarem ao processo de morte e de morrer, dificultando a comunicação e a assistência aos casais e famílias (Rocha et al., 2016). A **comunicação** não-verbal e a gestão do silêncio assumem um papel essencial neste processo. O silêncio deve ser entendido como ferramenta de comunicação no entanto, esse silêncio gera maior ansiedade e preocupação entre profissionais de saúde que possuem habilidades de comunicação limitadas ou menos experiência (Serrano et al., 2018):

“Nunca se sabe o que dizer numa situação destas.” (Q6)

“Nunca saber quando devo falar, se é que o devo fazer.” (Q21)

“O que dizer, qual o comportamento mais adequada perante esta situação.” (Q27)

“Por vezes não sei quais as palavras certas a utilizar.” (Q31)

A boa comunicação é um componente central no luto perinatal respeitoso e solidário. A comunicação eficaz passa por encontrar as palavras certas, tanto em relação ao que é dito como na forma como é dito, incluindo uma abordagem adequada e uma atenção cuidada. Os EEESMO não podem eliminar a dor emocional dos pais mas comunicar de forma sensível e compassiva, leva a que se sintam mais confortados, evitando o aumento da angústia sentida (PSANZ, 2020).

A comunicação deverá ser ponderada, em ambiente adequado, atendendo à privacidade, à linguagem e à terminologia utilizadas (Ramalho, 2018), baseada em conhecimentos científicos, humanizada e harmoniosa sem nunca descurar a linguagem corporal tão ou mais importante que a linguagem verbal (Rocha et al., 2016). A preparação e treino são por isso essenciais para melhorar a comunicação de más notícias, permitindo que os EEESMO se sintam mais confiantes e que estes casais se sintam mais compreendidos (Ramalho, 2018).

As lacunas existentes no conhecimento e nos recursos dos EEESMO que enfrentam uma situação de perda perinatal, compromete a sua atuação junto destas famílias e leva a que se sintam desamparados, ansiosos e frustrados o que põe em causa a sua competência profissional (Montero et al., 2011). De acordo com Verdon and Montigny (2021), a vulnerabilidade emocional dos enfermeiros pode influenciar as suas decisões e a capacidade de prestar cuidados de suporte numa situação de morte perinatal. Os mesmos autores referem por isso que a vivência da morte perinatal obriga ao reconhecimento dos seus sentimentos e das suas

limitações. Só desta forma os enfermeiros terão as ferramentas necessárias para ultrapassar as dificuldades que sentem em **lidar com o momento da morte/perda**:

“Lidar com os sentimentos, por vezes o afastamento da situação mostra essa incapacidade.” (Q7)

“Não saber lidar com o sofrimento e proteger-se, acabando por não cuidar da forma holística que estes casais tanto precisam. Falta de consciencialização dos profissionais de saúde para a existência da morte fetal que causa uma dor inexplicável e que leva a um luto prospetivo porque nunca se irá saber como seria, o que faria... não existem lembranças como no luto retrospectivo. É uma dor que a sociedade e os profissionais de saúde tendem a silenciar, na sua maioria “fogem”.” (Q12)

“Dificuldade em envolver-me e ajudar a mulher a significar a perda, sem me envolver demasiado.” (Q29)

O processo de cuidado durante o parto de um feto morto deve ser baseado na assistência humanizada mantendo o diálogo adequado com os pais, respeitando os seus desejos e reduzindo as intervenções não relevantes (Silva et al., 2020). Os EEESMO deverão aprimorar os seus conhecimentos na área das ciências humanas e sociais de modo a complementar a comunicação, a espiritualidade, a escuta qualificada, a preservação da autonomia e o respeito pelos diferentes comportamentos manifestados (Lari et al., 2018).

A principal barreira para a prestação de cuidados perinatais de alta qualidade é a dificuldade dos EEESMO **não entenderem o processo de luto dos pais ou as suas necessidades** (Quian et al., 2021, as cited in Andersson et al., 2014), tal como se pode verificar nos dados obtidos:

“A incerteza se foi dada a assistência adequada às necessidades da família.” (Q6)

“Não saber o que o casal espera de nós enquanto EESMO.” (Q9)

“Perceber se o meu comportamento vai de encontro às necessidades do casal.” (Q17)

“Dificuldade em perceber por vezes se a mãe já entendeu toda a informação que vamos dando e até que ponto devo ou não insistir para que a mãe veja o seu filho após o nascimento para se despedir e ajudar no luto.” (Q34)

De acordo com os Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da OE (2021):

“As necessidades em cuidados resultam da caracterização da condição da pessoa face aos processos corporais e psicológicos e o seu impacto na ação (comportamentos) e das necessidades ao nível das condições facilitadores da transição - conhecimentos, capacidades, auto-eficácia, significados e consciencialização do que muda e fica diferente” (p.14).

Só assim é possível assistir estes casais e famílias de forma adequada e permitir a vivência de um processo de luto saudável.

- **Barreiras estruturais**

O facto de existirem mulheres que sofreram uma perda fetal no mesmo espaço onde se ajuda a nascer outros bebés, é um ponto stressante e perturbador, pois exige uma mudança de atividade que obriga o EEESMO a modificar o seu comportamento em relação à escuta, presença física, gestão da privacidade/intimidade (Serrano et al., 2018). Para além disso, existe o incómodo do choro dos outros bebés. A não existência de um espaço físico destinado apenas para situações de morte fetal, é apontado pelos participantes do estudo como uma **barreira estrutural** dos serviços de saúde:

“O espaço físico não impede que o casal ouça outros bebés.” (Q9)

“Não haver uma zona sem choro de bebé para receber estas mulheres. Ter de fazer o parto dum bebé vivo que vai chorar ao nascer, na sala ao lado da mulher que está a espera de um bebé morto.” (Q19)

“(…) é sempre muito doloroso estar no nascimento de um nado-morto/abortamento e ser possível ouvir o choro de bebés saudáveis. (...) estar em alas de obstetrícia onde é constante o choro de bebés e onde se têm de deparar com grávidas de barrigas proeminentes e sorrisos felizes no corredor” (Q21)

É necessário criar condições nas instituições de saúde para receber e cuidar de pais que vivenciam uma morte fetal, disponibilizando espaços reservados às puérperas que se encontram sem os seus filhos, de forma a não ouvir o choro de outros bebés (Silva et al., 2020). Deverá existir preocupação em assegurar a estas mães e casais locais privados e isentos de ruídos que façam lembrar gestações bem-sucedidas (Ampese et al., 2007).

- **Falta de recursos humanos**

É fundamental “a dotação segura de EEESMO face às necessidades de cuidados de enfermagem especializados em cada contexto de cuidados e complexidade inerente” (Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2021, p.14) no entanto os participantes referem existir um número inadequado de enfermeiros para a prestação de cuidados junto destes casais/famílias/mulheres. De acordo com o último relatório da OCDE (Organisation for Economic Co-operation and Development) Health at a Glance de 2021, mostra que Portugal é o país com o rácio mais baixo de Enfermeiros por cada 1000 habitantes. A média dos Países da OCDE situa-se nos 8.3 Enfermeiros por cada 1000 habitantes que contrasta com os 7.3 do Serviço Nacional de Saúde. Tal facto é transversal aos cuidados de Saúde Materna e Obstétrica:

“Falta de tempo para estar com as famílias.” (Q3, Q27, Q28)

“Poucos recursos humanos. Falta de profissionais disponíveis para acompanhar estes casais com tempo e disponibilidade.” (Q9)

“Não haver por vezes tempo suficiente para somente falar e acompanhar os casais.” (Q19)

- **Gestão organizacional**

A situação excecional causada pela epidemia SARS-CoV-2 veio alterar significativamente a organização dos serviços do Sistema Nacional de saúde, com implicações no respeito dos direitos dos utentes, incluído o acompanhamento da grávida. Neste contexto o **impedimento da presença do companheiro** foi referido como uma limitação durante a prestação de cuidados:

“A limitação da não permanência do acompanhante durante todo o processo.” (Q5)

“No entanto com a pandemia surgem alguns obstáculos, uma vez que não são permitidos acompanhantes no bloco de partos.” (Q20)

“A falta do companheiro agora com o covid para estar junto da grávida e em conjunto vivenciarem a perda e iniciarem o luto.” (Q24)

O encaminhamento para psicólogos, assistentes sociais ou a para especialistas com experiência e conhecimento em perda e luto perinatal devem ser disponibilizados aos pais que necessitem de apoio imediato ou que possam estar em risco de luto complicado (PSANZ, 2020). Contudo, a

falta de intervenção multidisciplinar é apontada pelos enfermeiros como uma lacuna nos serviços de saúde, pela falta de profissionais de saúde da área da psicologia e psiquiatria:

“Falta de psicólogos.” (Q1; Q16)

“Falta de acompanhamento por equipa de psiquiatria e psicologia.” (Q26)

De acordo com Schmalfluss et al. (2019), os pais e as famílias devem receber uma assistência adequada no momento da perda, através de um cuidado qualificado na vertente física, emocional e social por parte dos profissionais de saúde, pois só dessa forma o processo de luto e o enfrentamento dessa situação será vivenciado mais facilmente. São por isso os enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica os elementos cruciais neste momento, que atuam diretamente com estas mulheres e casais e avaliam as suas necessidades.

SUGESTÕES DE MELHORIA DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Mais de metade dos EEESMO (52,94%) considera que não está preparado para lidar com situações de morte fetal. Reconhece por isso a necessidade de melhorar a sua atitude e intervenção face a morte fetal identificando algumas sugestões de melhoria da prática profissional junto dos casais/família, que foram agrupadas em 3 categorias: **formação em luto perinatal**; o **rede de apoio psicológico** a **partilha e reflexão em equipa**.

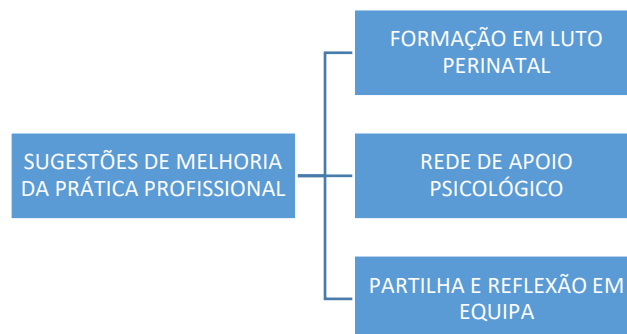


Diagrama 4 – Sugestões de melhoria da prática profissional

- **Formação em luto perinatal**

A abordagem da morte fetal deve ser uma parte estruturada dos cursos de especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica não só como um fator protetor na gestão do *stress*

mas também para que as novas gerações de profissionais de saúde da área de obstetrícia, possam melhorar substancialmente a qualidade do atendimento às famílias (Ravaldi et al., 2018). A **formação em luto perinatal** é deste modo considerada imprescindível para melhorar a intervenção dos enfermeiros EEESMO:

“Mais discussão sobre a morte em obstetrícia durante o curso da especialidade.” (Q3)

“Maior formação em luto perinatal.” (Q4)

“Preparação na área do luto.” (Q13)

“Ter formações sobre estratégias a adotar perante a morte fetal.” (Q20)

- **Rede de apoio psicológico**

Outro aspeto importante para os participantes deste estudo foi a necessidade de existência de **rede de apoio psicológico**. O estudo realizado por Serrano et al. (2018) defende a necessidade dessas redes de apoio no ambiente de trabalho para possibilitar a partilha de experiências no cuidado, reforçar as potencialidades e contribuir para a redução das fragilidades de todos os membros da equipa:

“Conversa com psicólogos em equipa, com regularidade.” (Q1)

“Apoio psicológico para ajudar a desconstruir estigmas sobre a morte.” (Q6)

“Apoio psicológico para os profissionais.” (Q11)

- **Partilha e reflexão em equipa**

Quando ocorre uma morte fetal numa unidade de obstetrícia, todos os profissionais ficam envolvidos no processo, determinando o carácter multidisciplinar na atuação necessária (Montero et al., 2011). Assim, torna-se importante a existência de coesão e entreajuda por parte dos profissionais de saúde para que o luto seja vivido de forma saudável (Antunes & Patrocínio, 2007) sendo a **partilha e reflexão em equipa** uma mais-valia para os cuidados, tal como referem os participantes deste estudo:

“A necessidade de falar entre pares para ultrapassar as dificuldades. Reuniões e momentos de partilha.” (Q17)

“Ter um espaço próprio para os profissionais expressarem os seus sentimentos e dificuldades sentidas.” (Q20)

“Sessões entre profissionais onde se pudesse debater o assunto, explorar estratégias com base na vivência que muitos de nós já tivemos.” (Q31)

“Falar mais sobre situações que vão acontecendo e explorar os sentimentos que isso desperta em cada um de nós.” (Q34)

Será importante poder proporcionar oportunidades de reuniões de equipa, onde os enfermeiros possam analisar suas próprias reações diante de uma morte perinatal e o luto dos pais. A abertura desse espaço leva a que os enfermeiros desenvolvam maior autoconsciência para refletir sobre as suas interações com os outros (Verdon & Montigny, 2021). Quando a equipa passa mais tempo a discutir emoções e experiências, permite pensar com mais clareza e tomar decisões em situações emocionalmente difíceis relacionadas com a morte perinatal (André et al., 2016).

2.5 SÍNTESE CONCLUSIVA

A morte de um feto é um evento difícil de gerir por parte dos EEESMO afetando todas as suas dimensões, enquanto pessoa e enquanto profissional com diferentes perceções e significados. Representa um evento desafiador que põe à prova os seus próprios sentimentos e emoções. A resposta emocional manifestada pelos EEESMO revela que são experimentados diferentes sentimentos e emoções aproximando-os ou afastando-os da situação numa atitude de compreensão e empatia ou de distanciamento para com as famílias enlutadas. Por outro lado, transporta-os para as suas próprias experiências de morte fetal ou para a hipótese puder vir a vivencia-la levando à valorização da sua própria família.

Trabalhar com famílias em luto é desafiador e difícil, e requer um alto nível de habilidade (Hutti et al., 2016). A prática dos EEESMO assenta nos princípios ético-legais, nos cuidados relacionais e nos cuidados técnicos. Valorizam e respeitam as decisões do casal, sem julgamento, prestam cuidados que se baseiam no estabelecimento de uma relação de ajuda, no respeito pela privacidade/intimidade, no fornecimento de informação, na facilitação da presença do companheiro, da visualização do bebé, na sua despedida e da criação de memórias além dos cuidados inerentes ao trabalho de parto. Sendo o EEESMO o elemento facilitador do processo de luto, é fundamental o desenvolvimento de competências que lhes permita lidar melhor com

a morte fetal e facilite a abordagem destes casais/famílias, nomeadamente a competência humana para o estabelecimento de uma relação terapêutica com os casais/famílias conseguida através da empatia, da escuta ativa e de uma comunicação eficaz; a competência técnico-científica desenvolvida através da aquisição de novos conhecimentos sobre a morte fetal e o luto, e a competência ético-moral mantida através do respeito pelo outro e pela aceitação. Só desta forma será possível a recuperação do equilíbrio e bem-estar da mulher/casais/famílias e a vivência de um processo de transição saudável.

Contudo, existem fatores identificados pelos EEESMO que condicionam a assistência adequada à mulher/casal/família. As dificuldades pessoais nomeadamente na comunicação, no confronto com a morte/perda, na avaliação das necessidades do casal/família, a existência de barreiras estruturais relacionadas com a ausência de espaços adequados a estas famílias, a gestão organizacional que limita muita vezes a presença do companheiro ou a falta de disponibilidade de apoio multidisciplinar a estes casais/famílias e a falta de recursos humanos, condicionam a atuação dos enfermeiros especialistas e pode comprometer a vivência de um processo de luto saudável.

A escassez de enfermeiros pode ter consequências preocupantes, afetando negativamente os cuidados prestados e afetando negativamente os enfermeiros aumentando o risco de exaustão, *stress*, insatisfação e burnout (Nunes, 2011). O cálculo das dotações seguras dos enfermeiros “... não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por doente e por dia ou a tempos médios utilizados em determinados procedimentos, (...) deve considerar também aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar” (Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, OE, 2019, p.128). O número adequado de enfermeiros contribui para a proteção da saúde e segurança dos cuidados de saúde, mas também dos próprios profissionais envolvidos. Devem por isso as instituições de saúde e os respetivos serviços de saúde materna e obstétrica respeitar o presente quadro normativo para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, publicada no Regulamento n.º 743/2019 que constitui uma “... referência para a garantia da segurança na prestação dos cuidados, nos diferentes contextos” (Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, OE, 2019, p.129).

“A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos

cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações...” (Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, OE, p.128).

De acordo com Camarneiro et al. (2015), a morte fetal é considerada um problema de saúde pública, uma vez que pode ser a causa de um grande número de perturbações emocionais da mulher e do casal, exigindo por isso uma atenção redobrada por parte dos profissionais de saúde, especialmente os EEESMO, elementos determinantes neste processo que prestam cuidados diretos a estas mulheres e estabelecem uma relação de ajuda e de proximidade com estas famílias. Mais de metade dos enfermeiros EEESMO (52,94%) que participou no estudo, considera que não está preparado para lidar com situações de morte fetal existindo uma necessidade urgente de formação específica em cuidados no luto que atendam às necessidades dos EEESMO. Percebe-se a importância de um maior investimento formativo, nomeadamente sobre o processo de luto perinatal, habilidades de comunicação e técnicas adequadas de relação de ajuda.

A formação, o treino e o apoio entre os profissionais de saúde são fundamentais para que estes possam lidar melhor com as suas emoções. Deverá assim existir “uma política de formação contínua dos EEESMO, promotora da reflexão sobre os cuidados, do desenvolvimento profissional e, em consequência, da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados” (Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2021, p.14). Pois, mesmo que pareça haver conhecimento sobre como lidar com a perda e o processo de luto, pode haver dificuldade em transpor esse conhecimento para a prática ou em pensar com mais clareza e tomar decisões em situações emocionalmente difíceis como a morte de um filho.

Melhorar o nível de conhecimento e habilidades de assistência ao luto perinatal, melhorar as habilidades clínicas e assistência ao aborto e fortalecer o apoio psicológico para EEESMO são três elementos chave que devem ser incluídos em futuros planos de formação (Quian et al., 2021). A capacitação é assim a chave que permitirá aos EEESMO fornecer de forma construtiva o apoio necessário aos casais/famílias que passam pela perda de um filho (Sampayo, 2019) porque (...) “a dinâmica do trabalho e das equipas não emerge de um dia para o outro e é preciso formação e investimento para formar equipas de elevado desempenho” (Nunes, 2011, p.5).

Além da formação em luto perinatal os EEESMO também defendem a necessidade de redes de apoio psicológico através de equipas especializadas e da existência de momentos de partilha e reflexão para que possam tomar consciência de si próprios, dos seus medos e das suas atitudes

e assim melhorar as suas competências. As instituições de saúde não podem ser indiferentes e devem prestar o apoio necessário no que respeita às suas políticas e diretrizes para que reconheçam as experiências e as necessidades dos enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

A busca de novos conhecimentos durante a nossa prática clínica capacita-nos para melhores cuidados, técnicos ou interpessoais. Decisões informadas e conscientes, cuidado baseado em evidências, protocolos institucionais pré estabelecidos e comportamento técnico uniforme constituem a base de uma assistência segura e um cuidado contínuo (Salgado et al., 2021). Essas ferramentas podem favorecer a estruturação do cuidado às famílias que vivenciam a morte fetal, criando condições que conduzam a um processo de transição saudável, mas também assegurando o bem-estar do EEESMO, garantindo confiança na prática dos seus cuidados.

Assim sendo, conclui-se que a escassez de recursos e os poucos conhecimentos dos enfermeiros ao nível da formação básica, intermédia e avançada na área da avaliação e intervenção no luto impõe importantes limitações à concretização das suas intervenções pelo que se entende ser necessário a implementação de programas de formação aos EEESMO nesta área e momentos de partilha regulares (com equipas especializadas ou em equipa). Considero por isso que esta investigação irá contribuir para a reflexão dos EEESMO abrindo caminho para a melhoria dos cuidados de saúde às mulheres/casais/famílias que vivenciam a perda de um feto.

CONCLUSÃO

O presente documento traduz numa primeira parte, a reflexão crítica das intervenções desenvolvidas ao longo dos estágios e o aprofundamento e consolidação dos conhecimentos científicos adquiridos, competências pessoais e profissionais, bem como todas as experiências que se entendem terem sido enriquecedoras do ponto de vista formativo para a minha aprendizagem enquanto aluna mas também enquanto profissional e futura enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Todo o percurso realizado permitiu desta forma a mobilização de conhecimentos e a aquisição de capacidades que culminaram no desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, tendo sempre por base os princípios contemplados no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), no Código Deontológico do Enfermeiro, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, além dos regulamentos de competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Só assim foi possível a aquisição de um número de experiências mínimas exigidas, preconizadas pela ordem dos enfermeiros no *Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, aprovado em 2021 e regulamentado pela diretiva Europeia 2005/36/CE para a atribuição do título de enfermeiro EESMO.

Assumi uma atitude autónoma e responsável na prestação dos cuidados culturalmente congruentes e procurei o maior número de experiências, aproveitando todas as oportunidades de aprendizagem e respeitando os princípios científicos dos procedimentos apreendidos durante a fase teórica. Estabeleci uma postura empática e comunicativa com a equipa multidisciplinar nos vários campos de estágio, solicitando esclarecimentos oportunos e orientação, visando o desenvolvimento das atividades da forma mais correta e assertiva possível, seguindo os procedimentos e protocolos institucionalizados. Procurei integrar a dinâmica funcional das práticas de enfermagem, numa atitude de disponibilidade, interesse, iniciativa, transmitindo uma postura de confiança e respeito, o que se tornou facilitador no processo de adaptação e de aprendizagem progressiva, tendo conseguido ir ao encontro do desempenho pretendido enquanto estudante. Demonstrei capacidade e sentido de responsabilidade profissional, ética e deontológica na assistência à grávida/família e recém-nascido, adotando uma prática de cuidados que promovessem a segurança, a privacidade e a

dignidade da grávida/família/ recém-nascido. Participei nos processos de tomada de decisão em equipa suportada em princípios, valores e normas deontológicas bem como na avaliação dos resultados de forma partilhada incorporando diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade das práticas.

De acordo com o artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, o grau de Mestre é conferido aos que demonstrem “possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que (...) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação” e como tal, este relatório integra na segunda parte um estudo de investigação com uma abordagem qualitativa que tem como objetivo responder à seguinte questão de investigação: Como é que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica cuidam das mulheres/casais/famílias numa situação de morte fetal?

O enfermeiro ESMO atua como agente facilitador na transição de um processo de luto saudável. No entanto, a raiva, o medo, a desconfiança, a irracionalidade e a exigência manifestados pelos pais que vivenciam um processo de luto pode causar dificuldades na prestação de cuidados. O estudo realizado foi importante para ajudar a perceber a perceção e o significado que os enfermeiros ESMO atribuem à morte fetal; as práticas profissionais; os fatores que condicionam a assistência à mulher/casal/família; e propor sugestões que visem a melhoria dos cuidados especializados a estas mulheres/casais/famílias, respondendo aos objetivos propostos para esta investigação. Conclui-se que a morte fetal afeta os enfermeiros ESMO, do ponto de vista pessoal e profissional remetendo-os para a sua própria vulnerabilidade enquanto seres humanos. A prática dos enfermeiros ESMO demonstra respeito pelos princípios ético-legais, o estabelecimento de uma relação de ajuda e a prestação de cuidados técnicos especializados, exigidos durante o trabalho de parto de um feto morto. No entanto, verifica-se limitações e dificuldades que condicionam a intervenção dos enfermeiros, nomeadamente a nível pessoal (na comunicação, na abordagem da morte/perda e na avaliação das necessidades das mulheres/casais/famílias) mas também condicionantes estruturais e de gestão (organizacional e de recursos humanos). Tendo em conta os dados analisados, entende-se ser necessário a existência de formação em luto perinatal, não só durante a formação dos enfermeiros especialistas mas também no seio das equipas dos respetivos serviços onde experienciam situações de morte fetal permitindo também a reflexão em equipa. A existência de redes de apoio no ambiente de trabalho seria também uma mais-valia na gestão do *stress* e iria contribuir para a melhoria da prática de enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Além de constituir uma reflexão da prática desenvolvida, este relatório constitui uma proposta de melhoria dos cuidados de enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica e espera-se que motive para a realização de outros estudos no âmbito da humanização dos cuidados e em estratégias de melhoria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association. (2020). Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas. (7nd ed.). *Universidade de Aveiro*. APA

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2020). *Normas para Unidades de Cuidados na Maternidade*. (Trad.). Documento original publicado em 2018. https://uterus.pt/wp-content/uploads/2021/07/Normas-para-Unidades-de-Cuidados-na-Maternidade_compressed.pdf

Aviso n.º 3916/2021 da Ordem dos Enfermeiros. (2021). Diário da República: II série, n.º 43. <https://files.dre.pt/2s/2021/03/043000000/0023700256.pdf>

Aguiar, C. H. & Zorning, S. (2016). Luto fetal: a interrupção de uma promessa. *Periódicos electrónicos em Psicologia*, 264-281. <http://dx.doi.org/0.11606/issn.1981-1624.v21i2p264-281>

Amado, J. (2014). *Manual de investigação qualitativa em educação* (2nd ed.). Imprensa da Universidade de Coimbra.

Ampese, D., Perosa, G. & Haas, R.E. (2007). A influência da atuação de enfermagem aos pais que vivenciam a morte do feto viável. *Revista Bioethikos*, 1(2), 70-77. <https://saocamilo-sp.br/bioethikos/bioethikosdetalhes/57>

André, B., Dahl, R., Eilertsen, T. & Ringdal, G. (2016). Culture of silence: Midwives, obstetricians and nurses experiences with perinatal death. *Clinical Nursing Studies*, 4(4), 58-65. [10.5430/cns.v4n4p58](https://doi.org/10.5430/cns.v4n4p58)

Antunes, M. S., & Patrocínio, C. (2007). A malformação do bebé. Vivências psicológicas do casal. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8(2), 239-252. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v8n2/v8n2a07.pdf>

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Binnie, C. (2020). Quebrando o silêncio. *British Journal of Midwifery*, 144-145. <https://www.britishjournalofmidwifery.com/content/charity-spotlight/breaking-the-silence>

Camarneiro, A. P., Maciel, J. C. & Silveira, R. M. (2015). Vivências da interrupção da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: um estudo Fenomenológico. *Revista de*

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000200013

Catlin, A. (2017). Creation of interdisciplinary guidelines for care of women presenting to the emergency department with pregnancy loss. *Journal of Perinatology*, 1(5). [10.1038/jp.2017.61](https://doi.org/10.1038/jp.2017.61)

Carmo, H. & Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia da investigação: Guia para a auto-aprendizagem*. (2nd ed.). Universidade Aberta.

Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Fortuño, M. & Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (23), 63-72. [10.19131/rpesm.0274](https://doi.org/10.19131/rpesm.0274)

Dias, E. N. & Ribeiro, J.L. (2019). O Modelo de Coping de Folkman e Lazarus: Aspectos Históricos e Conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2). <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>

Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Diário da República: I série - A, n.º 60. <https://files.dre.pt/1s/2006/03/060a00/22422257.pdf>

Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro. (2005). *Jornal Oficial da União Europeia*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14310/directiva-2005-36-ce.pdf>

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*. <https://pt.scribd.com/document/474359899/Orientacoes-Para-a-Realizacao-Dos-Cursos-de-Preparacao-Para-oParto-e-Parentalidade-e-Cursos-Para-a-Revisao-Pos-Parto-Versao-Para-DiscussaoPublica>

Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>

Direção Geral da Saúde (2006). Circular Normativa da DGS nº2 DSMIA de 16 de janeiro (2006). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-2dsmia-de-16012006-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2005). Circular Normativa da DGS n.º7 DSMIA de 28 de novembro. https://www.spdc.pt/files/legix/11258_3.pdf

Flenady, V., Boyle, F., Koopmans, L., Wilson, T., Stones, W. & Cacciatore, J. (2014). Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. *Royal College of Obstetricians and Gynecologists*, 121(4), 137-140. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13009>

Fenstermacher, K. & Hupcey, J. E. (2013). Perinatal bereavement: a principle-based concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2389-400. [10.1111/jan.12119](https://doi.org/10.1111/jan.12119)

Ferrão, A. & Zagão, M. (2017). Liberdade de Movimentos e Posições no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto. *Riase – Revista Ibero Americana de Saúde e Envelhecimento*. 3(1), 886 – 900. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/22704/1/179-738-1-PB.pdf>

Fonseca, V. (2016). Importância das emoções na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. *Revista Psicopedagogia*, 33(102), 365-384. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v33n102/14.pdf>

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. (N. Salgueiro Trad.). Lusociência. Lusociência.

Gesteira, S. M., Barbosa, V. L. & Endo, P.C. (2006). O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(4), 462-467. <https://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a16.pdf>

Gold, K. J., Dalton, V. K. & Schwenk, T. L. (2007). Hospital Care for Parents After Perinatal Death. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 109(5), 1156-1166. [10.1097/01.AOG.0000259317.55726.df](https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000259317.55726.df)

Gonçalves, P. C. & Bittar, C. M. (2016). Estratégias de enfrentamento no luto. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 24(1), 39-44. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v24n1p39-44>

Gravensteen, I. K., Helgadóttir, L. B., Jacobsen, E. M., Radestad, I., Sandset, P. M. & Ekeberg, O. (2013). Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study. *BMJ Open*, 3(10). [10.1136/bmjopen-2013-003323](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003323)

Hutti, M. H., Armstrong, D. S., Myers, J. A. & Hall, L. A. (2015). Grief Intensity, Psychological Well-Being, and the Intimate Partner Relationship in the Subsequent Pregnancy after a Perinatal Loss. *Journal of Obstetrics, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(1), 42-50. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12539>

Hutti, M. H., Polivka, B., White, S., Hill, J., Clark, P., Cooke, C, Clemens, S. & Abell, H. (2016). Experiences of Nurses Who Care for Women After Fetal Loss. *Journal of Obstetrics, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(1), 17–27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2015.10.010>

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Estatísticas Demográficas - 2020*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=442993507&PUBLICACOESmodo=2

International confederation of Midwives. (2021). *Women's Rights in Childbirth Must be Upheld During the Coronavirus Pandemic*. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/news-files/2020/03/icm-statement_upholding-womens-rights-during-covid19-5e83ae2ebfe59.pdf

Kersting, A. & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci*, 14(2), 187–194. [10.31887/DCNS.2012.14.2/akersting](https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/akersting)

Kolte, A. M., Bernardi, L. A., Christiansen, O. B., Quenby, S., Farquharson, R. G., Goddijn, M. & Stephenson, M. D. (2015). Terminology for pregnancy loss prior to viability: a consensus statement from the ESHRE early pregnancy special interest group. *Human Reproduction*, 30(3), 495–498. [10.1093/humrep/deu299](https://doi.org/10.1093/humrep/deu299)

Kubler-Ross, E. (2002). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. (8nd ed.). LILACS.

Lari, L. R., Shimo, A. K., Carmona, E. V., Lopes, M. H., & Campos, C. J. (2018). Suporte aos pais que vivenciam a perda do filho neonato: revisão de literatura. *Aquichan*. 18(1), 80-84. [10.5294/aqui.2018.18.1.8](https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.1.8)

Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril. (2007). Diário da Republica: I Série, n.º 75. <https://files.dre.pt/1s/2007/04/07500/24172418.pdf>

Lei nº 120/99 de 11 de Agosto. (1999). Diário da Republica: I Série, n.º 186. <https://files.dre.pt/1s/1999/08/186a00/52325234.pdf>

Lemos, L.F. & Cunha, A. C. (2015). Concepções sobre morte e luto: experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicologia: Ciência e profissão*, 35(4), 1120-1138. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001582014>

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento Materno*. Unicef. www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-mateRno.pdf

Meleis, A. I. & Trangestein, P. A. (1994). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259. [10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (1nd ed.). Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and progress*. (5nd ed.). Wolters Kluwer health.

Melo, C. T. & Vaz, P. R. (2019). Perda gestacional e neonatal, um sofrimento como outro qualquer. *Matrizes*, 13(2), 91-112. <https://doi.org/10.11606/issn.1982-8160.v13i2p91-112>

Montero, S.M., Sánchez, J.M., Montoro, C. H., Crespo, M. L., Jaén, A.G & Tirado, M. B. (2011). A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(6), 1405-12. https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_18.pdf

National Institute for Health and care Excellence (2016). *Contraception*. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs129/resources/contraception-pdf-75545366974405>

Néné, M., Batista, M., A. & Marques, R. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel.

Nunes, L. (2011). Evocando o cachimbo de Magritte: das dotações, políticas de pessoal e discursos de acessibilidade. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, (3), 1-8. https://www.researchgate.net/publication/261872452_Evocando_o_cachimbo_de_Magritte_das_dotacoes_politicas_de_pessoal_e_pessoal_e_discursos_de_acessibilidade

Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de Enfermagem*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna E Obstétrica*. OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro Especialista*. OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. OE.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boas práticas em saúde infantil e pediátrica*. OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual – Enunciados descritivos*. OE.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD INDICATORS*. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>

Organização Mundial da Saúde. (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

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

Organização Mundial da Saúde. (2015). *The Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030): a roadmap based on evidence and country experience*.

<https://www.who.int/docs/default-source/child-health/the-global-strategy-for-women-s-children-s-and-adolescents-health-2016-2030.pdf>

Perinatal Society of Australia and New Zealand. (2020). *Clinical Practice Guideline for Care Around Stillbirth and Neonatal Death*. (3rd ed.). Centre of Research Excellence in Stillbirth. <https://stillbirthcre.org.au/wp-content/uploads/2021/03/Clinical-Practice-Guidelines-for-Care-Around-Stillbirth-and-Neonatal-Death2-2.pdf>

Potra, T. M. F. dos S. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade de cuidados de enfermagem*. [Unpublished doctoral dissertation]. Universidade de Lisboa.

Ramalho, C. (2018). Competências de comunicação clínica em Obstetrícia. *Acta Obstet Ginecol Port*, 12(4), 254-255. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302018000400001

Ravaldi, C., Levi, M., Angeli, E., Romeo, G., Biffino, M., Bonaiuti, R. & Vannacci, A. (2018). Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs? *Midwifery*, 64, 53–59. [10.1016/j.midw.2018.05.008](https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.008)

Reddy, U. M., Goldenberg, R., Silver, R., Smith, G., Pauli, R., Wapner, R., Gardosi, J., Pinar, H., Grafe, M., Kupferminc, M., Varli, I., Erwich, J., Fretts, R. & Willinger, M. (2009). Stillbirth Classification- Developing an International Consensus for Research: Executive Summary of a National Institute of Child Health and Human Development Workshop. *Obstet Gynecol*, 114(4), 901–914. [10.1097/AOG.0b013e3181b8f6e4](https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181b8f6e4)

Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (1nd ed.). Climepsi Editores.

Rocha, L., Melo, C., Costa, R. & Anders, J. C. (2016). A comunicação de más notícias pelo enfermeiro no cenário do cuidado obstétrico. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, 20(e981). <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160051>

Rocha, L., Monticelli, M., Martins, A., Scheidt, D., Costa, R., Borck, M. & Burigo, R. A. (2012). Sentimentos paternos relacionados à hospitalização do filho em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista de Enfermagem UFSM*, 2(2), 264-274. [10.5902/217976925382](https://doi.org/10.5902/217976925382)

Rosenbaum, J. L., Smith, J. R. & Zollfrank, R. (2011). Neonatal End-of-Life Spiritual Support Care. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 25(1), 61–69. [10.1097/JPN.0b013e318209e1d2](https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e318209e1d2)

- Salgado, H. O., Andreucci, C. B., Gomes, A. C., Souza, J.P. (2021). The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil-a quasi-experimental before-and-after study. *Reproductive Health*, 18(5). [10.1186/s12978-020-01040-4](https://doi.org/10.1186/s12978-020-01040-4)
- Sampayo, L. H. (2019). Vivencia del cuidado de enfermería en un proceso de duelo. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23(54). [10.14198/cuid.2018.54.07](https://doi.org/10.14198/cuid.2018.54.07)
- Serrano, F., Centeno, M. & Ramalho, C. (2018). Estudo das situações de morte fetal após as 24 semanas. *Acta Obstet Ginecol Port.*, 12 (3), 240-244. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v12n3/v12n3a15.pdf>
- Silva, M. M., Santana, L. V., Braga, S. L., Kawakame, P. M., Kawakame, D. G. & Neto, A. K. (2020). Desvendando o significado do óbito fetal para o enfermeiro obstetra. *Brazilian Journal of health Review*, 3(5), p. 15291-15306. [10.34119/bjhrv3n5-309](https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-309)
- Sloan, P., Kirsh, S. & Mowbray, M. (2008). Viewing the Fetus Following Termination of Pregnancy for Fetal Anomaly. *Journal of Obstetrics, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37, 395-404. [10.1111/j.1552-6909.2008.00260.x](https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00260.x)
- Sociedade Portuguesa de Contraceção (2020). *Consenso sobre contraceção 2020*. https://www.spdc.pt/images/CONSENSOS_FINAL.pdf
- Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. (2022). *Normas de Orientação Clínica – Perda Gestacional Recorrente*. SPOMMF.
- Sun, S.Y., Mattar, R., Carvalho, N. & Neto, A.R. (2019). Óbito fetal. Protocolos da Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco. *FEMINA*, 47(6), 322-49. <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/pt/biblio-1129010>
- Verdon, C & Montigny, F. (2021). Experiences of Nurses Who Support Parents During Perinatal Death. *Journal Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 50(5), 561-567. [10.1016/j.jogn.2021.04.008](https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.04.008)
- Warren, J. E. & Silver, R. M. (2008). Genetics of Pregnancy Loss. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 51(1), 84-95. [10.1097/GRF.0b013e318161719c](https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e318161719c)
- World Health Organization. (2016). *The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM*. WHO.

Wachelke, J. & Camargo, B. (2007). Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 41(3), 379-390. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v41n3/v41n3a13.pdf>

Youngblut, J. M., Brooten, D., Cantwell, G. P., Moral, T. & Totapally, B. (2013). Parent Health and Functioning 13 Months After Infant or Child NICU/PICU Death. *Pediatrics*, 132(5), 1295-1301. [10.1542/peds.2013-1194](https://doi.org/10.1542/peds.2013-1194)

ANEXO I
PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESEnfC

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnC)

Parecer Nº 651/02-2020

Título do Projecto: Morte Fetal: estratégias de intervenção dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica para a vivência de um processo de luto saudável

Identificação das Proponentes

Nome(s): Sónia Patrícia Dias Neves

Filiação Institucional: Estudante do VIII Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, ESEnC

Investigador Responsável/Orientador: Prof.^a Ana Maria Poço dos Santos e Co-orientação da prof.^a Teresa Cláudia Patrícia da Costa Brás

Relator: Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves

Parecer

O estudo a desenvolver pelas proponentes insere-se no Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica justificando a sua pertinência pelo impacto que o confronto "com a morte fetal e com o sofrimento dos pais que vivenciam esta perda" tem sobre o enfermeiro de Saúde Materna e Obstétrica que "irá passar por um conjunto de emoções, que influenciará de certa forma o cuidado prestado".

Tem como objetivos "Conhecer o significado atribuído pelos enfermeiros de Saúde Materna e Obstétrica perante a morte de um feto em contexto de sala de partos; Conhecer as dificuldades sentidas pelos enfermeiros de Saúde Materna e Obstétrica na assistência à mulher/família no processo de luto em contexto de sala de partos; Identificar estratégias que permitam aos enfermeiros de Saúde Materna e Obstétrica lidar com situações de perda gestacional e com a gestão de sentimentos em contexto de sala de partos".

É uma investigação qualitativa, tratando-se de estudo descritivo transversal. A população alvo será "constituída por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica que exerçam funções na sala de partos da Maternidade do Centro Hospitalar Tondela-Viseu" tendo como critério de inclusão "que tenham assistido mulheres/casais/famílias em situação de morte fetal". O método de amostragem "será não probabilístico acidental (...) mediante a disponibilidade e vontade em transmitir as suas vivências".

A voluntariedade e autonomia das participantes são asseguradas através da obtenção formal do seu consentimento livre e esclarecido. No termo de consentimento anexado pela proponente consta a identificação das proponentes, contextualização e objetivo do estudo, metodologia de recolha de dados e a garantia de anonimato e tratamento confidencial de toda a informação. É assegurada a possibilidade de anular a participação no estudo, colocar questões e aceder aos resultados da investigação, se solicitado, sendo facultado contato telefónico e endereço eletrónico da investigadora responsável.

A recolha de dados está prevista entre os p.f. meses de maio e junho, sendo realizada através de entrevista semi-estruturada, com gravação áudio, a ser realizada pela investigadora.

Foi endereçado Pedido de autorização à Comissão de Ética do Centro Hospitalar Tondela-Viseu no qual consta a identificação da investigadora responsável, contextualização do Mestrado, âmbito e finalidade do estudo e metodologia de recolha de dados. São assegurados o anonimato e confidencialidade dos dados e a sua destruição após tratamento.

Nos pressupostos anteriores, sou de parecer favorável à realização do estudo, devendo a investigadora adequar as datas de recolha de dados à situação epidemiológica nacional.

O relator:



Data: 25/03/2020 O Presidente da Comissão de Ética: *Marília Flomena Botelho*



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

FCT Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia

APÊNDICE I

GUIÃO DA ENTREVISTA

Guião da Entrevista

Tema: Compreender a assistência dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e obstétrica na adaptação ao processo de transição em situações de morte fetal.

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

- Idade: _____
- Sexo: Feminino Masculino
- Estado civil:
- Filhos: Não Sim
- Serviço onde desempenha funções: _____
- Tempo de experiência profissional: _____
- Tempo de experiência profissional como EEMO: _____
- Tempo de experiência profissional neste serviço: _____

PARTE II – ADORDAGEM DOS OBJETIVOS

Objetivo I - COMPREENDER O SIGNIFICADO ATRIBUÍDO PELOS ENFERMEIROS DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA PERANTE A MORTE DE UM FETO:

1. O que representa para si a morte fetal? Esta experiência afeta a sua vida pessoal?
De que forma?
2. Descreva-me uma situação de morte fetal que o tenha marcado. Que tipo de assistência prestou nessa situação?
3. Enquanto EESMO, como se sente quando presta cuidados a estas mulheres/casais/famílias
4. Na sua opinião, entende que o processo de luto seja um processo de transição?
Que cuidados entende serem fundamentais para ajudar estas mulheres/casais/famílias neste processo?

Objetivo II - CONHECER AS DIFICULDADES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA À MULHER/FAMÍLIA NO PROCESSO DE LUTO:

1. Que dificuldades sente quando presta cuidados a mulheres/casais/famílias que experienciam a morte de um feto?
2. Na sua opinião, quais são as principais dificuldades sentidas pelos elementos da sua equipa na assistência a mulheres/casais/famílias?
3. Entende que o seu serviço apresenta barreiras que dificultam o processo de transição de um luto saudável destas mulheres/casais/famílias?

Objetivo III - IDENTIFICAR ESTRATÉGIAS QUE PERMITAM AOS ENFERMEIROS DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA LIDAR COM SITUAÇÕES DE PERDA GESTACIONAL E COM A GESTÃO DE SENTIMENTOS:

1. Considera que os EESMO estão preparados para lidar com situações de morte fetal? Quais as principais lacunas? Que propostas sugere?
2. Na sua opinião, que competências técnicas e científicas considera serem necessárias ao EESMO para um cuidado de excelência a estas mulheres/casais/famílias?