



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

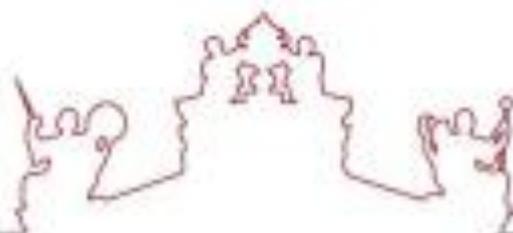
Relatório de Estágio

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

Leandro Miguel dos Santos Pereira

Orientador(es) | **Maria da Luz Ferreira Barros**

Évora 2024



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

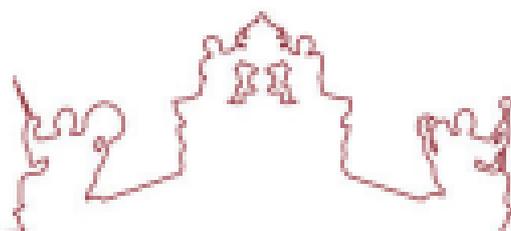
Relatório de Estágio

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

Leandro Miguel dos Santos Pereira

Orientador(es) | **Maria da Luz Ferreira Barros**

Évora 2024



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | A. Frias (Universidade de Évora)

Vogais | Maria Sagrario Gómez Cantarino (Universidad de Castilla-La Mancha) (Arguente)
Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora) (Orientador)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de manifestar, inicialmente, os meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas e instituições que tornaram possível a realização deste relatório de estágio e a conclusão deste mestrado. Este percurso académico foi uma jornada de crescimento pessoal e profissional, permitindo atingir o objetivo primordial desta aventura, ser Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Para a Professora Doutora Maria da Luz Ferreira Barros, um agradecimento pelo compromisso, orientação e contribuições ao longo deste relatório. A sua insistência e reforço positivo foram fundamentais para o desenvolvimento e término desta etapa.

À minha família, pelo apoio incondicional, sorriso na cara e olho vidrado de orgulho por ter ingressado nesta mui nobre arte.

A vocês, Débora, Catarina e Vanda, colegas de turma, parceiras de trabalho e amigas para uma vida, um dos maiores agradecimentos. Obrigado pelos dias de foco, companheirismo e por serem impulsionadoras de um Leandro melhor.

Às Enfermeiras Supervisoras, Lurdes, Mariana, Patrícia, Sandra Capucho, Graça, Sandra Valongo, Rita e Marina nos diversos contextos de estágio pelo empenho, dedicação, transmissão de conhecimentos, oportunidades de aprendizagem e estimulação contínua do pensamento crítico.

A ti Luís, pela preponderância e encorajamento contínuo. Pelas palavras de incentivo e por promoveres a visão no copo meio cheio.

Ao meu avô, António. Obrigado. Sei que deste uma ajuda aí de cima.

RESUMO

Introdução: O exercício como Enfermeiro Especialista, através do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, oferecido pelo Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, exige um processo de aquisição de competências. **Objetivo:** Documentar as atividades nos diferentes campos de estágio e identificar a evidênciacientífica relativa aos comportamentos gerados pelo casal e profissional de saúde face à perda gestacional e o seu contributo para a enfermagem de saúde materna. **Metodologia:** Descrição dos contextos clínicos e experiências e aprofundamento do tema. A reflexão sobre a clínica é sustentada por estratégias de aprendizagem. **Resultados:** Adquiriu-se competências e a exploração da temática contribuiu para a elucidaçãodos comportamentos adotados e para a consciencialização face à perda em fases precoces de concepção. **Conclusões:** A aquisição de competências permite alcançar o caminho para um exercício que releva a importância do papel do enfermeiro como facilitador da transição.

Descritores (DeCS): Comportamento; Gravidez; Parentalidade; Perda; Pesar.

ABSTRACT

TITLE: " Health professionals and Couples's behaviors in the presence of gestational lost"

Introduction: The exercise as a Specialist Nurse, through the Professional Internship with Final Report, offered by the Master's Degree in Maternal Health and Obstetric Nursing, requires a process of acquisition of skills. **Objective:** To document the activities in the different internship fields and to identify the scientific evidence regarding the behaviors generated by the couple and health professionals in the presence of Gestational lost and their contribution to maternal health nursing. **Methodology:** Description of clinical contexts and experiences and deepening of the theme. Reflection on the clinic is supported by learning strategies. **Results:** Skills were acquired and the exploration of the theme contributed to the elucidation of the adopted behaviors and to the awareness of loss in the early stages of conception. **Conclusions:** The acquisition of competencies allows us to reach the path to an exercise that highlights the importance of the nurse's role as a facilitator of the transition.

Descriptors (MeSH): Behavior; Grief; Parenting; Pregnancy; Loss.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO PROFISSIONAL	14
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO A	16
1.2 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO B.....	19
1.3 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO C.....	25
1.4 METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	27
2. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	30
2.1 CONCETUALIZAÇÃO	32
2.2 RESULTADOS EMPÍRICOS DO EXERCÍCIO DE OBSERVAÇÃO DE COMPORTAMENTOS	44
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS	62
3.1 COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS	62
3.2 ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	65
4. CONCLUSÕES	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
APÊNDICES.....	97

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Taxa de Cesariana.....	16
Figura 2 – Nº Partos Assistidos.....	17
Figura 3 – Episiotomia/Laceração/Períneo Integro.....	17
Figura 4 – Participação Ativa.....	17
Figura 5 – Nº de contactos do foro ginecológico.....	20
Figura 6 – Percentagem de contactos do foro ginecológico.....	20
Figura 7 – Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco.....	20
Figura 8 – Exames Pré-Natais.....	20
Figura 9 – Vigilância a Puérperas e RN.....	21
Figura 10 – PRISMA.....	33
Figura 11 – Percentual das participantes de acordo com os grupos etários.....	45
Figura 12 – Nacionalidade das participantes.....	45
Figura 13 – Disposição geográfica das nacionalidades das participantes.....	46
Figura 14 – Religião das participantes.....	46
Figura 15 – Casos de gravidez planeada, desejada e vigiada.....	47
Figura 16 – Idade Gestacional no momento da perda.....	47
Figura 17 – Grávida com número de filhos anteriores.....	48
Figura 18 – Casos de perda gestacional anterior.....	48
Figura 19 – Presença de acompanhante.....	48
Figura 20 – Pretensão em engravidar novamente.....	48
Figura 21 – Percentagem de casos consoante sentimento.....	49
Figura 22 – Percentagem de casos consoante sintoma.....	49
Figura 23 – Casos de tristeza em gestações inferiores a 10 semanas.....	50
Figura 24 – Casos de tristeza em gestações entre as 10 - 23+6 semanas.....	50
Figura 25 – Casos de tristeza em gestações superiores a 24 semanas.....	50
Figura 26 – Relação sentimento de culpa e vigilância da gravidez.....	50
Figura 27 – Impacto da presença do acompanhante e vontade de voltar a engravidar.....	51

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

Figura 28 – Presença de comportamentos e desejo de gravidez.....	51
Figura 29 – Presença de comportamentos e planeamento de gravidez	51
Figura 30 – Percentual dos acompanhantes consoante grupos etários	53
Figura 31 – Religião dos acompanhantes	53
Figura 32 – Nacionalidade dos acompanhantes	53
Figura 33 – Número de acompanhantes consoante planeamento de gravidez.....	54
Figura 34 – Número de acompanhantes consoante a idade gestacional.....	54
Figura 35 – Número de casos consoante comportamento do acompanhante	55
Figura 36 – Comportamento “Foco na Solução” consoante a idade gestacional.....	56
Figura 37 – Comportamento “Expressão Indireta” consoante o desejo de gravidez	56
Figura 38 – Comportamento “Expressão Indireta” consoante a nacionalidade	57
Figura 39 – Percentual de Profissionais envolvidos.....	58
Figura 40 – Percentual de observações por profissional de saúde	58
Figura 41 – Percentual dos casos consoante comportamento do profissional de saúde	59
Figura 42 – Percentual de ausência/presença de “Comunicação Sensível” consoante profissional de saúde	60
Figura 43 – Percentual de ausência/presença de “Escuta Ativa” consoante profissional de saúde	60
Figura 44 – Percentual de ausência/presença de “Colaboração Interdisciplinar” consoante profissional de saúde	60

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Campos clínicos do Estágio de Natureza Profissional	15
Tabela 2 – Análise dos artigos selecionados.....	35

INTRODUÇÃO

A Universidade de Évora (UÉ) oferece o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), devidamente registado na Direção-Geral do Ensino Superior com o número R/A-Ef 1783/2011/AL03. Este programa conta com o aval positivo da Ordem dos Enfermeiros (OE), conforme documentação SAI-OE/2017/9022 e SAI-OE/2019/5981, e proporciona o conhecimento e as competências necessárias para obter o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Está alinhado com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE), estabelecido pelo Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, e com o Regulamento das Competências do EEESMO, definido pelo Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio.

No plano de estudos da UÉ, conforme publicado no Aviso n.º 15812/2019, Diário da República de 7 de outubro de 2019, encontra-se a Unidade Curricular (UC) denominada "Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final" (ENPRF). Esta unidade exige a elaboração de um projeto que descreva as competências a serem adquiridas durante os estágios clínicos, bem como a exploração de um tópico específico que servirá de base para o relatório final. O ENPRF, que totaliza 60 créditos ECTS, iniciou-se em 12 de setembro de 2022 e encerrou em 18 de junho de 2023. Durante esse período, os estágios ocorreram em diversos ambientes clínicos, incluindo os Cuidados de Saúde Primários, Internamento de Ginecologia, Sala de Partos e Internamento de Puérperas.

Os objetivos do ENPRF foram delineados no planeamento da UC e incluíram:

- Fornecimento de cuidados à mulher/companheiro dentro do contexto familiar e comunitário;
- Demonstração da aquisição de conhecimentos, resultando em propostas para melhorar os cuidados, com consideração para as abordagens teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência;
- Apresentação de um relatório em provas públicas que comprove a aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional (ENP).

Este estágio atende aos requisitos da diretiva europeia por meio da legislação portuguesa, nomeadamente a Lei n.º 9/2009, de 4 de março de 2009, com diversas atualizações relevantes.

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

- Vigilância e prestação de cuidados à grávida incluindo pelo menos 100 exames pré-natais;
- Realização mínima de 40 partos eutócicos;
- Participação ativa em partos distócicos e/ ou partos pélvicos;
- Participação ativa em partos gemelares;
- Realização de episiotomias e iniciação à episiorrafia/ perineorrafia;
- Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situações de risco, na gravidez, no trabalho de parto e no puerpério.
- Vigilância e prestação de cuidados a 100 puérperas e recém-nascidos saudáveis;
- Observação e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais;
- Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afeções do foro ginecológico.

No âmbito da experiência clínica, em que foram prestados cuidados à mulher/família inseridos na comunidade e como previsto no projeto de estágio, aprofundou-se a temática referente à perda gestacional. A gravidez é um processo fisiológico, considerado pela Direção Geral de Saúde (DGS) como um evento vivenciado com recorrência no ciclo de vida da mulher sem haver necessidade de implementação de tratamentos específicos (Silva et al., 2019). O processo natural de evolução da gestação e a inerente transição para este novo papel provocam uma adaptação e reestruturação da mulher, enquanto ser biopsicossocial, e da sua família, enquanto um dos pilares desta vivência (Ferreira et al., 2021). Porém, quando a gravidez se torna inviável, inevitavelmente ocorre a sua interrupção, seja ela espontânea ou induzida, denominando-se por “perda gestacional” (Silva et al., 2019). A perda gestacional é a complicação mais comum da gestação, sendo que 20% das gravidezes clinicamente diagnosticadas evoluem para interrupção espontânea, não estando somente associadas a morbilidade física ou mortalidade, mas também com repercussões sociais e psicológicas inerentes à família (Soares & Cançado, 2017). Até ao momento, a literatura ainda não alcançou um consenso sobre a terminologia relacionada à perda gestacional, contudo, uma das designações frequentemente empregadas é a definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com a OMS, a perda gestacional é caracterizada como o óbito de um produto da concepção antes da sua expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da fase da gravidez (Vescovi et al., 2022). Segundo Soares e Cançado (2017), a maioria das perdas gestacionais ocorre entre as 8 e 12 semanas de gestação e o impacto provocado é sentido por toda a família. Em situações em que ocorre uma perda gestacional nas fases iniciais da gravidez, quando as mudanças no tamanho da barriga são mínimas, é notório

que o processo de luto vivenciado pela mulher nem sempre é acolhido pela sociedade. Nestas circunstâncias, o feto muitas vezes não é reconhecido como um ser em desenvolvimento e, por conseguinte, não se promove a criação de um espaço para expressar simbolicamente essa experiência (Lemos & Cunha, 2015a). Embora o aumento do comprimento gestacional seja associado a uma maior psicopatologia, a verificação empírica da ligação mãe-bebé muito antes dele nascer sugere que não há associação entre a idade gestacional no momento da perda e a sintomatologia. Perder um bebé no útero representa uma perda legítima e o luto atinge independentemente de quando a perda ocorre (Fortin; Keitel, 2021). Apesar de grande parte das investigações sobre o luto se concentrarem na análise do processo a nível individual, é imperativo considerar igualmente o impacto da perda no contexto familiar como um sistema relacional. As dinâmicas entre os pais podem sofrer alterações, particularmente quando se deparam com a perspectiva de uma nova gravidez, dado que mais de 80% dos pais que enfrentaram uma perda gestacional almejam uma nova oportunidade de conceber (Vescovi et al., 2022).

A experiência da perda gestacional é influenciada por fatores psicológicos, sociais e culturais, que desempenham um papel significativo na forma como as pessoas a enfrentam (Silva et al., 2019). Portanto, uma análise multidisciplinar é fundamental para obter uma compreensão abrangente deste fenómeno complexo.

Enquanto profissional de saúde que traça involuntariamente um compromisso com a vida, o desvio desse padrão eleva as dificuldades que os mesmos apresentam em lidar com a perda. A representação social do nascimento como uma experiência positiva faz com que situações de morte no seu contexto profissional os faça apoiar em práticas que fomentam o distanciamento (Lemos & Cunha, 2015b). Dado que a enfermagem desempenha um papel fundamental em todos os estágios e serviços relacionados com o cuidado das mulheres que enfrentam situações de aborto, é de suma importância a aquisição e desenvolvimento de um corpo de conhecimento científico que abranja tanto os aspetos tradicionais como as abordagens contemporâneas da assistência à mulher que tenha passado por um aborto ou uma perda gestacional (Maia et al., 2022). Além disso, as lacunas na assistência médica e no apoio psicossocial disponíveis para aqueles que vivenciam esse acontecimento têm sido objeto de debate e pesquisa (Santos et al., 2022).

A complexidade da questão de saúde pública aqui identificada levanta várias perguntas críticas que exigem uma análise aprofundada, sendo essencial compreender as causas médicas

subjacentes à perda gestacional, bem como as suas implicações físicas e emocionais para as mulheres afetadas (Pinheiro et al., 2023).

Durante o período de aprendizagem, procurou-se seguir um referencial teórico que sustentasse a prática e o conhecimento adquirido. Da diversidade existente e considerando a temática a explorar, optou-se pela teoria das transições de Afaf Meleis. As respostas às experiências humanas são um dos focos dos cuidados de enfermagem devendo este profissional assegurar transições saudáveis. Autores como Costa (2016), referem que proporcionar transições saudáveis é uma tarefa desafiante para o enfermeiro, visto que existem pessoas dotadas de singularidades, necessitando prosseguir com novas competências e novas funções nesse processo.

Com este relatório de estágio, espera-se dar a conhecer o percurso que levou ao desenvolvimento de competências e fornecer insights valiosos que possam melhorar o suporte e a assistência oferecidos às mulheres e famílias que enfrentam essa difícil jornada, contribuindo assim para o avanço do conhecimento e dos cuidados nessa área.

Este relatório segue a estrutura estabelecida pelo Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Inicia-se com a introdução, prossegue com a análise dos contextos clínicos em que o estágio foi realizado e explora a contribuição para a assistência em enfermagem de saúde materna e obstétrica, incluindo uma revisão da literatura sobre o tema em questão. Em seguida, apresenta uma análise reflexiva sobre o processo de desenvolvimento de competências e conclui com considerações finais e referências bibliográficas. Os apêndices, que complementam o trabalho, serão mencionados ao longo do relatório. É importante destacar que este relatório adere às normas da 7ª edição da American Psychological Association (APA).

1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO PROFISSIONAL

O ENP oferecido pelo Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da UE constitui uma parte crucial do segundo ano do plano curricular, ao proporcionar aos estudantes a oportunidade de participar em estágios nos diversos cenários clínicos, desempenhando um papel ativo na busca do conhecimento, juntamente com a orientação de supervisores clínicos e orientadores pedagógicos, que atuam como facilitadores do processo de aprendizagem.

A execução do ENPRF implicou a elaboração e submissão de um projeto (Apêndice A), no qual foram delineadas as competências a serem adquiridas ao longo do percurso nos campos clínicos, bem como a definição de um tema que serviria como o cerne do projeto. É importante salientar que os resultados esperados estão em consonância com os alicerces das competências estabelecidas pela OE (OE, 2018). Esquematizado na tabela encontram-se resumidos os campos clínicos e os períodos em que os estágios foram realizados, fornecendo uma visão geral das experiências clínicas ao longo do ano.

Tabela 1

Tabela dos Campos clínicos do Estágio de Natureza Profissional

Período de estágio	Campo clínico	Instituição	Semestre
12 de setembro a 21 de outubro de 2022	Bloco de Partos (6 semanas) - Campo A	Hospital da Região Sul do País	1.º semestre
24 de outubro a 2 de dezembro de 2022	Ginecologia (6 semanas) – Campo B	Hospital da Região Sul do País	1.º semestre
5 de dezembro de 2022 a 27 de janeiro de 2023	Cuidados de Saúde Primários (6 semanas) – Campo C	Unidade de Cuidados de Saúde Primários da Região Sul do País	1.º semestre
6 de fevereiro a 3 de março de 2023	Bloco de Partos (4 semanas) - Campo B	Hospital da Região Sul do País	2.º semestre
6 de março a 21 de abril de 2023	Puerpério (6 semanas) - Campo B	Hospital da Região Sul do País	2.º semestre
24 de abril a 18 de junho de 2023	Bloco de Partos (8 semanas) - Campo A	Hospital da Região Sul do País	2.º semestre

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

Compreender o processo de supervisão clínica é fundamental para garantir um ambiente de aprendizagem eficaz na formação de EEESMO. A supervisão clínica, de acordo com as diretrizes da OE, é um procedimento dinâmico, sistemático e formal, que ocorre num contexto interpessoal. Envolve a interação entre o supervisor clínico, geralmente um enfermeiro especialista com vasta experiência na área, e o supervisionado, o estudante ou enfermeiro em formação. Esse processo visa atingir vários objetivos, incluindo a estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais.

O cerne da supervisão clínica está na promoção da tomada de decisões autónomas e na valorização de aspetos fundamentais, como a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde. É uma oportunidade para o supervisionado aprender com base na prática, aplicando conceitos teóricos em situações reais de cuidados de saúde materna e obstétrica.

É importante destacar que a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) desempenha um papel vital na promoção da saúde e bem-estar das mulheres em todas as fases do seu ciclo reprodutivo. Além de apoiar o planeamento familiar e pré-concepcional, a ESMO engloba o cuidado durante a gravidez, parto e pós-parto, com o objetivo de facilitar uma transição tranquila para a parentalidade. Essa abordagem visa a garantir que as famílias tenham experiências positivas durante a gravidez e o parto, promovendo a saúde e a autogestão da mesma.

A atuação do EEESMO não se limita apenas a essas fases, mas também se estende ao cuidado de mulheres durante o climatério e no enfrentamento de questões de saúde ginecológica. A promoção da saúde e o apoio a adaptações saudáveis, como a transição para a menopausa, são áreas de atuação essenciais.

O estágio de natureza profissional e o relatório representam marcos importantes na formação do EEESMO. Eles são o ponto de partida para um processo contínuo de desenvolvimento profissional, unindo a teoria à prática clínica. Ao longo deste estágio, o estudante adquire conhecimentos práticos e desenvolve competências essenciais para a sua futura carreira.

É relevante sublinhar que, de acordo com o Código Deontológico, os enfermeiros têm a responsabilidade de manter a confidencialidade de todas as informações obtidas no exercício da profissão. Isso se aplica igualmente às situações de ensino, pesquisa e controle de qualidade de cuidados. Portanto, para preservar a privacidade das instituições e das pessoas envolvidas,

detalhes específicos sobre os locais onde o estágio foi realizado serão abordados de forma geral, com destaque para a sua localização geográfica abrangente. Isso reflete um compromisso contínuo com a ética profissional e o respeito à privacidade de todas as partes envolvidas.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO A

Esta caminhada teve início numa instituição de saúde da região sul. Esta é uma das unidades resultantes da fusão entre três hospitais e que almeja suprir as necessidades de toda a população a sul do país, tendo a sua denominação muito por culpa do apoio à formação pré, pós-graduada e contínua na área da saúde (Saúde, 2023). Conta com a unidade materno-fetal que engloba o serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia, consulta externa de obstetrícia, serviço de ginecologia, serviço de obstetrícia e unidade de cuidados intensivos neonatais.

Relativamente a dados estatísticos, no ano de 2022, registaram-se na unidade aqui representada, 3432 nascimentos, dos quais 2392 (69,7%) por via vaginal (Saúde, 2022). Portugal é um dos países europeus com maior taxa de cesarianas, apresentando valores superiores ao considerado **Figura 1**

aceitável pela Organização Mundial de Saúde. A taxa de cesarianas é considerada internacionalmente um indicador de qualidade dos cuidados obstétricos. Com o objetivo de consolidar a redução da taxa de cesarianas para valores inferiores a 30% em Portugal e sem colocar



em risco os bons resultados de saúde atingidos, foi criada a Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas em 2013 (DGS, 2015). Na instituição em questão é possível verificar, de 2018 a 2022, que a linha de tendência remete para uma ultrapassagem percentual dos valores de referência (figura 1).

1.1.1 Caracterização dos serviços da Instituição de saúde do Sul do País

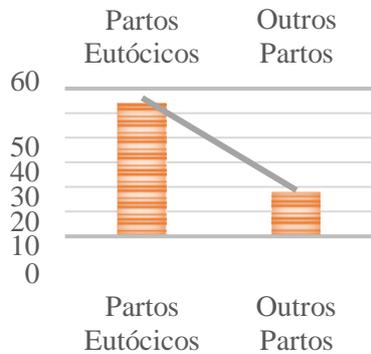
O presente capítulo visa descrever de forma mais detalhada cada uns dos locais onde teve lugar o ENP numa instituição de saúde do Sul do País, nomeadamente o serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia.

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

Conforme as figuras abaixo, são apresentados os resultados mais evidentes da prática do mestrando no contexto clínico supracitado.

Figura 2

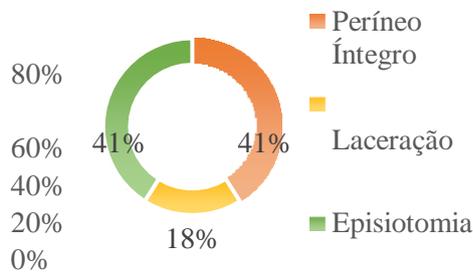
Nº Partos Assistidos



Fonte: Elaboração Própria

Figura 3

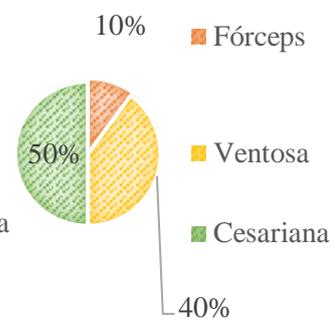
Episiotomia/Laceração/Períneo Íntegro



Fonte: Elaboração Própria

Figura 4

Participação Ativa



Fonte: Elaboração Própria

1.1.1.1. Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

O estágio clínico teve dois momentos distintos. O primeiro ocorreu de 12 de setembro a 21 de outubro e durou seis semanas. O segundo, de 24 de abril a 18 de junho, e teve uma duração de oito semanas. O serviço está situado no piso 5, assegura os cuidados no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG), o Internamento de Grávidas e o Bloco de Partos.

No que diz respeito à infraestrutura, o Bloco de Partos é composto por um espaço que engloba duas salas de Admissão, cada uma equipada com duas macas, bem como dois Cardiotocógrafos (CTG) para monitorização fetal. Além disso, há uma sala destinada à higienização de materiais, uma Sala de Observação (SO) para avaliações iniciais, quatro salas de partos, áreas de recobro separadas para partos vaginais e cesarianas, instalações sanitárias exclusivas para os profissionais de saúde, um gabinete destinado à enfermeira chefe, uma copa para refeições e momentos de pausa, uma sala técnica, uma área de armazenamento e uma zona operatória composta por uma sala cirúrgica, área de higienização de materiais cirúrgicos, espaço para receber o recém-nascido com ligação direta ao serviço de neonatologia, e uma sala de enfermagem onde ocorrem as passagens de turno. A área de admissão é composta por duas salas, cada uma delas equipada com uma marquesa ginecológica, um ecógrafo para avaliação das utentes e um monitor de sinais vitais. Este arranjo é estruturado com especial atenção à privacidade de cada paciente. Além disso, próxima à sala de Admissão número 2, encontra-se uma sala destinada à realização de cardiotocografias, equipada com uma maca e um cadeirão.

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

Para complementar, há também uma sala de observação equipada com um cardiocógrafa, um cadeirão e uma cama de partos que pode ser utilizada em situações de parto iminente, caso todas as outras salas de parto estejam ocupadas. Esta disposição das instalações visa garantir um ambiente adequado para a avaliação e acompanhamento das grávidas, respeitando a sua privacidade e assegurando a prontidão para a assistência às parturientes.

Após esta descrição, uma sala de sujos à esquerda com porta de acesso ao exterior para o depósito de material para futura reciclagem.

No serviço existem quatro salas de partos, utilizadas durante a fase ativa do trabalho de parto e parto vaginal, na prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido e na prestação de cuidados de enfermagem no puerpério imediato. Estas dispõem de janelas amplas propícias a iluminação natural e encontram-se devidamente equipadas, cada uma com uma cama de partos; um cardiocógrafa; um armário que contém todo o material auxiliar para os cuidados gerais e específicos de enfermagem; uma bancada de reanimação do recém-nascido; um aquecedor; uma banheira; fonte de oxigénio, vácuo e ar comprimido; um monitor de sinais vitais; um candeeiro de teto pantoff e um armazém de consumo clínico.

Dentro do Bloco de Partos existe uma sala operatória destinada à realização de cesarianas eletivas ou urgentes/emergentes bem como algumas cirurgias ginecológicas que seja necessária uma intervenção rápida. Contém uma maca operatória; um ventilador; um carro de anestesia (medicação endovenosa; material de apoio para ventilação, entubação, punção venosa periférica e soros); um carro de circulante (batas, trouxas de cesariana, pensos cirúrgicos, entre outros); três mesas móveis; um candeeiro de teto pantoff; e dois computadores, onde são realizados os registos na Cirurgia Segura e no *BAnestetic*®. A técnica cirúrgica realizada neste bloco operatório é a cesariana eletiva ou de urgência. No Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia existe um carro de urgência devidamente aprovado de acordo com a Orientação da DGS nr. 008/2011

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos obstetras, médico anestesista que assegura o serviço 24 horas, assistentes operacionais, secretária administrativa, sendo a equipa de enfermagem constituída pela enfermeira chefe, 14 enfermeiros de cuidados gerais e 31 EEESMO. A equipa tem apoio de psicólogo. Relativamente ao plano de distribuição de enfermeiros, o Bloco de Partos conta com dois EEESMO, a Admissão tem um EEESMO, o Internamento de Grávidas conta com dois EEESMO ou um EEESMO e um enfermeiro generalista e o Bloco Operatório tem três enfermeiros generalistas que também prestam apoio

ao Bloco de Partos ou um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) e dois enfermeiros de cuidados gerais. O método de trabalho utilizado no serviço é o método individual em que cada enfermeiro é distribuído nos diferentes postos de trabalho (Admissão, Bloco de Partos e Internamento de Grávidas), sendo valorizada a entreaajuda no seio da equipa. Os registos de enfermagem são realizados no programa informático *SClinic*® e a passagem de turno é realizada em formato próprio.

É importante referir que a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica define rácios seguros, como 1:2 no primeiro estadió do Trabalho de Parto (TP) e 1:1 no segundo estadió do TP, mas esses rácios não são completamente alcançados no serviço descrito. Além disso, no terceiro e quarto estadiós do TP, a prestação dos cuidados e a gestão dos mesmos, é da exclusiva competência do EEESMO, pelo que só estes asseguram e estão habilitados a exercer funções/atividades específicas do seu exercício profissional no Bloco de Partos (i.e., OE. Parecer 49/2019).

Os horários que são praticados no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia e Internamento de Puérperas compreendem o turno da manhã (8h00-16h00), da tarde (15h30-00h00) e o da noite (23h30-08h30).

1.2 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO B

A unidade agora denominada por contexto de estágio B é uma das instituições pertencentes à fusão anteriormente relatada, fazendo parte do mesmo sistema de saúde da região. Compartilham muitas semelhanças em termos de serviços e qualidade de atendimento, no entanto, existem algumas diferenças entre os dois. Localizando-se mais a Sul Ocidental, difere do precedente pela amplitude de atendimento e gama de especialidades, culpa das dimensões estruturais, de recursos e pela área de abrangência, destacando o contexto A do aqui proferido.

Contudo, é importante destacar que, no domínio da especialidade em saúde materna e obstetrícia, a unidade B ostenta o título de "Entidade Amiga dos Bebés" e conquistou a sua acreditação inicial em 2008, com a mais recente renovação ocorrida em 2018, conforme indicado pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2018). O compromisso com esta distinção remonta a 1991, quando a OMS e o Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estabeleceram o programa intitulado "Iniciativa Hospital Amigo do Bebê" (Baby Friendly Hospital Initiative - BFHI) com o objetivo de promover e apoiar o

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

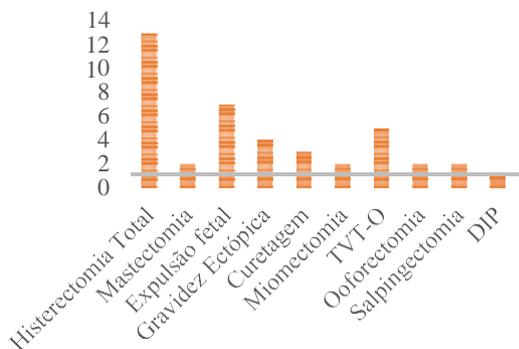
aleitamento materno (OMS, 2009). Para que um hospital obtenha esta acreditação, é mandatório o cumprimento das 10 medidas essenciais estipuladas no âmbito deste programa.

1.2.1 Caracterização dos serviços da Instituição de saúde do Sul do País

Este capítulo tem como objetivo fornecer uma descrição minuciosa dos diferentes locais onde o ENP foi realizado, onde incluem o serviço de Ginecologia, o serviço de internamento de puerpério e a urgência de obstetrícia e ginecologia. Como ilustrado nas figuras abaixo, apresentam-se os resultados mais notáveis das experiências do mestrando no contexto clínico mencionado.

Figura 5

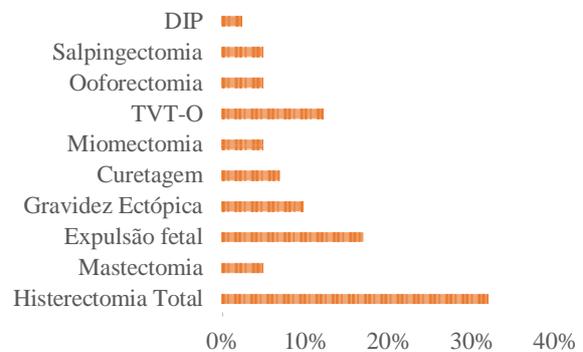
Nº de contactos do foro ginecológico



Fonte: Elaboração Própria

Figura 6

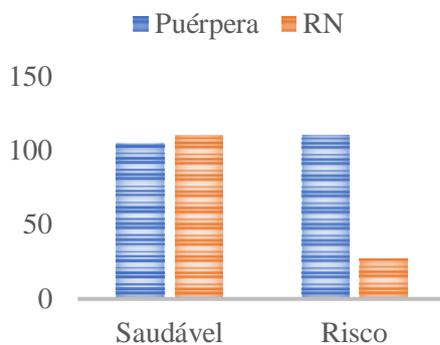
Percentagem de contactos do foro ginecológico



Fonte: Elaboração Própria

Figura 7

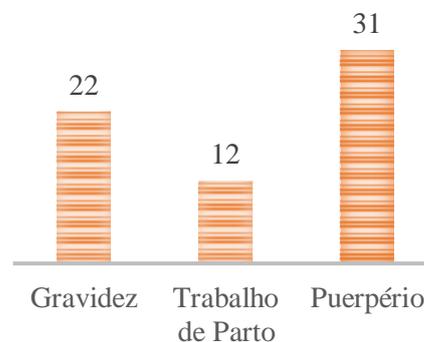
Vigilância a Puérperas e RN



Fonte: Elaboração Própria

Figura 8

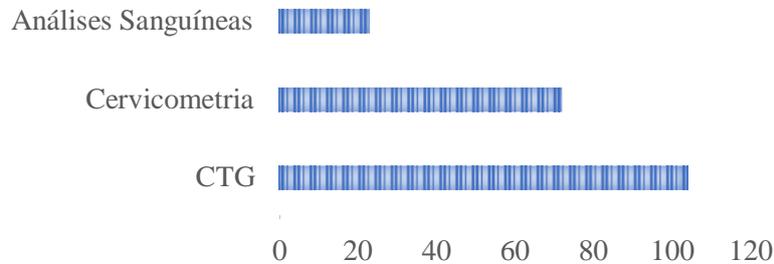
Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco



Fonte: Elaboração Própria

Figura 9

Exames Pré-Natais



Fonte: Elaboração Própria

1.2.1.1 Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

O quarto contexto clínico do estágio decorreu no Bloco de Partos entre 6 de fevereiro e 3 de março, com a duração de quatro semanas. O serviço está situado no piso 2 do hospital e desempenha funções cruciais, fornecendo cuidados a um amplo espectro de necessidades médicas, incluindo o SUOG, o Internamento de Grávidas e o Bloco de Partos.

Em relação à estrutura física, o Bloco de Partos é composto por várias áreas distintas:

Admissão: Esta área inicial possui quatro salas destinadas à observação de pacientes. Duas delas são reservadas para observação de grávidas, enquanto as outras duas são destinadas a pacientes com questões ginecológicas. Há também uma sala equipada com dois cardiotocógrafos e duas marquesas, permitindo avaliar o bem-estar materno-fetal quando as pacientes chegam ao serviço de urgência.

Salas de Partos: Existem cinco salas de partos, uma das quais é reservada para parturientes infetadas pelo SARS-CoV-2. Perto das mesmas, duas dessas salas destinadas ao puerpério imediato, uma para puérperas submetidas a cesarianas e outra para puérperas que tiveram partos vaginais. As salas de partos estão totalmente equipadas com cardiotocógrafos diretamente ligados à central Omniview, onde dois são por ligação remota (Wireless), permitindo a deambulação e promovendo a mobilização corporal, camas de parto, material para consumo clínico, monitores de sinais vitais, bancadas para cuidados imediatos ao recém-nascido, banheiras e balanças. Além disso, essas salas são projetadas para oferecer medidas não

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

farmacológicas para o alívio da dor durante o trabalho de parto, incluindo bolas de pilates, kits de massagem de relaxamento, controle da iluminação da sala e música ambiente.

Bloco Operatório: O Bloco de Partos inclui um bloco operatório onde se realizam cesarianas programadas, urgentes e emergentes, em dias úteis, das 08:00h às 20:00h. Fora desse horário, as pacientes que requerem cirurgias são encaminhadas para o bloco operatório central.

O serviço conta com uma sala de enfermagem equipada com recursos de informática, uma sala de trabalho de enfermagem para preparação de terapêutica, casas-de-banho para pacientes e profissionais de saúde, um gabinete médico e um espaço administrativo.

A equipa multidisciplinar é composta por médicos obstetras, médicos anestesistas que asseguram o serviço 24 horas, assistentes operacionais, uma secretária administrativa e a equipa de enfermagem, que inclui a enfermeira chefe, dez enfermeiros de cuidados gerais e 25 EEESMO. O serviço também conta com o apoio de um psicólogo.

O método de trabalho adotado no serviço é predominantemente individual, mas os profissionais colaboram e apoiam-se mutuamente quando necessário. Os registos de enfermagem são realizados por meio do programa informático *SClinic*®.

1.2.1.2 Serviço de Internamento de Puerpério

O quinto contexto clínico do estágio teve lugar no Serviço de Obstetrícia e decorreu entre 6 de março e 21 de abril, com uma duração de seis semanas. Está localizado no piso 2 e é responsável por prestar cuidados a utentes de obstetrícia e grávidas internadas. Dispõe de 21 camas distribuídas em sete enfermarias, cada uma com três camas. Cada enfermaria está equipada com casa de banho, armário para armazenar roupas e objetos pessoais, mesa para refeições, fraldário e banheira.

Além das enfermarias, o serviço possui uma sala de tratamentos, uma sala de sujos, casa de banho para os profissionais de saúde, sala de trabalho, um espaço aberto com quatro computadores, o gabinete da enfermeira chefe, uma copa e uma área de armazenamento para equipamentos como bombas infusoras, cadeiras de rodas, cadeiras de banho, berços e suportes de soro.

A equipa multidisciplinar é composta por médicos obstetras e médicos pediatras, assistentes operacionais, secretárias administrativas, 25 EEESMO, um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária (EEESC) que assume a chefia do serviço e 17 enfermeiros de cuidados gerais. No serviço, há um EEESMO escalado diariamente no turno da

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

manhã, e nos demais turnos, o EEESMO que está destacado no Bloco de Partos assume a responsabilidade pelas grávidas internadas.

O método de trabalho adotado pela equipe de enfermagem é predominantemente individual, e o sistema informático utilizado para registros é o *SClinic*®.

No Serviço de Obstetrícia - Internamento do Puerpério, é prática a implementação do alojamento conjunto, proporcionando uma experiência de cuidados mãe-bebê integrados. Além disso, o serviço adota um sistema de segurança por meio de pulseira eletrônica para recém-nascidos, conforme a legislação em vigor, como especificado no Despacho n.º 20730/2008 de 7 de agosto. Este sistema visa garantir a segurança e o bem-estar dos recém-nascidos durante o período de internamento no serviço.

1.2.1.3 Serviço de Neonatologia

Neste estágio, que se limitou a observação, com uma duração de apenas uma semana, houve a oportunidade de conhecer o serviço de prestação de cuidados especializados intermédios ao recém-nascido. Este serviço possui um sistema de controlo de acesso na entrada e sua estrutura física compreende áreas administrativas, onde conta com uma secretária administrativa que desempenha funções de gestão e organização, além de uma casa de banho destinada aos profissionais de saúde. Existem dois vestiários disponíveis para a equipa multidisciplinar, uma sala de sujos, dedicada ao manuseio adequado de materiais contaminados ou resíduos, garantindo a higiene e segurança no ambiente, gabinete médico, copa, sala de enfermagem e uma sala que acomoda seis berços e quatro incubadoras, fornecendo os cuidados necessários para os recém-nascidos que necessitam de atenção especializada. O serviço permite o alojamento conjunto, sempre que houver disponibilidade de vagas. Para acomodar as mães, o serviço dispõe de um quarto que acomoda duas mães simultaneamente.

A equipa multidisciplinar que opera no serviço é composta por médicos pediatras, assistentes operacionais, uma secretária administrativa e pela equipa de enfermagem, sendo esta liderada pela enfermeira chefe e inclui 16 enfermeiros de cuidados gerais e sete Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Além disso, o serviço conta com o apoio de um terapeuta da fala para o treino de reflexos do recém-nascido e cuidados relacionados à fisioterapia.

No que diz respeito à distribuição dos enfermeiros, o serviço tem alocado um ou dois EEESIP e um enfermeiro de cuidados gerais, seguindo o método de trabalho

predominantemente individual. O registo das atividades é feito por meio do sistema informático *SClinic*®

1.2.1.4 Serviço de Ginecologia

No segundo piso da Unidade Hospitalar encontra-se o serviço de internamento de Ginecologia, uma parte integrante do Departamento de Ginecologia/Obstetrícia e Reprodução Humana. Este serviço tem a responsabilidade de prestar cuidados especializados a mulheres com problemas ginecológicos, grávidas com até 22 semanas de gestação e mulheres que passaram por um aborto. As pacientes chegam até aqui provenientes da consulta externa de ginecologia, da urgência ginecológica, obstétrica ou da consulta de diagnóstico pré-natal.

As afeções ginecológicas mais comuns tratadas neste serviço incluem miomas uterinos, neoplasias no colo do útero e endométrio, prolapsos urogenitais e endometriose. Muitas vezes, as pacientes são internadas para procedimentos cirúrgicos que ocorrem no bloco operatório central. Procedimentos mais simples, como biópsias uterinas ou curetagens, são realizados na sala operatória do bloco de partos. As intervenções cirúrgicas frequentes neste serviço incluem histerectomias, anexotomias, salpingectomias, biópsias endometriais e correções de prolapsos urogenitais. Tratamentos para incontinência urinária, como a "Tension-Free Vaginal Tape," também são realizados aqui.

Em relação às pacientes grávidas, os diagnósticos mais comuns envolvem ameaças de aborto, abortos retidos, gravidez ectópica e hiperémese gravídica.

Em termos de espaço físico, o serviço possui dez camas, distribuídas em quatro enfermarias, cada uma com uma casa-de-banho. Além disso, existem uma copa, uma sala de trabalho para a equipe de enfermagem, uma sala de sujos e uma sala de tratamentos, que também abriga o material de consumo clínico. O serviço ainda conta com um gabinete da enfermeira chefe e uma casa-de-banho para os colaboradores. O secretariado, que é responsável pela parte administrativa dos serviços de ginecologia e obstetrícia, está localizado fora do serviço.

No que diz respeito à equipa de enfermagem, esta é composta por treze enfermeiras, uma EEESMO, uma EEEMC, dez enfermeiras generalistas e uma enfermeira que desempenha funções de chefia. É importante mencionar que, de acordo com a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) (OE, 2019a), a dotação segura nos serviços de internamento de Ginecologia exige a presença de pelo menos

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

um EEESMO em permanência 24 horas. No entanto, este requisito não é cumprido, uma vez que o serviço dispõe apenas de um EEESMO na prestação de cuidados.

O número de enfermeiras escaladas varia com base no número de pacientes e cirurgias programadas. Normalmente, há dois profissionais nos turnos da manhã (8h-16h) e da tarde (15h30-00h) e um profissional no turno da noite (23h30-8h30). A equipa de enfermagem segue uma metodologia de trabalho individual, onde cada enfermeira é responsável pelas pacientes designadas durante o seu turno. A distribuição das pacientes é feita de acordo com um sistema de classificação de doentes, integrado no sistema informático *SClinic*®, levando em consideração o nível de dependência em relação aos cuidados de enfermagem.

1.3 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO C

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) faz parte do Centro de Saúde na região Sul, situado no âmbito do Agrupamento de Centros de Saúde Centro (ACES Central). Esta unidade desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde à totalidade da população que reside na área geográfica que abrange, contando com aproximadamente 82.959 habitantes. A sua missão central é direcionada para a promoção da saúde e a melhoria do mesmo, com o objetivo de alcançar ganhos em saúde significativos e substanciais (Saúde, 2023).

A equipa multidisciplinar é composta por uma diversidade de profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, com destaque para uma EEESMO, além de assistentes técnicos e operacionais, uma técnica superior de serviço social, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e terapeutas da fala, dedicando-se à promoção da educação em saúde, à integração em redes de apoio familiar e à implementação de unidades móveis de intervenção, conforme diretrizes do Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2023a).

O horário de funcionamento da unidade é das 8h às 20h, nos dias úteis, estendendo-se também aos sábados, domingos e feriados das 8h30 às 15h30, exclusivamente para o projeto da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Relativamente ao espaço físico, a UCC é composta por seis gabinetes, uma copa, uma sala polivalente e uma casa-de-banho no piso zero, lado poente; armazém pré-fabricado para ajudas técnicas e arrecadação para material clínico no exterior do edifício principal, um ginásio e um gabinete adjacente ao ginásio no piso zero. No primeiro andar, mais seis gabinetes e uma sala polivalente. Estando predominante no piso zero, verifica-se que os vários gabinetes são destinados às diferentes áreas de atuação, nomeadamente, Saúde Escolar, Curso de Preparação

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

para o Nascimento e Parentalidade (CPNP), Cantinho da amamentação, ECCI, bem como um gabinete para a Enfermeira em funções de chefia.

A EEESMO desempenha um papel fundamental na coordenação e execução do CPNP e no funcionamento do Cantinho da Amamentação. O CPNP é estruturado em onze sessões, cada uma com duração de três horas, programadas para ocorrerem duas vezes por semana, às segundas e quartas-feiras. O planeamento e agendamento das sessões são elaborados com antecedência e um cronograma é desenvolvido para cada curso. A EEESMO é responsável por ministrar seis sessões. As demais sessões são conduzidas por profissionais qualificados, como psicólogos, higienistas orais, nutricionistas, fisioterapeutas e enfermeiras especialistas em saúde infantil e pediátrica.

A divulgação do CPNP começa durante as consultas de acompanhamento da gravidez, nas quais o enfermeiro responsável fornece aos casais um formulário para recolher informações importantes, como nome, e-mail, contacto telefónico e data provável para o parto (DPP). Esses formulários são posteriormente encaminhados para a EEESMO da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Após a recolha dos formulários é feita uma seleção com base na idade gestacional e na DPP, sendo posteriormente todas as informações sobre o curso, como data de início, local, horários e cronograma, enviadas para as participantes.

Durante o decorrer do CPNP, é agendada uma consulta individual com cada casal. Conforme recomendado pela DGS (DGS, 2015), a mesma é projetada com o intuito de esclarecer dúvidas e fornecer orientações específicas relacionadas à idade gestacional e às técnicas discutidas nas sessões, incluindo instruções sobre exercícios respiratórios, o uso da bola de Pilates e técnicas de massagem.

O Cantinho da Amamentação é um recurso comunitário dedicado a oferecer apoio e orientação no processo de amamentação, assistindo todas as puérperas e recém-nascidos que enfrentam dificuldades ou têm dúvidas relacionadas ao início ou à continuidade da amamentação (DGS, 2015).

Um aspeto crucial do Cantinho da Amamentação é a oportunidade para a EEESMO sensibilizar a mulher e o casal para as práticas de amamentação, ajudando a reduzir medos e inseguranças que possam surgir, bem como promove a saúde da mulher e do bebé, incluindo uma avaliação do estado físico, emocional e social da puérpera.

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

A EEESMO desempenha um papel fundamental na identificação de sinais de problemas de saúde física ou mental e tem um papel preponderante na prevenção e detecção precoce de questões de saúde mental.

É importante destacar que o acompanhamento iniciado durante o período pré-natal estabelece uma ligação valiosa entre a EEESMO e a mulher/família. Esta relação de proximidade e a continuidade dos cuidados promovem a qualidade dos serviços prestados e contribuem para a satisfação tanto dos utentes quanto dos profissionais de saúde.

Quanto à definição de dotações seguras, as orientações da MCEESMO estabelecem as seguintes recomendações. Para cada UCC, é indicada a presença de um EEESMO por cada quinhentos nascimentos ocorridos na respetiva área de atuação, sendo responsáveis por oferecer apoio especializado nas áreas de preparação para o parto, adaptação à parentalidade e acompanhamento no período pós-parto (OE, 2019).

No contexto da consulta de apoio ao aleitamento materno, a recomendação é a de um EEESMO por cada duzentos nascimentos de modo a assegurar um acompanhamento adequado e direcionado para a promoção do processo de amamentação (OE, 2019).

1.4 METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O Estágio de Natureza Profissional foi conduzido sob supervisão clínica, proporcionando a oportunidade de interagir com profissionais experientes na prática e orientação pedagógica de professores da escola, tendo como objetivo o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências, com o estudante a assumir responsabilidade conjunta pelos resultados de aprendizagem planeados.

Durante o estágio, uma variedade de trabalhos foram realizados para promover a aprendizagem, incluindo uma revisão da literatura, um estudo de caso, duas sessões de educação para a saúde e a criação de um documento relacionado com o contexto clínico específico do estágio e voltado para a temática discutida aqui. Além disso, trabalhos adicionais foram ocasionalmente solicitados pelos supervisores clínicos.

2.4.1. Objetivos

A definição dos objetivos do estágio é fundamental para estabelecer os resultados desejados, que estão em conformidade com o regulamento da unidade curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da UÉ e o Regulamento de Competências

Específicas do Enfermeiro Especialista da OE. Assim, foram estabelecidos os seguintes objetivos gerais para o estágio:

- Adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica, com foco na mulher inserida na família e comunidade, abrangendo áreas como saúde sexual e reprodutiva, planeamento familiar, período pré-concepcional, período pré-natal, vários estádios do trabalho de parto e parto em situações de saúde/desvio de saúde, puerpério e pós-natal. Isto inclui a identificação de fatores promotores do autocuidado da mulher, baseado em conhecimentos teórico-práticos e na Prática Baseada na Evidência (PBE), bem como o entendimento dos processos de saúde/doença ginecológica.
- Demonstração de responsabilidade ética e deontológica, juntamente com um compromisso com a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, gestão dos cuidados e desenvolvimento de habilidades profissionais.
- Defesa da atuação no Estágio de Natureza Profissional através da apresentação de um relatório em provas públicas (conforme o Planeamento ENPRF, 2021-2022).

Estes objetivos proporcionam uma estrutura sólida para o desenvolvimento de competências, conhecimentos e responsabilidade ética necessários para a prática profissional na área da saúde materna e obstétrica.

2.4.2. População-alvo

A população-alvo do ENP abrange todas as mulheres e famílias inseridas na comunidade que receberam cuidados de enfermagem especializados em todos os campos de estágio nos quais o mesmo ocorreu. Especificamente, a instituição de saúde a sul do país, cuja área de atuação abrange todos os 16 concelhos da região sul, presta serviços a uma população diversificada que inclui mulheres e famílias que procuram assistência em várias áreas, como Ginecologia, Bloco de Partos, Internamento de Grávidas, SUOG, Obstetrícia e Neonatologia.

A área territorial, caracterizada pela sua multiculturalidade, devido ao seu status como destino turístico e ao influxo constante de migrantes de várias origens, atende mulheres de diversas nacionalidades. Ao longo dos estágios, foi observada uma elevada afluência de mulheres de diferentes países, como Brasil, países de leste como Roménia, Ucrânia e Moldávia e países asiáticos como Índia, Nepal e Bangladesh. Cuidar dessas pacientes frequentemente representa um desafio devido às especificidades das diferenças raciais, culturais, étnicas, de valores e, por vezes, devido às barreiras linguísticas.

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

Cada cultura tem os seus próprios significados, costumes e rituais únicos associados à gravidez, ao parto e ao puerpério. Portanto, os profissionais de enfermagem que atendem a essa população diversificada precisam estar cientes e respeitar as particularidades culturais e individuais de cada paciente, garantindo que os cuidados prestados sejam culturalmente sensíveis e apropriados às necessidades de cada mulher e família. Esse contexto enriquecedor do ponto de vista cultural e étnico oferece uma oportunidade para os profissionais de enfermagem aprenderem a lidar com a diversidade e a aprimorarem suas habilidades na prestação de cuidados centrados no paciente.

2. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Com o progresso da Enfermagem como uma disciplina científica, surgiram diretrizes que resultaram no desenvolvimento de um conjunto particular de conhecimentos, fornecendo a base para a prática da Enfermagem. Como resposta a essa necessidade, as teorias de enfermagem emergiram, trazendo uma contribuição substancial para o fortalecimento da disciplina, com foco na promoção, recuperação e reabilitação da saúde, bem como na prevenção de doenças (Piccoli et al., 2015).

As teorias de enfermagem podem ser descritas como uma estrutura organizada, coerente e sistemática de um conjunto de afirmações interligadas às que abordam as questões essenciais de uma área de conhecimento. São as perguntas significativas de uma disciplina, compartilhadas como um conjunto unificado, com a finalidade de descrever fenômenos, elucidar as interligações entre eles e antecipar resultados futuros (Neto et al., 2015).

A teoria das transições exerce uma influência significativa na enfermagem, mediante a criação de intervenções que asseguram uma assistência eficaz anterior a situações de mudança na vida dos clientes (Costa, 2016). Definem-se transições como processos multidimensionais complexos que causam e afetam mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambiente (Costa, 2016; Piccoli et al., 2015). É uma passagem entre dois períodos de tempo relativamente estáveis, conduzindo o indivíduo a mover-se por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de mudança. Referem ainda os autores que estes trajetos acontecem ao longo do tempo e possuem uma sensação de fluidez e movimento, dirigidos por mudanças que causam um período de desequilíbrio, incertezas, conflitos interpessoais e perturbações

Para que este processo se suceda é necessário que ocorram desvinculações dos laços que sustentam e reforçam os sentimentos de segurança no mundo conforme ele é conhecido. A rotura desses laços marca o ápice das expectativas e referências previamente estabelecidas, exercendo influência sobre os conceitos de bem-estar e satisfação. Portanto, de maneira estruturada, foram identificadas três componentes: a natureza das transições, as condições para a transição e os padrões de resposta. (Silva et al., 2019)

A natureza das transições compreende tipos, padrões e propriedades, tendo sido identificados quatro tipos de transições relevantes para a arte de cuidar: desenvolvimentais, situacionais, relacionadas à saúde e doença, e organizacionais. Essas categorias de transições

não são necessariamente independentes, podendo acontecer concomitantemente durante um período específico, e todas estão conectadas ao contexto em que a pessoa está inserida (Malta et al., 2023).

Entretanto, proporcionar transições saudáveis é uma tarefa desafiante para o enfermeiro, visto que existem pessoas dotadas de singularidades, necessitando prosseguir com novas competências e novas funções nesse processo (Costa, 2016).

Meleis investigou as repercussões de experiências de transições não saudáveis, a abordagem adotada por enfermeiros para cuidar dessas pessoas e quais intervenções de enfermagem contribuíram para facilitar o avanço dessas pessoas em direção a transições saudáveis. Deste estudo, emergiram três conceitos principais: Transições saudáveis - onde há a assimilação de comportamentos, emoções, indícios e símbolos relacionados a novos papéis; Transições insalubres ou ineficazes - que conduzem a pessoa em direção à vulnerabilidade e risco; e Insuficiência de papel - caracterizada por dificuldades na execução de um papel específico, onde comportamentos e emoções resultam do não cumprimento de obrigações (Malta et al., 2023).

Apesar da intrincada e diversificada natureza das transições, as suas características não são estritamente isoladas, mas sim interligadas num processo complexo e em constante evolução. As propriedades incluem a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, tempo de transição, pontos críticos e eventos significativos. Isso demanda do enfermeiro uma abordagem cuidadosa, conhecimento aprofundado e experiência para enfrentar essas mudanças de maneira eficaz (Costa, 2016).

Neste contexto, tornar-se mãe envolve passar por um evento de vida que exige reorganização e ajustes devido às diversas mudanças que o acompanham. Isso vai além da simples maternidade como ser progenitora, sendo um fenómeno mais abrangente. A transição para a parentalidade resulta em necessidades de saúde, já que a mulher é incentivada a adquirir novos conhecimentos, usar novas habilidades e recursos para se adequar ao seu novo papel e identidade (Rodrigues & Velez, 2018).

Dentro desse panorama, a perda de um bebé é frequentemente um acontecimento imprevisível, pois percorre o processo vital inverso, resultando num sofrimento profundo para a família, especialmente para os pais, independentemente da fase gestacional em que a perda ocorre (Ferreira et al., 2021).

Portanto, é essencial que o cuidado de enfermagem seja aplicado com o propósito de garantir uma assistência eficaz, aprimorando os desfechos e prevenindo transições prejudiciais. Baseando-se na compreensão da teoria das transições, o enfermeiro deve desenvolver intervenções e estratégias durante o processo de mudança, com o objetivo de aprimorar a qualidade de vida das pessoas. Isso implica em uma abordagem holística que abrange todas as dimensões do cuidado, em que a teoria das transições atua como uma orientação fundamental para a prática profissional (Costa, 2016).

2.1 CONCETUALIZAÇÃO (REVISÃO DA LITERATURA)

A gravidez é considerada pela DGS um evento vivenciado com recorrência no ciclo de vida da mulher sem haver necessidade de implementação de tratamentos específicos (Silva et al., 2019). O processo natural de evolução da gestação e a inerente transição para este novo papel provocam uma adaptação e reestruturação da mulher, enquanto ser biopsicossocial, e da sua família, enquanto um dos pilares desta vivência (Ferreira et al., 2021). Porém, quando a gravidez se torna inviável, inevitavelmente ocorre a sua interrupção, seja ela espontânea ou induzida, denominando-se por “perda gestacional” (Silva et al., 2019).

A perda gestacional é a complicação mais comum da gestação, sendo que 20% das gravidezes clinicamente diagnosticadas evoluem para interrupção espontânea, não estando somente associadas a morbidade física ou mortalidade, mas também com repercussões sociais e psicológicas inerentes à família (Soares; Cançado, 2017). Até ao momento não há uma definição consensual na literatura para a terminologia perda gestacional, no entanto uma das denominações usadas é definida, pela OMS, como morte de um produto da concepção, antes da sua expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez (Vescovi et al., 2022).

A maioria das perdas gestacionais ocorre entre as 8 e 12 semanas de gestação e o impacto provocado é sentido por toda a família. Nos casos em que a perda gestacional ocorre nas primeiras semanas de gestação, ao qual pouco se visualiza o crescimento da barriga, percebe-se que nem sempre o luto realizado pela mulher é socialmente aceite (Soares; Cançado, 2017). Nesses casos, não se considera o feto como um bebê em si e não se incentiva um espaço para elaboração simbólica deste momento (Lemos & Cunha, 2015b).

Embora o aumento do comprimento gestacional seja associado a uma maior psicopatologia, a verificação empírica da ligação mãe-bebê muito antes dele nascer sugere que não há associação entre a idade gestacional no momento da perda e a sintomatologia. Perder

um bebé no útero representa uma perda legítima e o luto atinge independentemente de quando a perda ocorre (Fortin; Keitel, 2021). Embora as pesquisas sobre luto abordem o processo numa perspectiva predominantemente individual, é necessário avaliar também o impacto da morte na família enquanto sistema relacional. As relações parentais podem ser modificadas, especialmente face a uma nova gestação, já que mais de 80% dos pais que sofreram uma perda gestacional pretendem uma nova gravidez (Vescovi et al., 2022).

Enquanto profissional de saúde que traça involuntariamente um compromisso com a vida, o desvio desse padrão eleva as dificuldades que os mesmo apresentam em lidar com a perda. A representação social do nascimento como uma experiência positiva faz com que situações de morte no seu contexto profissional os faça apoiar em práticas que fomentam o distanciamento (Lemos & Cunha, 2015a). Dado que a enfermagem desempenha um papel fundamental em todos os estádios e serviços que envolvem o cuidado de mulheres que passaram por um aborto, é de elevada importância a procura contínua de conhecimento e o desenvolvimento de uma base sólida de saberes científicos que abordem os aspetos recorrentes e atuais relacionados à assistência às mulheres que tenham realizado ou enfrentado a perda gestacional (Maia et al., 2022).

2.1.1 METODOLOGIA

Elaborada uma revisão narrativa da literatura, sendo realizada uma pesquisa entre os anos de 2012 e 2022, nas plataformas PubMed, EBSCOhost e Cochrane Library, com seleção de todas as bases de dados. Foram utilizados os descritores em Ciências da Saúde (DeCS, edição 2017) na língua inglesa: *pregnancy*, *grief*, *loss* e *behavior* com o recurso à interseção entre eles através do operador booleano “AND”. Como delimitadores da pesquisa foram definidos: artigos com texto completo (*full text*), na língua portuguesa, inglesa e espanhola.

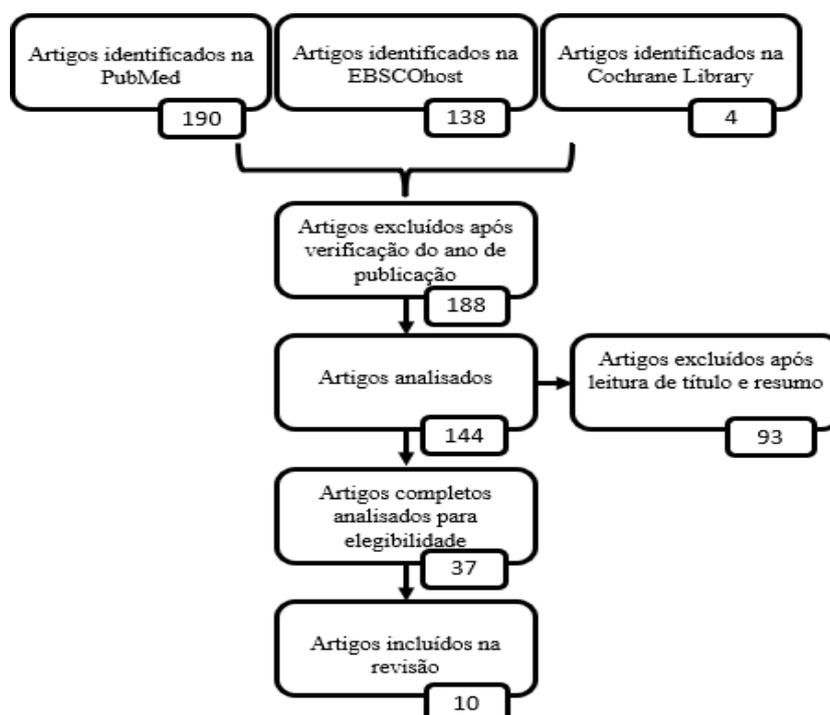
Os critérios de inclusão selecionados foram: artigos qualitativos ou mistos originais considerados adequados para o objetivo da revisão, cuja amostra incluía profissionais responsáveis pelo acompanhamento do casal na vivência de perda e/ou mulheres e/ou homens em processo de perda gestacional e cujo tipo de perda foi aborto e nados-morto.

Os critérios de exclusão centraram-se nos artigos duplicados, artigos fora do período de tempo previamente estipulado e artigos que impossibilitem a leitura na íntegra.

Com base nestes critérios obteve-se como resultados da pesquisa, 190 artigos na PubMed, 138 artigos no EBSCOhost e 4 artigos na Cochrane Library, juntamente com 32 “*trials*” que não entrarão para análise. Após aplicação de critérios de inclusão e exclusão foram examinados 10 artigos. Este processo de seleção é esquematizado segundo o modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses*), representado na figura 10 (PRISMA, 2021).

Figura 10

PRISMA



Elaboração Própria adaptado de PRISMA (2021)

2.1.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA REVISÃO COMO CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA TEMÁTICA

Após a análise dos artigos, foi elaborada uma tabela (Tabela 2) com a identificação do título dos artigos, autores e ano de publicação, com informação sobre os objetivos do estudo, o tipo de abordagem, o nível de evidência da obra segundo a classificação de *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2016) e as conclusões a que os autores chegaram.

Tabela 2

Análise dos artigos selecionados

Título (autores, ano)	Objetivos	Abordagem	Conclusões

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

		/ Nível de Evidência	
<p>Artigo 1. Unravelling the grief of involuntary pregnancy loss: A meta-ethnography of midwives' and nurses' emotional experiences (Fernández-Basanta; Coronado; Bondas Et Al., 2021)</p>	<p>Sintetizar as experiências emocionais das parteiras e enfermeiras ao cuidar dos pais que sofreram uma perda involuntária da gravidez.</p>	<p>Meta-síntese de 11 estudos qualitativos com uma abordagem meta-etnográfica</p> <p>Nível de Evidência - 4</p>	<p>Os resultados mostraram conflito emocional em relação à expressão de luto. Muitos profissionais entenderam a perda como não deles e que expressar as suas emoções poderia ser visto como uma falta de profissionalismo. Cuidar dos pais na sequência de uma perda de gravidez involuntária envolveu lidar com um ambiente organizacional insuportável, falta de preparação ou conhecimento e um cuidado emocionalmente exigente, favorecendo comportamentos focados no foro clínico e cuidados centrados nas tarefas inerentes à perda. A hierarquia do luto pode também manifestar-se nos profissionais de enfermagem, que podem relacionar-se com ossignificados que dão a perdas baseadas em aspetos clínicos.</p>
<p>Artigo 2. Are women diagnosed with early pregnancy loss at risk for anxiety, depression, and perinatal grief? (Ozgen, L., Ozgen, G., Simsek, D. Et Al., 2022)</p>	<p>Examinar os efeitos da perda precoce da gravidez em emoções como depressão, dor ou uma sensação de desespero, enquanto se investiga diferentes tipos de diagnósticos, internamentos hospitalares e tratamentos.</p>	<p>Estudo epidemiológico de corte prospetivo entre janeiro e setembro de 2019 a 116 mulheres diagnosticadas com perda precoce de gravidez.</p> <p>Nível de Evidência - 3</p>	<p>O presente estudo destina-se principalmente a comparar os diagnósticos de diferentes tipos de perda precoce da gravidez, no entanto, todos as participantes registaram uma avaliação equiparada, independentemente do diagnóstico. As presunções de que a avaliação da ansiedade ou depressão pode ser considerada inessencial para a perda precoce da gravidez pela ausência de percepção movimentos fetais e pela possível falta de ligação com o feto foram claramente refutadas. O presente estudo revelou que a perda precoce da gravidez estava relacionada com ansiedade moderada e depressão, independentemente do tipo de perda. As mulheres foram afetadas mais profundamente do que os seus parceiros.</p>
<p>Artigo 3. Australian Heterosexual Men's Experiences of Pregnancy Loss:</p>	<p>Explorar diversas questões de investigação do foro biopsiosociocultural em relação à amostra de homens que</p>	<p>Estudo epidemiológico de corte a 48 homens heterossexuais australianos</p>	<p>Os homens tendem a não procurar ajuda devido ao estigma da sociedade, podendo ter um impacto negativo na redução da dor e da angústia. Embora os níveis de luto relatados colocassem os participantes em pé de igualdade com as mulheres em pesquisas anteriores, o</p>

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

<p>The Relationships Between Grief, Psychological Distress, Stigma, Help-Seeking, and Support</p> <p>(Riggs, D. W., Due, C., & Tape, N., 2021).</p>	<p>tinham sofrido uma perda gestacional</p>	<p>Nível de Evidência - 3</p>	<p>papel da procura de ajuda, e o que essa ajuda poderia oferecer é indiscutivelmente específica para os homens. Além disso, as conclusões relatadas neste artigo desafiam o pressuposto simplista de que, para os homens, o acesso à ajuda traduz-se automaticamente em apoio sendo visto como útil. Pode muito bem ser que os homens sofram de forma diferente, e que as necessidades de apoio dos homens estão, portanto, intimamente ligadas à forma como os homens sofrem, havendo a necessidade de uma adequação da ajuda prestada consoante o sofrimento demonstrado.</p>
<p>Artigo 4.</p> <p>Factors contributing to men's grief following pregnancy loss and neonatal death: further development of an emerging model in an Australian sample</p> <p>(Obst, K. L., Oxlad, M., Due, C., & Middleton, P., 2021).</p>	<p>Examinar os fatores associados à intensidade e estilo de luto dos homens.</p>	<p>Abordagem qualitativa. Estudo de corte a 228 homens australianos.</p> <p>Nível de Evidência - 3</p>	<p>Os homens sofreram uma dor significativa em todos os tipos de perdas sendo diretamente influenciada pelo historial de perda, satisfação conjugal, disponibilidade de apoio social, reconhecimento da sua dor por parte da família/amigos, tempo de ligação com o bebé durante a gravidez. Os fatores que contribuem para a dor também diferem dependendo do estilo de luto. Dor intuitiva (focada na emoção) foi associada ao apoio recebido dos profissionais de saúde. A dor instrumental (centrada na atividade) foi associada ao tempo e à qualidade do apego ao bebé durante a gravidez, disponibilidade de apoio social e reconhecimento da dor dos homens pela sua parceira feminina. Estratégias para apoiar os homens devem considerar estilos de luto e basear-se em recomendações de práticas paterno inclusas.</p>
<p>Artigo 5.</p> <p>Breaking the silence: Determining Prevalence and Understanding Stillbirth Stigma</p> <p>(Pollock, D. D., Pearson, D. E., Cooper, D. M.,</p>	<p>Determinar a prevalência e o tipo, bem como, explorar variáveis explicativas associadas a níveis mais elevados de estigma face à perda em mães em processo de luto em países de alto rendimento</p>	<p>Abordagem qualitativa. Estudo de corte a 889 mulheres em processo de luto pós-perda gestacional</p> <p>Nível de Evidência - 3</p>	<p>A pesquisa atual foi a primeira a identificar que 54% das mães em processo de luto experienciaram o estigma, sendo o auto-estigma o mais proeminente. As mães enlutadas sofreram experiências discriminatórias e tiveram dificuldade em revelar a sua morte aos outros dentro da sua comunidade. Mães pela primeira vez com historial descrito de doença mental parece ser a mais em risco de níveis mais elevados de estigma.</p>

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

<p>Ziaian, A. P. T. Et Al., 2021)</p>			
<p>Artigo 6. ‘In the hospital there are no care guidelines’: experiences and practices in perinatal loss in Spain (Fernández-Alcántara, M., Schul-Martin, L., García Caro, M. P., Montoya-Juárez, R., Pérez-Marfil, M. N., & Zech, E., 2020).</p>	<p>Identificar e examinar as experiências e práticas subjetivas de profissionais experientes que atendem à perda perinatal no contexto hospitalar.</p>	<p>Estudo descritivo exploratório qualitativo com entrevistas a 16 profissionais de saúde</p> <p>Nível de Evidência - 4</p>	<p>Apesar de realizarem as práticas baseadas nas conhecidas diretrizes de cuidados relativos ao luto face ao processo de perda, o profissional de saúde não atendeu a aspectos-chave dos cuidados, tais como a tomada de decisões partilhadas com o casal, tornando-se numa fonte de stress ao invés de uma fonte de apoio.</p> <p>Apesar de vários profissionais terem realizado práticas com uma atitude afetiva e de apoio, tiveram dificuldade em prestar cuidados emocionais consistentes e contínuos aos pais enlutados, especialmente nos primeiros dias após a perda.</p> <p>Os pais valorizam particularmente a presença dos profissionais, que é definida como uma forma de cuidados físicos e afetivos de apoio, a individualização e continuação dos cuidados durante o luto, e as atitudes não-críticas e empáticas dos prestadores de cuidados de saúde. Importante, neste estudo, outros profissionais, como psicólogos ou assistentes sociais com competências para prestar tais cuidados, não foram, de facto, integrados na equipa de cuidados.</p>
<p>Artigo 7. "The loss was traumatic... some healthcare providers added to that": Women's experiences of miscarriage (Bellhouse, C., Temple-Smith, M., Watson, S., & Bilardi, J., 2019).</p>	<p>Explorar a angústia psicológica sentida pelas mulheres em resultado do aborto, bem como a perceção de apoio fornecido pelos profissionais de saúde.</p>	<p>Abordagem qualitativa descritiva com entrevista a 15 mulheres australianas após situação de perda</p> <p>Nível de Evidência - 4</p>	<p>Mulheres expressaram preocupações com a falta de informação fornecida, falta de acompanhamento dos profissionais de saúde, comentários insensíveis, atitudes desprezíveis e uma falta de apoio emocional no leque de cuidados de saúde</p> <p>profissionais. Estas experiências foram em grande parte consistentes com o que foi encontrado em pesquisas anteriores, com muitas mulheres a sentirem que, embora os profissionais de saúde gerissem bem a sua perda, eram muitas vezes insensíveis e não reconheciam ou abordavam a sua experiência emocional de luto e perda.</p>

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

<p>Artigo 8.</p> <p>“It’s just one of those things people don’t seem to talk about...” women’s experiences of social support following miscarriage: a qualitative study (Bellhouse, C., Temple-Smith, M. J., & Bilardi, J. E., 2018).</p>	<p>Explorar as experiências de apoio social das mulheres após situação de aborto, com vista a sensibilizar comunidade mais ampla em torno do apoio emocional das mulheres.</p>	<p>Abordagem qualitativa descritiva entre novembro 2016 e fevereiro 2017 a mulheres australianas após situação de perda</p> <p>Nível de Evidência - 4</p>	<p>A maioria dos parceiros das mulheres foram figuras centrais de apoio pois colocavam as suas necessidades e sentimentos acima dos seus próprios e foram compreensivos e empáticos. As mulheres geralmente sentiam que as tradições da sociedade em torno de não divulgar uma gravidez até depois do primeiro trimestre, significavam que se sentiam sozinhas e isoladas nos seus sentimentos de luto e perda, uma vez que muitos dos seus amigos e familiares não sabiam o que dizer, ou como lhes mostrar o apoio e o reconhecimento de que precisavam no momento do aborto.</p> <p>Por isso, é importante que o público em geral esteja ciente de que o aborto está associado a impactos psicológicos significativos, independentemente da duração da gravidez.</p> <p>Muitas mulheres descreveram os seus parceiros como severamente e igualmente afetados pelo aborto, no entanto, muitas vezes ignorados e esquecidos no processo de apoio.</p>
<p>Artigo 9.</p> <p>Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents’ needs? (Ravaldi, C., Levi, M., Angeli, E., Et Al., 2018)</p>	<p>Avaliar as práticas atuais dos prestadores de cuidados de saúde no cuidar de mulheres que sofrem em situação de nado-morto e explorar as necessidades de formação para melhor apoiar as famílias enlutadas.</p>	<p>Abordagem qualitativa. Estudo Observacional – Corte transversal. Questionário a 750 profissionais de saúde</p> <p>Nível de Evidência - 4</p>	<p>Identificada uma lacuna substancial no fornecimento de práticas baseadas em evidências transmitidas às mulheres e famílias que sofrem de nados-mortos. Os profissionais precisam de melhorar a sua capacidade de prestar apoio profissional às famílias, mostrarrespeito pelo bebé e ajudar os pais a lidar com realidade. As implicações desta falta de conhecimento com as melhores práticas recomendadas representam definitivamente um cuidado sub-ideal para as famílias que sofrem de uma perda perinatal.</p> <p>A gestão do nado-morto e da perda deve ser uma parte estruturada nos cursos profissionais nos currículos médicos e obstetras, de modo a que as novas gerações de médicos e parteiras possam melhorar substancialmente a qualidade dos cuidados prestados às famílias que experienciam a situação de perda.</p>
<p>Artigo 10.</p>	<p>Explorar e revelar a essência e estrutura</p>	<p>Abordagem fenomenológica</p>	<p>Os participantes descreveram as suas experiências como angustiantes e</p>

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

The Experiences of Fathers Whose Spouses Are Hospitalized for Pregnancy Termination Due to Fetal Chromosome Abnormality in Taiwan (Sun, J. C., Rei, W., Chang, M. Y., & Sheu, S. J., 2018).	das experiências dos pais taiwaneses cujos cônjuges estão hospitalizadas para interrupção da gravidez devido a anormalidades cromossômicas fetais.	descritiva com realização de questões a 20 pais cujos cônjuges foram hospitalizados para interrupção da gravidez Nível de Evidência - 4	envolvendo decisões dolorosas. Os pais têm sentimentos mistos, conflituosos, indefesos, lamentosos e necessidades únicas durante a interrupção da gravidez. É crucial que os profissionais de saúde compreendam estas experiências e prestem cuidados familiares, centrados no pai e inclusivos. As intervenções adequadas podem então ser desenvolvidas para que os pais não se sintam ignorados ou marginalizados e possam experimentar uma transição mais suave para a paternidade face à morte perinatal.
--	--	---	---

Com base nas informações recolhidas, procedeu-se à análise detalhada dos dados, realizando uma leitura minuciosa dos resultados e comparando-os com obras de referência. Com o objetivo de atingir as metas propostas nesta revisão, e em consonância com os resultados obtidos, os dados foram organizados em três categorias distintas: 1) o comportamento da mulher perante a perda gestacional, 2) o comportamento do homem perante a perda gestacional e 3) o comportamento do profissional de saúde perante a perda gestacional.

1) O COMPORTAMENTO DA MULHER PERANTE A PERDA GESTACIONAL

Ser mulher é ser capaz de valorizar-se enquanto ser individual e de reconhecer a fisiologia, respeito e valorização do seu corpo como veículo para um momento de reapropriação e empoderamento que culmina com o nascimento do seu primogénito (Figueiredo et al., 2022).

O desejo de ter um filho e a gestação assinalam um marco significativo no desenvolvimento da mulher e são processos que advém das primeiras relações interpessoais e identificações da mulher enquanto ser feminino (Zanatta et al., 2017).

A gravidez marca um período de intensas mudanças fisiológicas, psicológicas e comportamentais, com a necessidade de adequação de papéis na relação conjugal e de relacionamentos familiares face à eventual chegada e necessidades do bebé, tornando esta vivência como única e singular na vida de cada mulher, podendo ser marcado por experiências

positivas e/ou negativas que serão lembradas para toda a vida (Figueiredo et al., 2022; Zanatta et al., 2017).

Perante uma perda gestacional, a mulher depara-se com um cessar abrupto de um processo de transição biopsissocial, tornando-se suscetível a efeitos adversos físicos e psicológicos, desencadeando inúmeros sentimentos como dor, angústia, culpa, medo, vazio, vergonha, sofrimento físico e existencial (Kukulskiene; Žemaitien, 2022; Nonato et al., 2022, Santos et al., 2021). Foram citados, ainda, outros sentimentos, porém em menor proporção, como sensação de abandono, tensão, perda da fé, hostilidade, raiva, desespero, desamparo, mágoa, desejo de término de relacionamento com o parceiro e perda de interesse sexual (Santos et al., 2021).

Sendo uma gravidez não desejada e havendo a decisão de não progressão da gestação, a sintomatologia é similar, pois vários estudos relacionam o ato abortivo com um alto índice de mágoa, sentimento de culpa e diminuição da autoestima das mulheres que o vivenciaram (Nonato et al., 2022).

Corroborado pelos artigos 2 e 5, os autores evidenciam uma associação entre as mulheres que passam por processos de perda gestacional, sinais e sintomas que demonstram após perda e relatados anteriormente e diagnósticos de ansiedade moderada e depressão.

Kukulskiene, M. & Žemaitien, N. (2022) evidenciaram um nível de sintomatologia 6 semanas após a interrupção significativamente maior em comparação com a perda de gravidez no primeiro trimestre. Corroborado, Farren et al. (2021) complementa afirmando que a visualização do feto, pela primeira vez, por meios ecográficos intensifica a sintomatologia depressiva. A dor vivenciada dependerá do vínculo afetivo criado, onde um maior tempo de gravidez está diretamente ligado a um maior vínculo entre a mãe e bebê (Santos et al., 2021), porém é fulcral referir que as presunções de que a avaliação da ansiedade ou depressão pode ser considerada inessencial para a perda precoce da gravidez pela ausência de percepção movimentos fetais e pela possível falta de ligação com o feto foram claramente refutadas, tal como valida o artigo 2.

As mudanças físicas menos visíveis de um primeiro trimestre de gravidez ou ainda não terem filhos têm um impacto negativo em contexto de perda gestacional, onde a sociedade mantém o estigma que ainda não são consideradas mães, tal como confirma o artigo 5. O mesmo

evidencia um nível elevado de auto-estigma, muito devido à ideia de que falharam, enquanto mães, na proteção do seu filho.

De acordo com o artigo 8, as tradições da sociedade em torno de não divulgar uma gravidez até depois do primeiro trimestre, significavam que se sentiam sozinhas e isoladas nos seus sentimentos de luto e perda, acabando por tornar o problema ainda maior, pois o medo de revelar as suas intenções ou de revelar o ocorrido era um conflito de emoções na mulher, em que passar pelo trauma do aborto e suas consequências leva ela a ter um anseio de dúvidas e medos, que poderiam ser resolvidos (Santos et al., 2021).

Levando em consideração todos esses sentimentos próprios decorrentes do processo de perda gestacional é possível constatar a influência negativa que tem para pretensões futuras de gravidez, pois alterações psico-neuro-endócrino-imunológicas provenientes de stress crónico, ansiedade materna e comportamento depressivo são promotoras de perdas gestacionais de repetição (Wang et al., 2021).

2) O COMPORTAMENTO DO HOMEM PERANTE A PERDA GESTACIONAL

As representações sociais do papel de homem e de pai são variáveis e, inicialmente, eram fundamentadas sem argumentos científicos válidos, como, por exemplo, com a crença que os homens não tinham vinculação com a reprodução (Velleda et al., 2021).

Se, por um lado, está subjacente às relações sociais entre géneros uma visão mais individualista que defende a precedência das mulheres no processo de perda, por outro lado, há uma díade, imersa em relações de afeto e de parentesco, que impõe uma compreensão mais relacional dos fenómenos sociais e que, por sua vez, reivindicam a participação ativa do homem no processo de tomada de decisão e de envolvimento face à prestação de cuidados por parte dos profissionais de saúde (Brandão et al., 2020).

Esta ambiguidade e o não reconhecimento da sociedade face à perda gestacional como perda legítima, muito devido à suposta baixa construção de vínculo casal-bebé e um sofrimento ténue face à fácil substituição da relação perdida, tornam o luto vivenciado pelo casal socialmente pouco aceite, não permitindo a expressão de sentimentos e emoções por parte do casal e, mais propriamente, por parte do homem (Barth et al., 2020). É identificado um comportamento de negação e dúvidas relacionadas ao modo de gestão do luto o que varia face às crenças e valores pessoais e sociais (Silva et al., 2019).

O artigo 3 comprova o relatado anteriormente. Os homens tendem a não procurar ajuda devido ao estigma da sociedade, influenciando negativamente na redução da dor e da angústia. Os homens, em geral, são orientados para ser emocionalmente fortes, figuras centrais de apoio, tal como se verifica no artigo 8, com o propósito de apoiarem as suas parceiras no sofrimento perante a perda, no entanto, é relevante auferir que a morte fetal pode ser devastadora para ambos os pais e o papel secundário em que os homens se colocam e são colocados, pode implicar uma falta de reconhecimento do seu processo de luto, gerando impactos negativos na sua saúde mental e comportamento (Silva et al., 2019; Vescovi et al., 2022).

Além disso, muitos pais acabam por se tornar os cuidadores informais das suas parceiras, continuando a sua atividade laboral ou estando demasiado ocupados a suprir as necessidades e responsabilidades duplas na ausência da mãe. A compilação de todos os fatores mencionados pode e muitas vezes interfere com a forma como vivenciam a perda e como são prestados os cuidados aos mesmo face este processo. (Robinson, M.; Robinson, C., 2022).

O Artigo 10 corrobora o referido, descrevendo as experiências dos intervenientes como angustiantes e envolvendo decisões dolorosas. Os pais têm sentimentos mistos, conflituosos, indefesos, lamentosos e necessidades únicas durante a interrupção da gravidez. Esta especificidade de cuidados torna-se ainda mais fulcral quando verificado o histórico pessoal e obstétrico vivenciado pelo pai/casal.

A ausência de filhos e a vivência de múltiplas perdas gestacionais apresentaram-se como aspetos que tendem a gerar repercussões negativas na conjugalidade e na vivência do luto (Vescovi et al., 2022). O artigo 4 salienta o homem como ser portador de dor perante o processo de perda, com a influência direta do historial de perda corroborado anteriormente, bem como pela disponibilidade de apoio social e reconhecimento por parte de entes queridos e familiares, principalmente pela sua parceira feminina.

3) O COMPORTAMENTO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE PERANTE A PERDA GESTACIONAL.

De acordo com o regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, o profissional de saúde, mais precisamente, o Enfermeiro, é o profissional com competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de saúde ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária e promoção da saúde física e psicológica (OE, 2012).

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

Enquanto EEESMO é mandatório o cuidado centrado na mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal e pós-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações associadas a este processo de transição (OE, 2019).

Perante uma perda gestacional, compete ao profissional de saúde que cuida e assiste no processo de perda entender que o mesmo deve ser informado à mulher/casal e que, em caso de identificação da causa da perda, a mesma deve ser transmitida, com o intuito de transparecer o processo pelo qual irão passar, para que tenham poder de decisão, não só para o seu próprio esclarecimento, mas também para o planeamento de futuras gestações, permitindo um melhor suporte psicológico e assistência pré-natal adequada e especializada (Figueiredo et al., 2022; Soares; Cançado, 2017).

Comparando com a evidência relatada anteriormente, os artigos 6, 7 e 9 mostram-se contraproducentes face aos resultados apresentados. Apesar de realizarem as práticas baseadas nas conhecidas diretrizes de cuidados relativos ao processo de perda e de terem realizado práticas com uma atitude afetiva e de apoio, os profissionais de saúde tiveram dificuldade em prestar cuidados emocionais consistentes e contínuos aos pais, especialmente nos primeiros dias após a perda, favorecendo comportamentos focados no foro clínico, tornando-se numa fonte de stress ao invés de uma fonte de apoio.

Os pais valorizam a presença dos profissionais, que é definida como uma forma de cuidados físicos e afetivos de apoio, a individualização e continuação dos cuidados durante o luto, e as atitudes não-críticas e empáticas, porém o artigo 7 infere uma falta de acompanhamento dos profissionais de saúde, comentários insensíveis, atitudes desprezíveis e uma falta de apoio emocional no leque de cuidados de saúde profissionais.

Uma mulher com perda gestacional ou pós-parto deve ter o direito de falar sobre o que lhe aconteceu, sobre as suas frustrações e sentimentos de culpa e impotência, no sentido de a apoiar e a vida da sua família após a perda. A família precisa de ser cuidada de forma determinada e não excluída da equipa de saúde (Galvão et al., 2021).

Apesar do enfoque científico na importância do apoio à rede familiar no processo de perda gestacional, os artigos 4 e 10 fazem referência a uma marginalização do pai durante o período de perda. Falta de práticas paterno inclusas, de apoio social e reconhecimento da dor dos homens tem implicações para toda a família, tornando, os cuidados, sub-ideais para os que estão a sofrer.

Os profissionais de saúde não se sentem completamente preparados e confortáveis para estabelecerem relações de empatia e assistência qualificada, evidenciando falta de estratégias, de habilidades e recursos para lidar com essas situações e responder às necessidades dos pais (Tavares et al., 2022; Teixeira et al., 2021). Corroborado, o artigo 1 salienta os cuidados centrados na questão clínica e explana o ambiente organizacional insuportável com que lidam perante este acontecimento.

O enfermeiro encontra nos seus deveres a prevenção da doença e a promoção da saúde, como tal, deve alertar os casais desde o início da gestação para a possibilidade de uma perda espontânea e amenizar o sentimento de culpa das famílias, devem saber identificar fatores de risco para morbidades psicológicas e promover um acompanhamento pós-perda gestacional, uma vez que o medo relacionado a uma nova gestação pode ter impacto negativo no curso da gestação e parto (Bernstein et al., 2022; Oliveira et al., 2021).

2.2 RESULTADOS EMPÍRICOS DO EXERCÍCIO DE OBSERVAÇÃO DE COMPORTAMENTOS

Dada a natureza subjetiva e não mensurável (quantitativamente) da temática aqui abordada, no decurso do ENP, os resultados obtidos revelaram-se através de uma recolha prévia de informação fidedigna e exposição de parâmetros de elevada pertinência na influência direta no comportamento adotado perante uma perda gestacional, tendo sido pelo método observacional que foram alcançados os objetivos.

A População-Alvo foram todas as mulheres grávidas internadas em bloco de partos e internamento de ginecologia ou em contexto de admissão no serviço de urgência de obstetria e ginecologia com identificação diagnóstica de perda gestacional cujo o mestrando prestou cuidados, tendo uma amostra de (n=22) grávidas. A reflexão sobre os dados é fruto de um investimento bibliográfico. Não existindo uma tabela única e padronizada para avaliar o comportamento das pessoas diante uma perda gestacional, pois as reações podem ser muito individualizadas e influenciadas por diversos fatores, como a personalidade, as experiências anteriores, o suporte social, as crenças religiosas e culturais, entre outros (Kukulskiene; Žemaitien, 2022; Maia et al., 2022; Nonato et al., 2022; Robinson, M.; Robinson, C., 2022; Santos et al., 2021), foram reunidos alguns aspetos que foram considerados ao avaliar o comportamento das pessoas frente à perda gestacional:

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

1. Expressão emocional: Tristeza profunda (expressão facial – olhar baixo, sobrancelhas enrugadas; lábio cerrado e descaído); Choro frequente; Irritabilidade; Sentimentos de culpa; Raiva; Negação
2. Reações físicas: Sintomas de estresse, como insónia e fadiga; Mudanças no apetite; Dificuldades de concentração
3. Aceitação e luto: Aceitação da perda gestacional; Processo de luto, incluindo as fases de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação
4. Interação social: Procura por apoio social; Isolamento social; Dificuldade em partilhar a experiência com outras pessoas.
5. Crenças e espiritualidade: Como as crenças religiosas ou espirituais afetam a perceção da perda gestacional.
6. Tomada de decisão: Decisões sobre cuidados médicos pós-perda; Decisões sobre tentar novamente engravidar
7. Estratégias de coping: Utilização de estratégias saudáveis para lidar com o luto; Busca de aconselhamento profissional ou grupos de apoio.
8. Impacto nas relações interpessoais: Como a perda gestacional afeta os relacionamentos com o parceiro, familiares e amigos; Apoio ou conflitos nas relações

Recorrendo à técnica de análise estatística com utilização do sistema operativo Microsoft Excel, foram analisados os dados recolhidos tendo obtido resultados que não podem ser extrapolados para todas as utentes, mas que despertam para uma reflexão profunda.

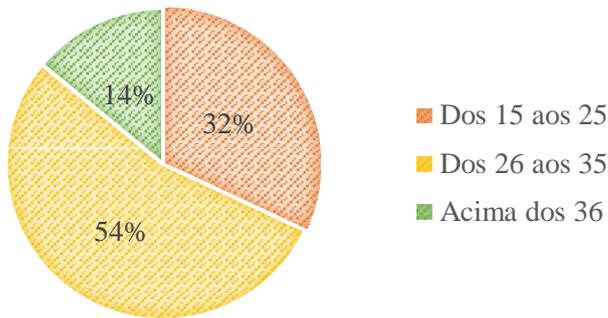
Caraterísticas sociodemográficas da amostra

Participaram 22 grávidas, com idade entre os 18 e os 42 anos, com média de 27 anos (DP=5,98). Organizando-se a idade em grupos, observa-se que o grupo de idade mais

representado é o de 26-35 anos (n=12; 54%). Em Portugal a idade média da mãe ao nascimento de um filho encontra-se situada nos 32,2 anos (PORDATA, 2022), o que vai de encontro aos resultados apresentados. A média de idades pode porventura estar influenciada, pela naturalidade das parturientes, já que o Algarve recebe muitas estrangeiras/migrantes (INE, 2022). Após os 36 anos,

Figura 11

Percentual das participantes de acordo com os grupos etários



Fonte: Elaboração Própria

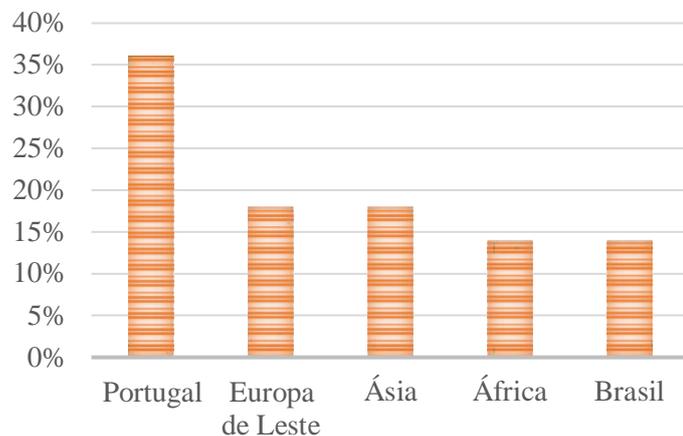
encontram-se 3 mulheres (14%) e o grupo mais jovem dos 15-25 anos era composto por 7 (32%) participantes conforme figura 11.

Relativamente à nacionalidade das 22 participantes, observa-se uma prevalência de grávidas oriundas de Portugal (n=8; 36%), porém constata-se a presença notória de parturientes da Europa de Leste (Ucrânia, Moldávia e Roménia) e Ásia (Bangladesh, Paquistão e Índia) (n=4; 18%) seguindo-se o Brasil e África (São Tomé e Príncipe) (n=3; 14%),

conforme as figuras 12 e 13.

Figura 12

Nacionalidade das participantes



Fonte: Elaboração Própria

Figura 13

Disposição geográfica das nacionalidades das participantes



Fonte: Elaboração Própria

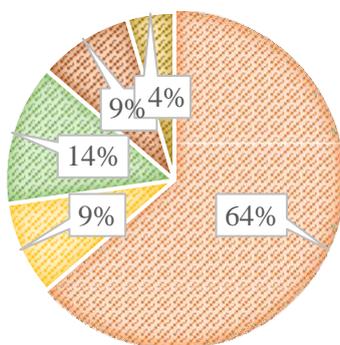
Segundo a Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Algarve (2019), das 17 nacionalidades com mais de 1000 residentes, 10 correspondem a países da União Europeia, 2 a países do leste europeu, 3 a países asiáticos, 1 a país africano e 1 outro a país da América latina, com países como Brasil, Roménia e Ucrânia a constarem no top 10, indo de acordo com os resultados obtidos neste relatório.

As ideologias religiosas e culturais acabam por ter influência direta no processo de morte e nas estratégias de coping relativo à mesma (Oliveira et al., 2019), tornando imprescindível a aquisição desses resultados.

Figura 14

Religião das participantes

■ Católica ■ Hindu ■ Ortodoxa ■ Islão ■ Ateu



Fonte: Elaboração Própria

De acordo com o demonstrado na figura 14, verifica-se uma predominância da religião católica (n=14; 64%), porém, devido à emigração e alocação de população estrangeira, como comprovado em resultados anteriores, constata-se também a presença da religião Ortodoxa (n=3; 14%), a religião Hindu e Islâmica (n=2; 9%) e, por fim, o Ateísmo (n=1; 4%)

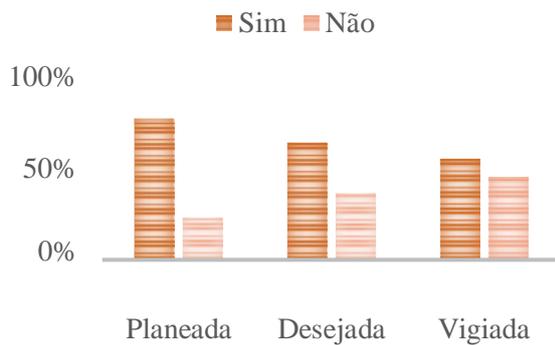
Caraterísticas Obstétricas

Tendo em conta a temática apresentada, a evidência conclui a pertinência da abordagem ao planeamento, desejo e vigilância da gravidez. A maioria das participantes planeou a gravidez (n=17; 77%), embora em 5 tal não tivesse acontecido (23%).

Aquando a confirmação de gravidez, a maioria considerou a gravidez desejada (n=14; 64%) enquanto as restantes não partilham da mesma intenção (n=8; 36%).

Figura 15

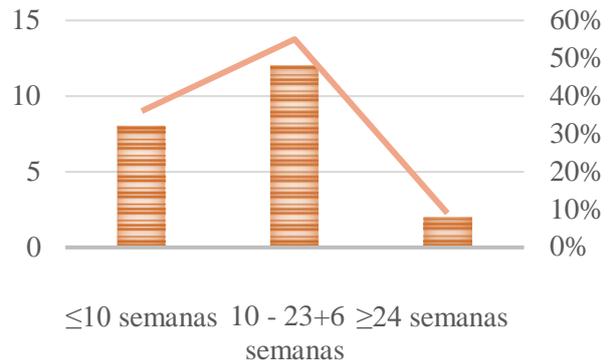
Casos de gravidez planeada, desejada e vigiada



Fonte: Elaboração Própria

Figura 16

Idade Gestacional no momento da perda



Fonte: Elaboração Própria

Relativamente à vigilância da gravidez, verifica-se um equilíbrio. Enquanto que 12 grávidas referem ter uma gravidez vigiada (55%), as restantes não acompanham essa tendência (n=10; 45%). Esta proximidade de resultados pode ser justificada pela baixa idade gestacional apresentada no momento de perda (i.e. 5,6 e 7 semanas). De acordo com a DGS (Orientação nº 001/2023), todas as grávidas devem ter acesso a uma primeira consulta da gravidez entre as 6 semanas e 0 dias e as 9 semanas e 6 dias de gestação.

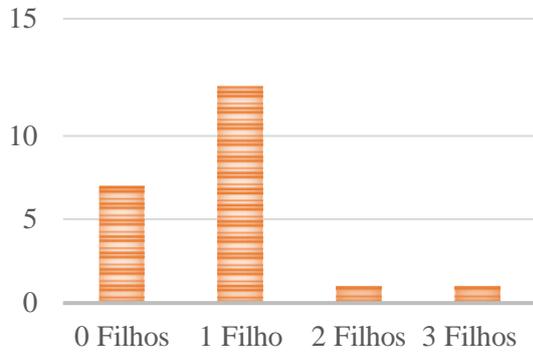
O risco de perda gestacional está diretamente relacionado com a idade gestacional, a paridade e idade materna e o número de perdas anteriores. Uma baixa idade gestacional, uma grande múltipara, uma idade avançada ou com perdas de repetição são fatores que propiciam um novo evento (Néné et al., 2016). Portanto, encontram-se representados nas figuras os dados referentes à evidência relatada anteriormente, tendo sido verificada que a maioria das grávidas com episódio de perda gestacional somente apresentavam 1 filho anterior (n=13; 59%), 7 mulheres apresentam ser primíparas (32%) e com representação residual aparecem as múltíparas (n=2; 9%).

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

Verifica-se a predominância de mulheres em que a atual perda fora a primeira (n=15 ;68%). Os dados obtidos não representam a evidência científica colhida, porém é de denotar o tamanho reduzido da amostra que pode ter influência na recolha de conclusões que devem ser cautelosas.

Figura 17

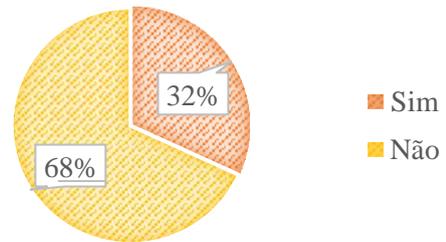
Grávida com número de filhos anteriores



Fonte: Elaboração Própria

Figura 18

Casos de perda gestacional anterior

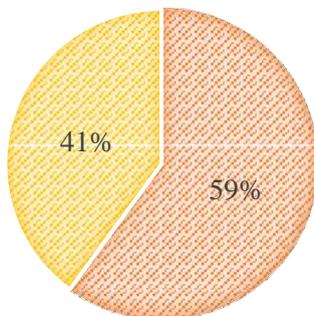


Fonte: Elaboração Própria

Após a caracterização da amostra, uma abordagem holística e baseada na observação de comportamentos permitiu a recolha dos seguintes dados, baseados na resposta aos parâmetros previamente delineados com recurso à evidência científica.

Figura 19

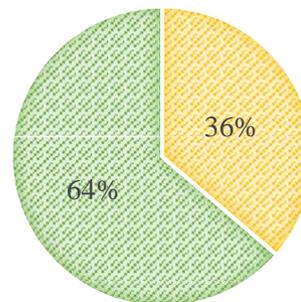
Presença de acompanhante



Fonte: Elaboração Própria

Figura 20

Pretensão em engravidar novamente



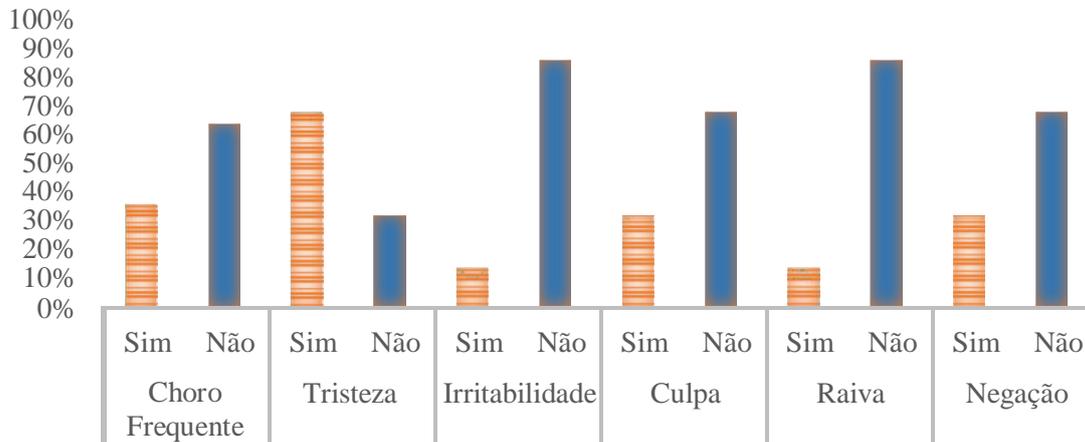
Fonte: Elaboração Própria

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

No momento de confirmação de diagnóstico, na maioria dos casos, o acompanhante esteve presente para ter conhecimento pelo profissional de saúde (n=13; 59%) enquanto que as restantes se apresentaram sozinhas no momento em que foi transmitida a má notícia (n=9; 41%).

Figura 21

Percentagem de casos consoante sentimento



Fonte: Elaboração Própria

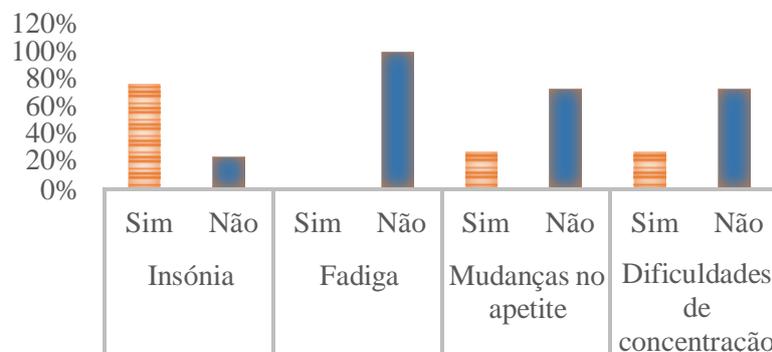
Supra observado, encontram-se os sentimentos que mais se destacaram na evidência científica e que serviram de base para a grelha de observação utilizada para a recolha dos dados. Surgiram resultados que parecem ter significados ambíguos. Destaca-se a tristeza como sentimento mais observado nas utentes admitidas e às quais cuidados foram prestados (n= 15; 68%). Choro freqüente, culpa e negação encontram-se logo a seguir, onde 8 (36%), 7 e 7 (32%) mulheres, respetivamente, demonstraram ou autonomamente relataram esse sentimento.

Representado na figura 22, estão descritos os fatores que, fenotipicamente, se evidenciaram como causa-efeito de uma perda gestacional, onde se destaca a insônia como fator major (n=17; 77%)

Figura 22

Percentagem de casos consoante sintoma

Porém, estes resultados são inconclusivos e, isolados, não trazem elucidações significativas. Posto isto, foi fundamental correlacionar com os dados referentes às características obstétricas recolhidos anteriormente.



Fonte: Elaboração Própria

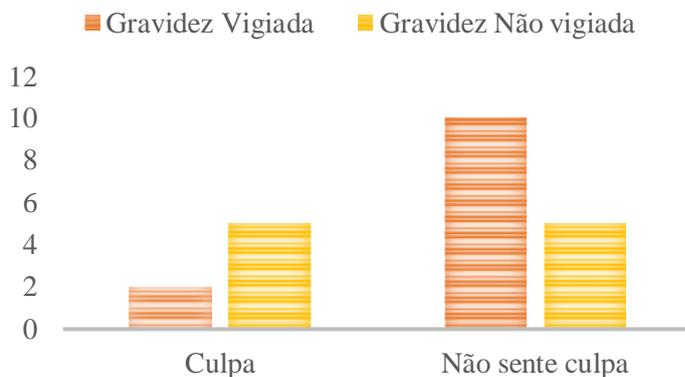
Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

Como sentimento mais retratado, considerou-se pertinente relacionar a tristeza com a idade gestacional que as mulheres apresentavam no momento da perda. Foi verificado que, em gestações inferiores a 10 semanas, 50% dos casos demonstraram tristeza associada (n=4), o mesmo que os que não o fizeram. À medida que a gestação aumentava, também a percentagem de casos com tristeza associada, onde, entre as 10 – 23+6 semanas, 75% (n=9) dos casos o apresentaram e acima das 24 semanas, na totalidade dos casos foi verificado (n=2; 100%)

Como na Perda Gestacional não há recordações de qualquer tipo de confraternização com o feto, é o psiquismo da mãe que prevalece e o que vai crescendo é uma relação idealizada e um bebé imaginário, algo que é independente à fase gestacional em que se encontra (Teodózio et al., 2023).

Figura 26

Relação sentimento de culpa e vigilância da gravidez

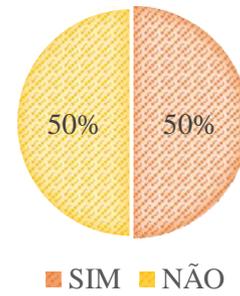


Fonte: Elaboração Própria

Interessante perceber que, num dos sentimentos mais verificados, a discrepância entre esta dualidade surge principalmente em mulheres cuja gravidez não fora vigiada (n=5; 71%). Apesar de nas gravidezes vigiadas também serem 5 as mulheres com o mesmo sentimento (n=5; 33%), a proporção evidenciada torna este resultado irrisório para o que a conclusão nos remete.

Figura 23

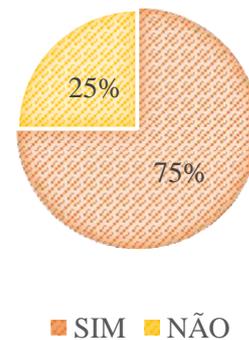
Casos de tristeza em gestações inferiores a 10 semanas



Fonte: Elaboração Própria

Figura 24

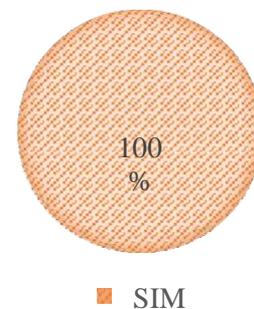
Casos de tristeza em gestações entre as 10 - 23+6 semanas



Fonte: Elaboração Própria

Figura 25

Casos de tristeza em gestações superiores a 24 semanas



Fonte: Elaboração Própria

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (n. °09/2020), juntamente com o Diário da República (Lei n. °110/2019), reconhecem à mulher grávida o direito ao acompanhamento na assistência na gravidez.

Torna-se imprescindível a realização de uma associação entre o impacto da

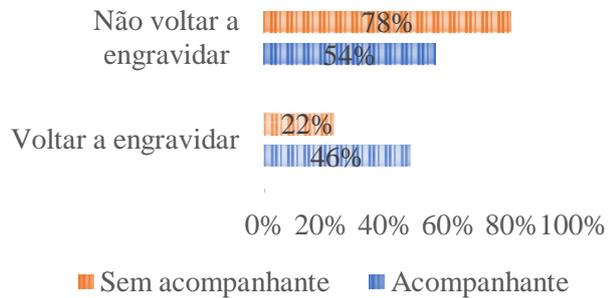
presença do acompanhante e a vontade de voltar a engravidar. O suporte emocional que a mulher recebe não só diminui a sensação de medo e ansiedade como amplia a integridade psicofísica da mulher e do casal enquanto díade (Castro, 2020).

Salienta-se a elevada decisão em não engravidar quando as mulheres encontram-se sozinhas no momento de receção da notícia (n= 7; 78%), porém, do outro lado, dos 13 casos em que o acompanhante estava presente sobressai o equilíbrio nas respostas obtidas, onde 6 mulheres equacionam voltar a engravidar (46%) e as restantes não (n=7; 54%).

Foi verificado, por fim, que, independentemente se a gravidez era desejada/ planeada ou não, não foi possível associar a presença ou ausência de comportamentos face à perda, tendo sido verificados casos em qualquer tipologia de gravidez.

Figura 27

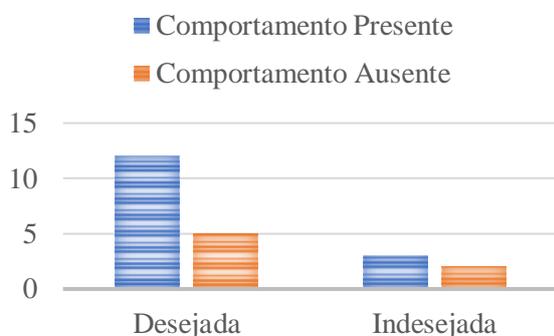
Impacto da presença do acompanhante e vontade de voltar a engravidar



Fonte: Elaboração Própria

Figura 28

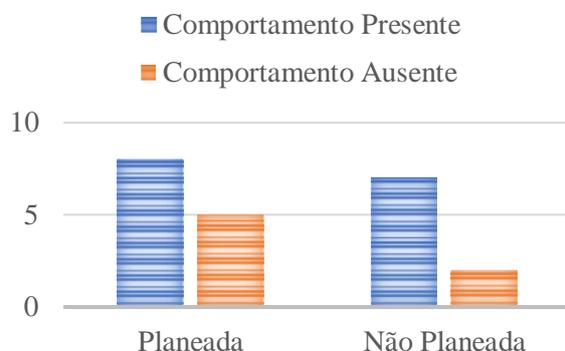
Presença de comportamentos e desejo de gravidez



Fonte: Elaboração Própria

Figura 29

Presença de comportamentos e planeamento de gravidez



Fonte: Elaboração Própria

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

É importante reconhecer que homens, assim como mulheres, podem enfrentar desafios emocionais significativos ao lidar com uma perda gestacional. Pelo papel e impacto que o acompanhante apresenta no seio familiar e no casal enquanto parte equitativa da díade, torna-se indispensável a recolha de dados relativamente aos comportamentos por eles adotados. A amostra considerada é referente ao gráfico elucidado pela figura 19 (n=13), pois só com eles é que foi possível estabelecer contacto.

Embora a expressão dessas emoções possa variar de pessoa para pessoa, muitos homens tendem a ter dificuldade em expor e partilhar abertamente os seus sentimentos e emoções. A abordagem de recolha de informação baseou-se na premissa referente aos dados da mulher. Posto isto, segue-se as observações mais comuns de comportamentos que os homens podem exibir ao enfrentar uma perda gestacional (Barth et al., 2020; Robinson, M.; Robinson, C., 2022; Silva et al., 2019; Vescovi et al., 2022).:

1. Isolamento emocional - Homens evitam falar sobre a perda gestacional ou os seus sentimentos.
2. Foco na solução - Homens tentam resolver problemas práticos associados à perda, como organizar funerais, tratar de assuntos legais ou de saúde, em vez de discutir as suas emoções.
3. Desassociação de tristeza - Homens tentam mascarar a sua tristeza através do uso de humor ou sarcasmo.
4. Reserva nas conversas - Podem evitar falar sobre a perda gestacional, a menos que sejam explicitamente convidados a fazê-lo, e podem ter dificuldade em iniciar tais conversas.
5. Preocupação com a parceira - Muitos homens preocupam-se profundamente com o bem-estar emocional da parceira e afunilam as suas forças no apoio, muitas vezes colocando as suas próprias necessidades em segundo plano.
6. Expressão indireta - Em vez de falar diretamente sobre seus sentimentos, podem expressar suas emoções por meio de gestos, como cuidar do parceiro, escrever em diários ou criar homenagens à perda.

Caraterísticas sociodemográficas da amostra

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

Participaram 13 acompanhantes, com idade entre os 19 e os 43 anos, com média de

29,15 anos (DP=6,286). Organizando-se a idade em grupos, observa-se que o grupo de idade mais representado é o de 21-30 anos (n=6; 46%), seguido do grupo de 31-40 anos (n=5; 38%). Nos extremos encontramos os grupos após os 41 anos e antes dos 20 anos, com 1 indivíduo cada (8%) conforme figura.

Figura 30

Percentual dos acompanhantes consoante grupos etários

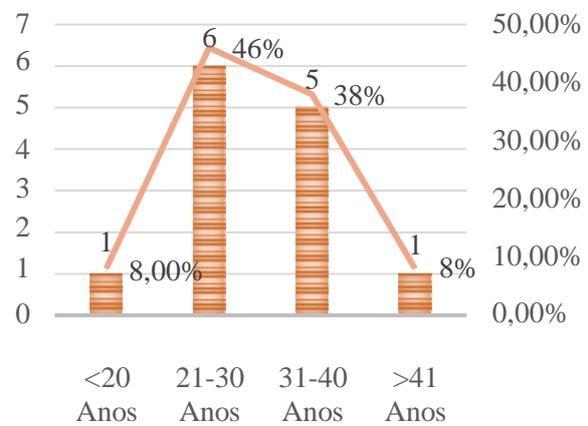
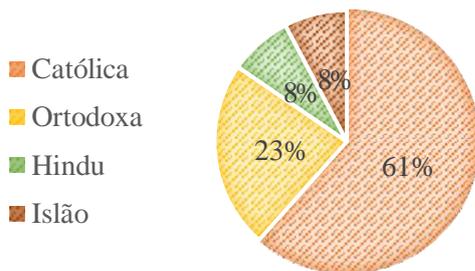


Figura 31

Religião dos acompanhantes

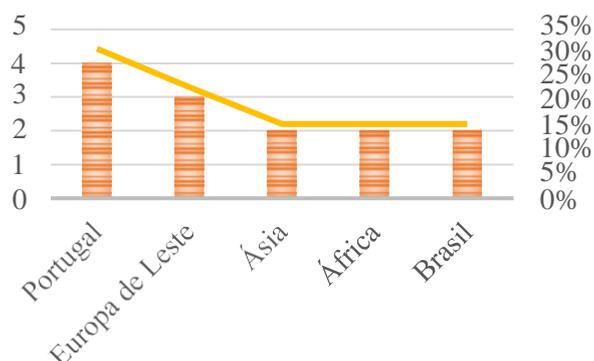


Fonte: Elaboração Própria

provenientes de Portugal (n=4; 31%), porém constata-se a presença da Europa de Leste (n=3; 23%), seguindo-se Ásia, Brasil e África (n=2; 15,4%), conforme a figura 32.

Figura 32

Nacionalidade dos acompanhantes



Fonte: Elaboração Própria

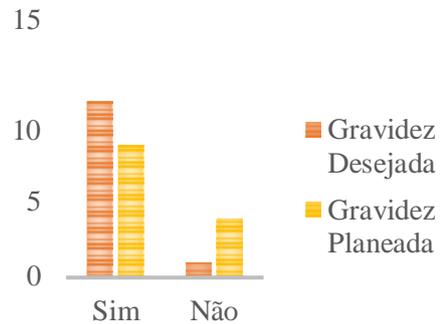
Caraterísticas Obstétricas

Na mesma linha de pensamento, torna-se fundamental a recolha de dados relativos ao planeamento e desejo da gravidez. A maioria dos participantes planeou a gravidez (n=9; 69%), embora em 4 tal não tivesse acontecido (31%).

Aquando a presença de gravidez, a maioria considerou a gravidez desejada (n=12; 92,3%) enquanto os restantes não partilhavam do mesmo objetivo (n=1; 7,7%).

Figura 33

Número de acompanhantes consoante planeamento de gravidez



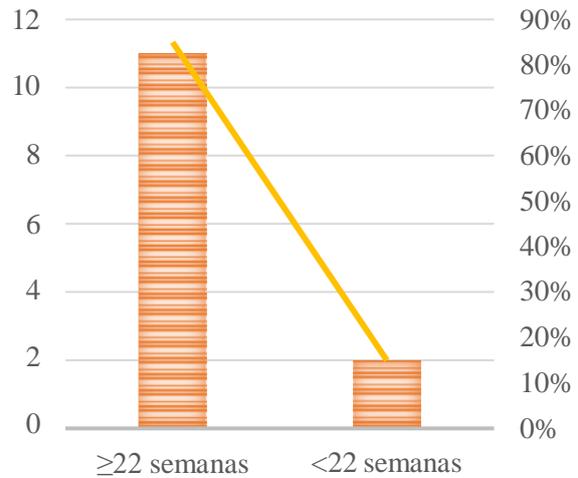
Fonte: Elaboração Própria

Os casos apresentados retratam o facto de ter sido possível a observação de

Figura 34

Número de acompanhantes consoante a idade gestacional

comportamentos dos acompanhantes num continuum. Deste modo, a idade gestacional aqui representada é diretamente influenciável com os critérios de internamento que as instituições preconizam. As atitudes expectantes em baixas idades gestacionais promoveram a expulsão espontânea dos produtos de concepção, enquanto que, em casos de necessidade, a recorrência ao esvaziamento uterino (curetagem) promovia a presença do acompanhante em períodos alargados do dia



Fonte: Elaboração Própria

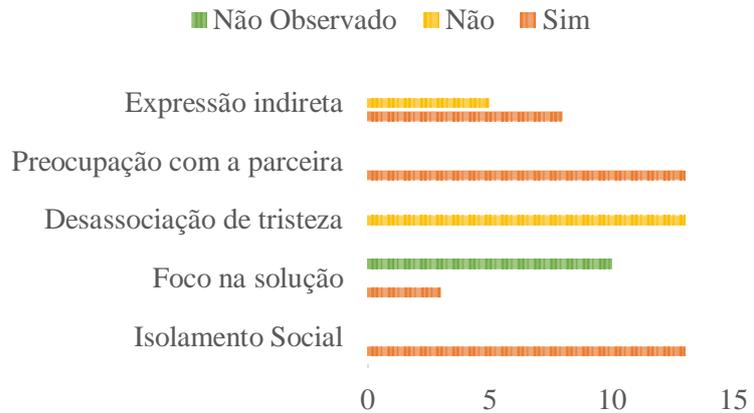
(*American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2018). Neste sentido, verificou-se que a maioria tinha gestações superiores ou iguais a 24 semanas (n=11; 85%), fruto do carecimento de induzir a expulsão, enquanto que abaixo das 24 semanas tivemos uma amostra de 2 casos (15%).

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

Traçado o perfil dos acompanhantes e de acordo com a evidência previamente recolhida, segue-se, na figura retratado, os dados referentes aos comportamentos observados pelos acompanhantes ao longo do ENP (figura 34).

Figura 35

Número de casos consoante comportamento do acompanhante



Fonte: Elaboração Própria

Verifica-se que a totalidade dos acompanhantes

demonstrou preocupação com a parceira, estando envolvidos nos cuidados e sempre na procura por informações sobre o estado clínico e emocional da mesma (n=13; 100%), porém percebe-se que a focalização do membro da díade na mulher como centro do cuidado resultou num isolamento social e desfoque do acompanhante como parte integrante do processo de perda (n=13; 100%). Na totalidade também se apurou a ausência de comportamentos “negacionistas”, tais como o humor ou sarcasmos. Definida como dissociação de tristeza não se verificou em 100% dos acompanhantes (n=13).

Menos exuberante, uma amostra baixa focou-se em situações legais e de saúde, tendo sido pelos mesmos considerados o mais importante naquele momento (n=3; 23%). Por se tratar de uma recolha de dados por método observacional, os restantes acompanhantes não expuseram autonomamente esta questão (n=10; 77%).

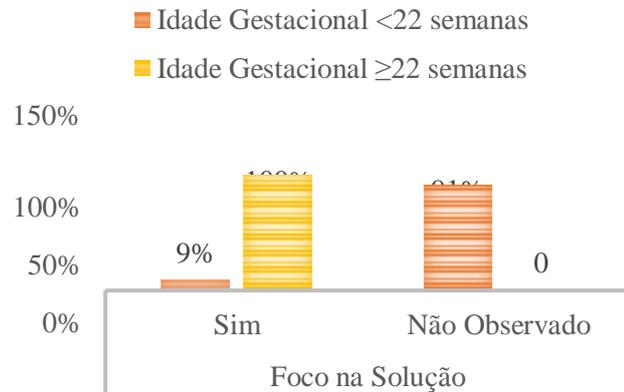
Por fim, relativamente à expressão indireta, a maioria foi-se expressando nos cuidados à parceira e, em casos isolados, foi observada a criação de uma lembrança referente à perda que vivenciaram (n=8; 61,5%).

Posto isto foi fundamental a correlação com variáveis consideradas pertinentes para a elaboração do relatório.

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

De acordo com a Lei 15/2012, de 3 de abril, existe a obrigatoriedade de o médico declarar o óbito nas situações de morte fetal com 22 ou mais semanas de gestação. A burocracia inerente a esta, no acompanhamento, uma necessidade de se inteirar dos efeitos legais da sua perda e procurar resolver situações que possam estar pendentes. Como demonstra a figura todos os acompanhantes que

Figura 36
Comportamento “Foco na Solução” consoante a idade gestacional



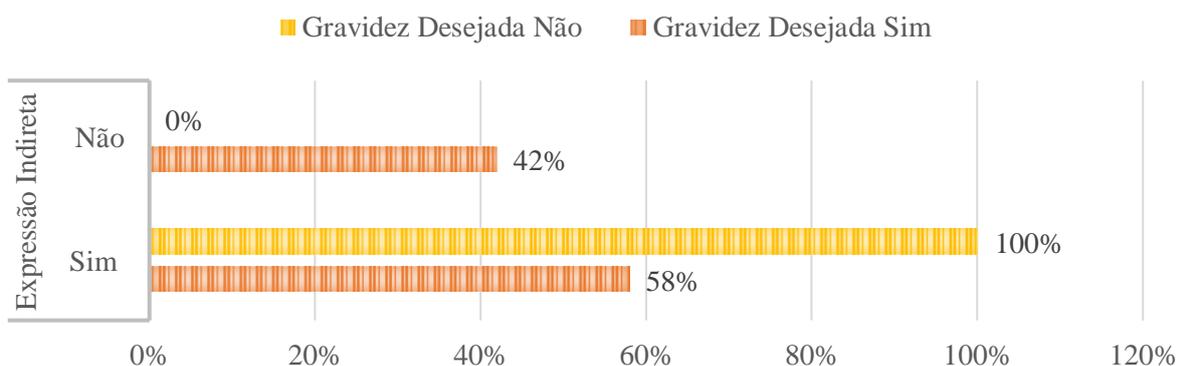
Fonte: Elaboração Própria

igual/superior a 22 semanas evidenciaram um foco na temática aqui relatada (n=2; 100%). Interessante verificar também que, mesmo em casos em que a gravidez não fora desejada inicialmente, houve a demonstração de comportamentos sugestivos de apoio e amparo, de que a perda afetou negativamente o casal (n=1; 100%).

Por fim, é possível relacionar o comportamento adotado pelos acompanhantes face à expressão indireta dos seus sentimentos e emoções consoante a sua nacionalidade, como demonstra a figura, onde a totalidade dos acompanhantes portugueses e brasileiros demonstraram tais comportamentos (n=4; 100%/ n=2; 100%), porém os acompanhantes provenientes da Europa de Leste encontram-se no inverso (n=3; 100%). Os acompanhantes de países africanos e asiáticos dividiram-se nos comportamentos transmitidos (n=1; 50%).

Figura 37

Comportamento “Expressão Indireta” consoante o desejo de gravidez

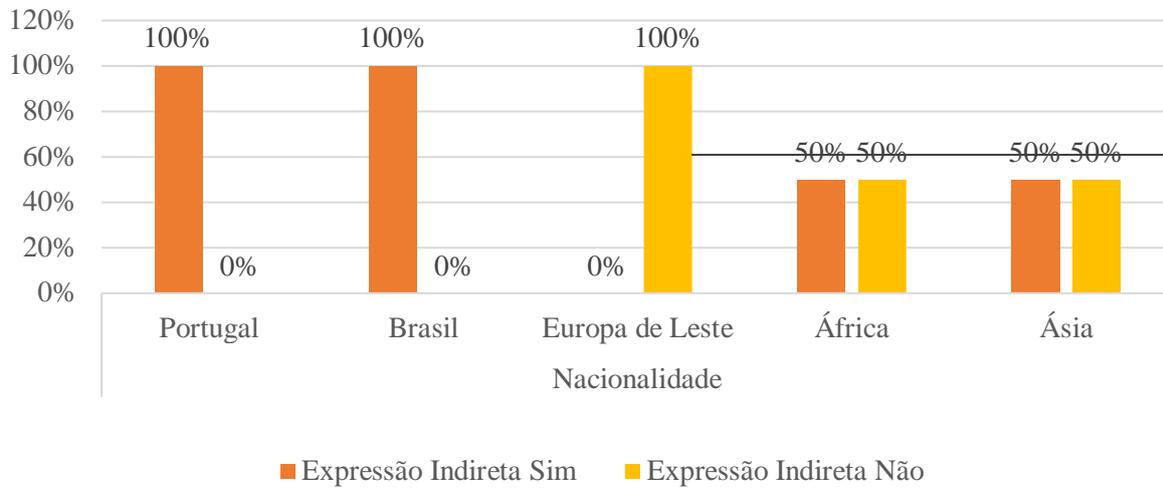


Fonte: Elaboração Própria

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

Figura 38

Comportamento “Expressão Indireta” consoante a nacionalidade



Fonte: Elaboração Própria

Lidar com uma perda gestacional é uma experiência emocionalmente desafiadora para os casais e compreender e apoiar um casal que enfrenta uma perda gestacional é uma responsabilidade importante para os profissionais de saúde. Nesta secção, serão apresentados dados detalhados que ilustram como os profissionais de saúde respondem e interagem com casais que enfrentam uma perda gestacional, revelando padrões e tendências nos seus comportamentos e abordagens. Após a recolha de informação bibliográfica, estes foram os parâmetros avaliados por observação (Galvão et al., 2021; Tavares et al., 2022; Teixeira et al., 2021):

1. Empatia - Mostrar compreensão e empatia genuína em relação à dor e ao sofrimento do casal, demonstrando sensibilidade às suas emoções.
2. Comunicação Sensível - Abordagem ao casal com uma comunicação cuidadosa e sensível, evitando clichês ou frases insensíveis que possam causar mais sofrimento.
3. Escuta Ativa - Demonstrar habilidades de escuta ativa, permitindo que o casal expresse seus sentimentos, pensamentos e preocupações sem interrupções.
4. Oferta de Informações – Fornecimento de informações claras e precisas sobre a perda gestacional, opções de tratamento, se aplicável, e recursos disponíveis para apoiar o casal.
5. Respeito à Privacidade - Garante a privacidade do casal durante as consultas e discussões, permitindo que compartilhem apenas o que se sentem confortáveis em compartilhar.

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

6. Sensibilidade à Diversidade - Demonstra sensibilidade à diversidade cultural, religiosa e étnica do casal, respeitando suas crenças e valores pessoais durante o processo de luto.
7. Colaboração Interdisciplinar - Trabalha em colaboração com outros profissionais de saúde, como psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, para garantir um suporte abrangente ao casal.

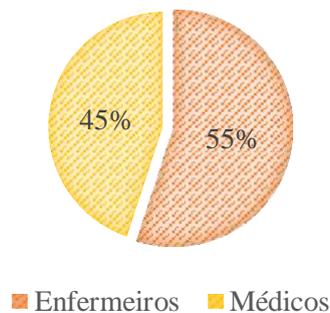
Caracterização da amostra

Foram englobados na observação de comportamentos, 22 profissionais de saúde (n=22), porém, pelo facto de ser uma equipa fixa de profissionais, mais que uma vez, entraram em contacto com situações de perda gestacional, pelo que observações contabilizadas foram 52 (Apêndice H).

A maioria dos profissionais de saúde observados foram enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica (n=12; 55%), enquanto os restantes foram médicos da mesma especialidade (n=10; 45%) (figura 39), contudo constata-se que a maioria das observações registadas são relativas a médicos (n=27; 52%) em relação às dos enfermeiros (n=25; 48%) (figura 40).

Figura 39

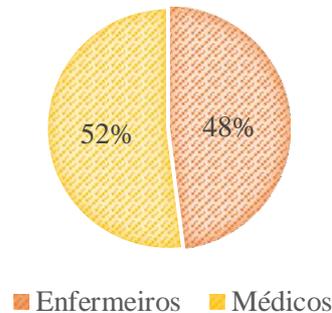
Percentual de Profissionais envolvidos



Fonte: Elaboração Própria

Figura 40

Percentual de observações por profissional de saúde



Fonte: Elaboração Própria

Dado que os serviços de saúde precisam ser eficazes e impactantes, a sociedade confere ao médico uma autorização plena, reconhecendo a sua vasta base de conhecimento e as habilidades técnicas. Enquanto o papel central do médico é a cura, o enfermeiro é encarregado do cuidado. Na realidade, tanto o enfermeiro quanto o médico devem ser proficientes tanto nas habilidades interpessoais quanto nas técnicas. Esta dupla competência pode levar a uma maior

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

humanização e eficácia no tratamento de doenças e promover uma transição facilitadora (Miranda & Soares, 2014).

De acordo com a evidência recolhida, segue-se, na figura retratado, os dados referentes aos comportamentos observados pelos profissionais de saúde no decorrer dos ensinamentos clínicos.

Verifica-se que a **Figura 41**

totalidade da *Percentual dos casos consoante comportamento do profissional de saúde*

amostra (n= 22

profissionais;

100% e n=52

observações;

100%)

apresentou

sensibilidade à

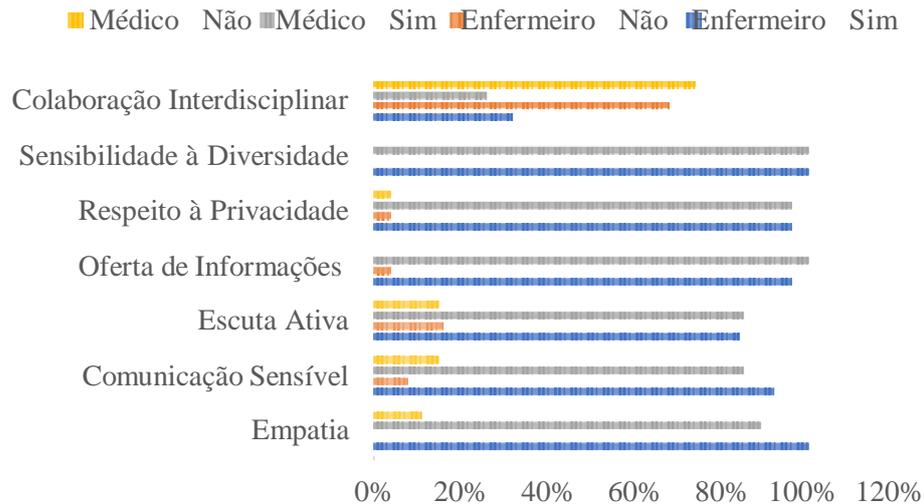
diversidade.

Constata-se

também que a

totalidade das

observações



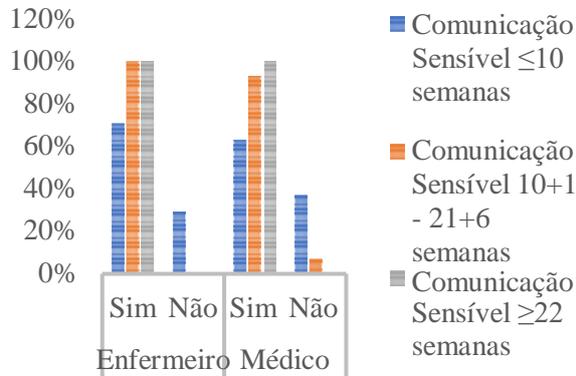
Fonte: Elaboração Própria

realizadas aos enfermeiros (n=25; 100%) e a maioria das observações aos médicos (n= ;89%) demonstraram empatia. 92% e 85% dos enfermeiros (n=23) e dos médicos (n=23), respetivamente, tiveram uma comunicação sensível para com o casal e, na mesma linha de conduta, adotaram uma escuta ativa. A totalidade dos médicos prontificou-se na oferta de informações face ao processo de perda, enquanto apenas 1 enfermeiro (4%) não demonstrou essa competência. Onde a observação de comportamentos obteve resultados mais impactantes foi relativamente aos pedidos de colaboração com outros profissionais, ao se averiguar um percentual elevado de não assistência multidisciplinar (n=17; 68% por parte dos enfermeiros e n=20; 74% por parte dos médicos). Com a conclusão proveniente dos dados recolhidos, foi preponderante para o enriquecimento do relatório refletir sobre as ligações com as diversas variáveis obstétricas.

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

Figura 42

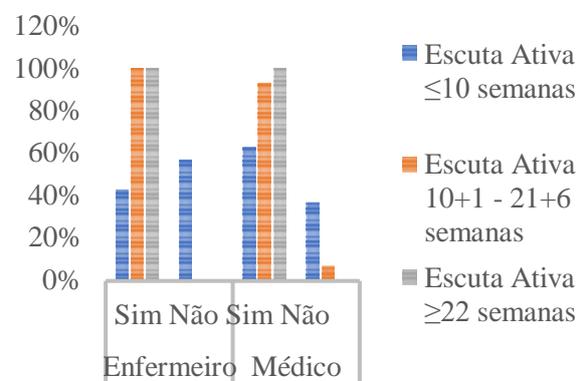
Percentual de ausência/presença de “Comunicação Sensível” consoante profissional de saúde



Fonte: Elaboração Própria

Figura 43

Percentual de ausência/presença de “Escuta Ativa” consoante profissional de saúde

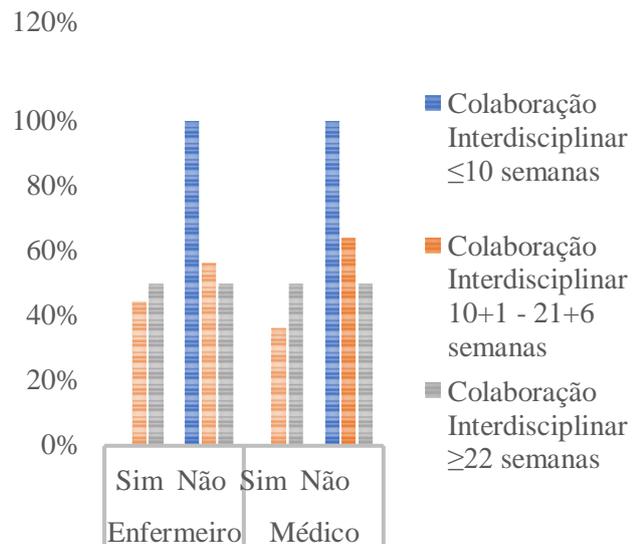


Fonte: Elaboração Própria

Dos resultados constata-se, de acordo com os dados apresentados na figura 44, que, tanto o médico como o enfermeiro, consoante o aumento da idade gestacional, mais consideraram preponderante a colaboração com outros profissionais, como psicologia/psiquiatria. A totalidade da amostra, com idades gestacionais inferiores ou iguais a 10 semanas não consideraram plausível uma abordagem multidisciplinar.

Figura 44

Percentual de ausência/presença de “Colaboração Interdisciplinar” consoante profissional de saúde



Fonte: Elaboração Própria

Concluindo, fica o parecer de que será porventura imprescindível

conscienciar o profissional face à perda gestacional. Destacaram-se ligeiras dificuldades na comunicação sobre a perda e uma enorme desvalorização pelas perdas precoces, tal como falta de suporte para o casal. Os resultados obtidos neste exercício de exploração sugerem efeitos que estimulam à elaboração futura de um trabalho de investigação sobre esta temática.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O perfil de competências do EEESMO engloba, juntamente com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências específicas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e garantir aos cidadãos cuidados especializados, continuados e de qualidade (i.e., Reg. nº 140/2019 de 6 de fevereiro; Reg. nº 391/2019 de 3 de maio).

3.1 COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

Na prática da especialização em Enfermagem, é essencial seguir diretrizes de formação no âmbito do segundo ciclo, as quais têm como fundamento as CCEE, que são aplicáveis independentemente da área de especialização. Por conseguinte, de acordo com o Regulamento nº 140/2019, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 26, a seguir são descritas as atividades empreendidas com o objetivo de desenvolver este conjunto de competências.

3.1.1 Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A atuação do EEESMO é de elevada importância no contexto da assistência à saúde da mulher desempenhando um papel fundamental na garantia de cuidados seguros e de qualidade, respeitando padrões éticos e legais.

A competência comum do enfermeiro especialista está intrinsecamente ligada à sua responsabilidade profissional. Este profissional deve possuir um profundo conhecimento técnico-científico para proporcionar cuidados de excelência às utentes.

A responsabilidade profissional envolve a atualização contínua de conhecimentos, garantindo o alinhamento com as mais recentes evidências científicas e práticas recomendadas. Além disso, ele deve ser capaz de tomar decisões clínicas fundamentadas, avaliar o estado de saúde, identificar complicações e adotar medidas adequadas para garantir a segurança e o bem-estar dos intervenientes.

A ética desempenha um papel vital na prática do EEESMO. Deve respeitar os princípios éticos fundamentais ao cuidar das utentes garantindo, independentemente da sua raça, religião, etnia ou status socioeconómico, que recebam cuidados de qualidade equitativos.

O respeito à autonomia da utente é especialmente relevante. Isso significa que tem o direito de tomar decisões informadas sobre os seus cuidados, incluindo o plano de parto e o tipo

de intervenções médicas que deseja ou não deseja. O enfermeiro especialista deve fornecer informações claras e imparciais, garantindo que a mesma possa fazer escolhas informadas de acordo com as suas crenças e pretensões.

Além disso, a ética também se relaciona à confidencialidade e ao respeito à privacidade das utentes. A confidencialidade é fundamental para estabelecer a confiança entre a gestante e o profissional de saúde. Todo o histórico médico e informações pessoais devem ser tratados com o mais alto grau de sigilo e ser protegidas de acordo com as leis de proteção de dados.

O EEESMO deve operar dentro dos limites das leis e regulamentos aplicáveis à prática obstétrica, envolvendo a compreensão das diretrizes legais relacionadas ao exercício da prática de enfermagem e, em específico, da prática da enfermagem de saúde materna e obstétrica. É importante que o enfermeiro especialista esteja ciente das obrigações legais relacionadas a relatar quaisquer complicações ou suspeitas de desvio do que se considera legal, demonstrando a responsabilidade legal de garantir a segurança das utentes.

Em suma, foi na qualidade de mestrando que se denotou que a competência comum do enfermeiro especialista requer não apenas habilidades clínicas de excelência, mas também um compromisso firme com a responsabilidade profissional, ética e legal. O respeito pela autonomia das utentes, a promoção da justiça, o cumprimento das normas éticas e o conhecimento das leis relacionadas à prática obstétrica são essenciais para garantir que a assistência materno-obstétrica seja segura, compassiva e de qualidade, tendo sido em conta e atingido pelo mesmo.

3.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A atuação do EEESMO é caracterizada por um compromisso inabalável com a melhoria contínua da qualidade nos cuidados prestados. Esse compromisso é essencial para garantir que as mulheres recebam a assistência de saúde mais atualizada, segura e eficaz.

A qualidade dos cuidados de saúde é um fator determinante para o bem-estar da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e período de climatério. O EEESMO desempenha um papel crítico na avaliação, planeamento e execução de cuidados de qualidade, com ênfase na prevenção de complicações, promoção da saúde e atendimento às necessidades individuais das utentes.

A melhoria contínua da qualidade é fundamental porque os desafios e as complexidades associados à saúde materna e obstétrica estão em constante evolução. As evidências científicas

e as melhores práticas estão em constante desenvolvimento, tornando essencial que os enfermeiros especialistas estejam atualizados e dispostos a adaptar suas abordagens de cuidado de acordo com as mudanças.

Pertenceu ao mestrando a capacidade de: avaliar as práticas existentes à luz das evidências científicas mais recentes. Isso incluiu a análise crítica de protocolos, diretrizes e políticas institucionais; identificar riscos potenciais, implementar medidas preventivas e intervir eficazmente em situações de emergência; manter-se atualizado; comunicar e colaborar de maneira eficaz em equipa; entender a importância de uma colheita e análise de dados sobre resultados de saúde e experiências dos utentes, sendo estes dados fulcrais para aprimorar práticas e procedimentos. Ao fazer isso, contribui para a saúde e o bem-estar, bem como para a satisfação das mulheres em relação aos cuidados que recebem.

3.1.3 Domínio da gestão dos cuidados

A atuação do EEESMO é caracterizada não apenas pela excelência na prestação de cuidados, mas também pelo domínio da gestão dos cuidados. Esta competência é fundamental para garantir que os serviços de saúde materna sejam eficientes, seguros e centrados na utente.

A gestão dos cuidados em saúde materna e obstétrica envolve uma série de desafios complexos. A assistência a gestantes abrange desde o pré-natal até o pós-parto, e cada fase requer uma abordagem específica. Além disso, a natureza única de cada gravidez e parto exige uma atenção individualizada, o que torna a gestão dos cuidados ainda mais desafiadora.

O EEESMO deve ser capaz de coordenar os cuidados ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal. Isso envolve garantir que todas as necessidades da gestante sejam atendidas de maneira integrada e eficiente, desde o acompanhamento pré-natal até o apoio no pós-parto.

Cada utente é única, enquanto ser biopsicossocial, e o enfermeiro especialista deve ser capaz de planear cuidados que levem em consideração as características individuais da mesma, tal como historial médico, riscos inerentes à sua condição e as suas preferências.

Uma gestão eficiente dos cuidados incorpora, inevitavelmente, uma gestão adequada de recursos de modo a garantir que os cuidados de saúde materna e obstétrica sejam entregues de maneira oportuna e adequada.

A gestão de riscos desempenha um papel fundamental na saúde materna. O enfermeiro especialista deve identificar, avaliar e mitigar riscos potenciais, tomando medidas para garantir a segurança.

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

O domínio da gestão dos cuidados por parte do mestrando contribuiu para a construção de um ambiente de cuidado centrado na paciente onde as necessidades individuais são priorizadas e as utentes recebem apoio holístico para uma experiência positiva durante o período de maior carência.

3.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Para os enfermeiros especialistas, uma vez que trabalham em áreas altamente especializadas, é importante um compromisso contínuo com a procura do saber na prática de enfermagem, beneficiando não só os profissionais da arte do cuidar, mas também contribui para o avanço da enfermagem como um todo e, por conseguinte, para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

O mestrando foi capaz de identificar as suas necessidades e lacunas e ir de encontro à sua resolução em prol do conhecimento. Foi capaz de avaliar e aplicar as evidências científicas mais recentes na sua prática, garantindo cuidados baseados em literatura bem sustentada e nos procedimentos e práticas disponíveis mais adequados e promotores de um cuidar de qualidade.

O compromisso com o desenvolvimento contínuo é uma característica fundamental de um enfermeiro especialista e contribui para a melhoria constante da prática de enfermagem e, em última instância, para a saúde e o bem-estar das utentes. A habilidade de perceber o seu saber promoveu, por parte do mestrando, a procura de conhecimento novo, a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar e o desenvolvimento de uma prática clínica especializada.

3.2 ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

As Competências Específicas do EEESMO, estão definidas no Diário da República, 2ª Serie, nº 85, de 3 de maio de 2019, concretamente no Regulamento nº 391/2019 e constituem o conteúdo o fundamental da profissão. Ou seja, são a essência da área de especialização. Elas representam o conjunto de habilidades e conhecimentos que são aplicados no dia a dia da prática profissional, independentemente do ambiente clínico em que o especialista atue, seja nos Cuidados de Saúde Primários ou nos Cuidados de Saúde Diferenciados.

É importante ressaltar que todas as ações e cuidados que estão descritos nestas competências são realizados de acordo com os princípios éticos e deontológicos, garantindo a integridade e a

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

precisão dos registos clínicos, significando uma ação por parte do mestrando com responsabilidade e honestidade, sempre respeitando a ética da profissão e mantendo registos precisos e fiéis a todas as intervenções realizadas.

3.2.1 Competência 1 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando planos de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.

A mortalidade materna advinda dos abortos, gravidezes indesejadas e doenças sexualmente transmissíveis abarcam uma grande preocupação para a saúde pública (Costa et al., 2020).

Nesse sentido, o cuidado à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional é uma área de grande importância e impacto na promoção da saúde feminina e na prevenção de complicações obstétricas. Essa competência exige uma reflexão profunda sobre o papel do EEESMO e a sua responsabilidade na saúde da mulher.

Primeiramente, é fundamental compreender que o planeamento familiar e o cuidado pré-concepcional são pilares para uma gravidez saudável e uma maternidade consciente. O EEESMO desempenha um papel crucial ao fornecer informações, apoio e orientação às mulheres em idade fértil, ajudando-as a tomar decisões informadas sobre quando e como conceber. Isso inclui a educação sobre contraceção, rastreio de doenças pré-existentes, como diabetes ou hipertensão, e a promoção de hábitos de vida saudáveis (Costa et al, 2020; Néné et al., 2016; Passos et al., 2022).

Além disso, o cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-concepcional é uma oportunidade para abordar questões sociais e culturais que podem influenciar a saúde reprodutiva. Isso inclui discutir fatores de risco, como o uso de substâncias, histórico familiar de doenças genéticas e questões emocionais que possam afetar a decisão de engravidar (Néné et al., 2016).

Esta competência específica também destaca a importância do EEESMO na promoção do planeamento familiar como um direito humano. Ao garantir que as mulheres tenham acesso

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

a informações, métodos contraceptivos e cuidados pré-concepcionais, o enfermeiro especialista contribui para a autonomia das mulheres em relação à sua própria saúde reprodutiva.

No entanto, é crucial reconhecer que essa competência não se limita ao âmbito clínico. Ela envolve a capacidade de estabelecer uma relação de confiança com as pacientes, entender as suas necessidades individuais e culturais e proporcionar um ambiente seguro e não julgador para discutir questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva (Passos et al., 2022).

Posto isto, a competência específica do EEESMO em cuidar da mulher inserida na família e comunidade no contexto do planeamento familiar e pré-concepcional é uma responsabilidade significativa e gratificante. Ela vai além do aspeto clínico e envolve o apoio emocional, a educação e a promoção da autonomia da mulher em relação à sua saúde reprodutiva. Ao desempenhar essa função com compaixão e competência, o EEESMO desempenha um papel fundamental na promoção da saúde das mulheres e na prevenção de complicações durante a gravidez e o parto.

Esta competência foi especialmente desenvolvida com foco principal nos serviços de puerpério e ginecologia, onde foram realizadas ações individualizadas direcionadas a mulheres, puérperas e casais, com o propósito de fornecimento de informação e, por conseguinte, de prepará-los para a alta hospitalar. Estas ações educativas abordaram tópicos delicados e, por vezes, íntimos, como contraceção pós-parto ou pós-operatória, vigilância da saúde e vivência da sexualidade.

Apesar de sensíveis, muitas vezes as mulheres e casais reconhecem a necessidade de discutir estas temáticas, mas não sabem como abordar estes assuntos. Portanto, é essencial sensibilizar as mulheres e responsabilizá-las pelo seu autocuidado de forma informada (Nogueira; Pachú, 2021). Ao mesmo tempo, é evidente que os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica devem adquirir competências específicas, como as descritas nesta secção, a fim de proporcionar um atendimento de alta qualidade e contribuir para políticas de saúde eficazes.

3.2.2 Competência 2 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Descritivo: *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.*

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

A competência específica de cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal é fundamental para garantir uma gravidez saudável e um bom começo para a nova vida que está prestes a chegar, abrangendo uma série de aptidões e conhecimentos essenciais para os profissionais de saúde que trabalham com mulheres grávidas.

O período pré-natal é um momento crítico na vida de uma mulher, marcado por uma série de mudanças físicas, emocionais e sociais. O EEESMO desempenha um papel fundamental no cuidado da mulher inserida na família e comunidade durante esse período.

O cuidado pré-natal é uma parte essencial dos serviços de saúde materno-infantil e tem um impacto direto na saúde da grávida e do feto. A competência do EEESMO se estende além do atendimento clínico tradicional, abrangendo uma abordagem holística que considera não apenas as necessidades físicas, mas também as emocionais e sociais da mulher grávida. Uma das primeiras etapas no cuidado pré-natal é a avaliação completa da gestante. Lowdermilk et al. (2011) enfatizam a importância dessa avaliação, que vai além dos aspectos físicos, incluindo também a avaliação do estado emocional e social da mulher. Durante o período pré-natal, podem experimentar uma variedade de emoções, incluindo ansiedade e medo. O EEESMO desempenha um papel fundamental em oferecer apoio emocional e deve identificar fatores de risco, como hipertensão, diabetes gestacional ou histórico de complicações prévias.

O mestrando, durante a sua prática clínica realizou exames físicos rigorosos, monitorizou os parâmetros vitais e praticou sempre uma comunicação terapêutica com utilização frequente de escuta ativa para identificação precoce de preocupações emocionais, histórico de saúde e fatores de risco, permitindo um plano de cuidados único, individualizado e adequado à utente/casal.

A educação é um elemento-chave do cuidado pré-natal. Segundo a teoria de Betty Neuman (2011), a educação é fundamental para a promoção da saúde (Braga et al., 2018). O EEESMO desempenha um papel vital ao fornecer informações sobre cuidados pré-natais, nutrição, sinais de alerta e preparação para o parto, entre outras (Coutinho et al., 2021).

Com enfoque na temática aqui abordada, no contexto do abortamento, a educação também pode desempenhar um papel vital na preparação da mulher para o procedimento e o processo de luto, se necessário.

Neste âmbito, o mestrando beneficiou da escolha prévia do estágio numa unidade de cuidados de saúde primários, onde maioritariamente realizou sessões de educação pré-natal em

grupos ou individualmente, abordando tópicos, segundo as orientações da OE (2016) e de acordo com a Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, numa perspetiva psico-neuro-endócrino-imunológica da gravidez, como os sinais de trabalho de parto e parto, a dor no trabalho de parto e métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor, a temática da amamentação e cuidados ao recém-nascido, juntamente com uma abordagem mais individualizada para a escolha e reflexão relativamente ao plano de parto e uma parte prática que engloba exercícios para a promoção da vinculação da grávida/acompanhante/bebé, técnicas de conforto durante o trabalho de parto, posicionamentos durante o trabalho de parto e período expulsivo e exercícios de consciencialização do pavimento pélvico (Recomendação N°2/2012). Casais informados são casais mais tranquilos, seguros e confiantes, com tomada de decisão e autonomia (Nené et al., 2016).

É crucial que o EEESMO esteja ciente dos direitos das utentes. As clientes aos cuidados destes profissionais têm o direito de receber um atendimento adequado e serem tratadas com dignidade e respeito, algo que foi realizado pelo mestrando com critério, garantindo a igualdade independentemente do seu status biopsicossocial (Coutinho et al., 2021).

A competência do EEESMO no cuidado da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal é crucial para garantir uma gravidez saudável e bem-sucedida. Ao adotar uma abordagem holística que inclui avaliação, educação, apoio emocional, promoção da saúde e prevenção de complicações, o EEESMO desempenha um papel fundamental na melhoria dos resultados da condição vivenciada e no bem-estar (Borrelli, 2014).

3.2.3 Competência 3 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP

Descritivo: *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.*

A abordagem centrada na família é uma prática recomendada em obstetrícia. Segundo a OMS (OMS, 2018), a promoção do parto centrado na família reconhece a grávida como individualidade, ser único, valorizando as suas preferências e crenças, e envolve a família de acordo com o desejo da mesma.

O período do trabalho de parto e parto é um dos momentos mais cruciais na vida de uma mulher. Envolve uma jornada repleta de desafios, ansiedades e expectativas. Neste contexto, a

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

atuação do EEESMO é de elevado relevo na prestação de cuidados de qualidade, apoio emocional e segurança durante esta transição significativa.

A admissão de grávidas no Bloco de Partos ocorria em três situações diferentes: quando o trabalho de parto começava espontaneamente, quando era necessário induzir o trabalho de parto ou quando estava programada uma cesariana devido a contra-indicações para um parto vaginal, conforme estabelecido pelas diretrizes da DGS (2015c).

A competência primordial do EEESMO é realizar uma avaliação precisa e abrangente da grávida no momento da admissão. Essa avaliação deve incluir a recolha de informações sobre o histórico/ antecedente obstétrico, com a identificação do índice obstétrico, idade da grávida, idade gestacional, grupo de sangue, resultados analíticos atualizados, integridade das membranas, alergias/ intolerâncias, terapêutica do domicílio, monitorização dos sinais vitais e registo cardiotocográfico do feto, medidas de alívio da dor com os ensinamentos relativos aos métodos farmacológicos e não farmacológicos, bem como antecedentes pessoais/cirúrgicos, crenças, existência de Plano de Parto, experiências anteriores de gravidez e parto, vigilância da gravidez, realização de curso de preparação para o parto e parentalidade (Hogan et al., 2019, Néné et al., 2016)

As experiências adquiridas relativamente à fase de trabalho de parto no momento de admissão nos diversos campos clínicos foram discrepantes. A admissão da grávida na fase latente do trabalho de parto num dos locais de ensino clínico e a possibilidade de deslocação até ao serviço de internamento de grávidas no outro proporcionou a aquisição de competências na avaliação do colo do útero (dilatação, apagamento, consistência e posição) e na avaliação do Índice de Bishop.

A progressão do trabalho de parto era registada no Partograma existente em documentos próprios nos dois serviços e a partir da fase ativa do trabalho de parto. Segundo as recomendações da OMS (2018), para uma experiência positiva de nascimento, é considerada fase ativa do trabalho de parto contrações uterinas dolorosas regulares associadas a um elevado grau de extinção de colo uterino acompanhado de dilatação uterina dos 5cm aos 10cm. Mais recente, a OE segue a mesma linha de pensamento e acompanha as recomendações da *American College of Obstetricians and Gynecologists*, delineando os 6 cm como marco que define o início da Fase Ativa (i.e., OE. Pronuncia nº 14/2021 de 29/3/2021).

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

Os dois contextos clínicos, por ventura, consideravam a fase ativa com a dilatação cervical de 4 cm de acordo com Ministério da Saúde (2017). Para dar resposta à competência anteriormente descrita, o mestrando utilizou e aprimorou a aplicação do Partograma, instrumento utilizado para o registo do trabalho de parto e a sua evolução e procurou discutir com a equipa multidisciplinar as guidelines mais recentes com o intuito, não só de uniformizar os cuidados consoante as recomendações mais atuais, mas também de promover uma maior fluidez laboral e uma experiência de parto mais positiva para o casal.

A monitorização e interpretação cardiotocográfica era muito importante para a vigilância dos padrões da frequência cardíaca fetal, da contratilidade uterina e da avaliação da evolução do trabalho de parto. A aquisição de conhecimento acerca da interpretação de dados e identificação dos desvios da normalidade foi alcançada.

Sempre que surgiram situações novas ou mais complexas, era diligenciada a referenciação para a equipa multidisciplinar de modo que fosse promovido um desfecho positivo. A colaboração eficaz com outros profissionais de saúde é essencial durante o parto (Malott & Davis, 2019).

Durante o trabalho de parto e parto, a mulher enfrenta desafios físicos e emocionais significativos. O EEESMO desempenha um papel fundamental no fornecimento de apoio físico e emocional. A avaliação da dor e o provimento de métodos de alívio são competências fundamentais para proporcionar conforto à mulher durante o trabalho de parto.

A maioria das mulheres procura uma maneira de aliviar a dor do parto, no entanto, o conhecimento da maioria das mulheres é muito baixo sobre os vários métodos de alívio da dor do parto e os seus benefícios para a mesma e para a redução de fatores de stress e ansiedade. Por outro lado, algumas mulheres têm informações e expectativas incorretas em relação a esses métodos (Shahveis et al., 2023).

O método farmacológico para alívio da dor foi o predominante entre as mulheres, com a analgesia por via epidural a mais frequentemente escolhida. A administração de terapêutica analgésica intravenosa, de terapêutica via epidural prescritas eram realizadas, assim como a colaboração na colocação de cateter epidural. As duas instituições onde ocorreu a experiência de cuidados utilizavam a técnica da epidural contínua constatando-se que diminuía a dor associada ao trabalho de parto podendo, no entanto, comprometer a deambulação da parturiente devido a bloqueio motor dos membros inferiores.

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

A OMS (2018) preconiza a opção materna como fator preponderante para a posição adotada para o parto, salientando os benefícios de posições verticalizadas, e a promoção da liberdade de movimentos, visando a importância da utilização de “*walking*” epidural, se assim o for possível. Em ambas as instituições, em colaboração com a equipa de anestesia, procurava-se tornar este procedimento mais enraizado nas práticas do bloco de partos. Enquanto a utilização de métodos sistémicos tem como primórdio o alívio efetivo da dor de trabalho de parto, competiu ao mestrando a elucidação às mulheres de métodos não farmacológicos que auxiliam na gestão da dor.

Os métodos não farmacológicos mais comuns de alívio da dor no trabalho de parto incluíram: massagem, técnicas de respiração, posição vertical, imersão em água e atividade física (Pietrzak et al., 2023), pelo que foi do interesse do mestrando a capacitação do casal nos exercícios de respiração, utilização de bola de pilates e a realização de massagem de relaxamento. Apesar da evidência relatar as vantagens do banho de imersão, somente numa fase latente de trabalho de parto e, por conseguinte, num internamento de grávidas é que lhes era possível, não a imersão, mas a incidência de água quente com recurso a chuveiro para alívio da dor.

A técnica de assistência durante o parto foi adquirida e aprimorada, incluindo a sugestão de adotar diferentes posições para o período expulsivo, desde que a parturiente expressasse interesse. No que diz respeito a situações de emergência obstétrica, teve-se a oportunidade de lidar com casos de distócia de ombros e hemorragia intra e pós-parto, seguindo as diretrizes mais recentes da OMS e os protocolos estabelecidos pelo serviço para abordar as condições da forma mais adequada. Deu-se prioridade à prática do corte do cordão umbilical de forma tardia na maioria das situações, e, sempre que possível, permitindo que o procedimento fosse realizado pelo acompanhante da parturiente, proporcionando uma experiência mais inclusiva e personalizada.

Adicionalmente, foi possível a colheita de amostras do cordão umbilical para determinar o tipo sanguíneo do recém-nascido, especialmente quando a mãe apresenta fator Rhesus negativo e na presença de kit de células estaminais, espelhando uma abordagem proativa para gerenciar possíveis complicações de saúde do recém-nascido relacionadas à compatibilidade sanguínea, demonstrando o compromisso em garantir a segurança e o bem-estar tanto da mãe, quanto do recém-nascido em todas as situações obstétricas.

No terceiro estadió do trabalho de parto, foram identificados os sinais de dequitada, a técnica foi executada, os mecanismos foram compreendidos, a placenta e as membranas foram examinadas e o cordão umbilical foi observado para confirmar a presença dos três vasos. Seguindo as orientações da OMS de 2018, a realização de episiotomias durante um parto vaginal espontâneo não foi adotada como uma prática rotineira ou generalizada. Pelo contrário, a decisão de realizar uma episiotomia foi criteriosamente avaliada em contextos clínicos justificados, levando em consideração o consentimento das parturientes. Além disso, a técnica de reparação do canal de parto e períneo foi aprimorada, com suturas aplicadas em lacerações de grau I e II, garantindo uma abordagem mais precisa e personalizada em casos necessários.

O EEESMO tem a responsabilidade de assegurar que o parto seja seguro e respeitoso. A OMS enfatiza essa importância, que reconhece a mulher como protagonista do grande evento da sua vida (OMS, 2018), prevenindo complicações e promovendo um ambiente onde a mulher seja tratada com dignidade e respeito e propicie um estabelecimento relacional entre a tríade e a adaptação ao ambiente extrauterino pelo recém-nascido, promovendo o contacto pele-a-pele e o estabelecimento da amamentação durante a *golden hour*, se desejo do casal.

3.2.4 Competência 4 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

Descritivo: *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.*

O período pós-parto, conhecido como puerpério, é uma fase crucial na vida de uma mulher, marcada por mudanças físicas, emocionais e sociais significativas. A compreensão profunda deste período é fundamental para promover a saúde materna e neonatal e proporcionar um cuidado de qualidade, bem como estabelecer uma base sólida para uma parentalidade saudável.

Segundo a OMS, o puerpério é definido como o período de até seis semanas após o parto, durante o qual o corpo da mulher passa por uma série de transformações físicas, hormonais e emocionais. Advém do latim – puer, criança e parus trazer à luz e divide-se em três momentos: puerpério imediato, que se inicia logo após a dequitada até as duas horas após o parto; puerpério precoce, a partir da segunda hora até o décimo dia do pós-parto e o puerpério tardio, que vai do décimo primeiro dia até ao retorno dos ciclos menstruais nas mulheres que

não amamentam e entre a sexta e oitava semana nas que realizam a amamentação (Silva et al., 2023).

O puerpério é tão intimamente ligado à gravidez que é visto como uma extensão do "quarto trimestre da gestação". Durante esse período, o recém-nascido e a mãe estão tão interligados que é difícil distingui-los, ocorrendo uma adaptação conjunta e um desenvolvimento de papéis tanto para a mãe quanto para o bebê (Martins, 2020).

A realização do exame físico geral da puérpera e do recém-nascido é uma etapa crucial nos cuidados de enfermagem pós-parto, desempenhando um papel fundamental na identificação de quaisquer problemas de saúde e no acompanhamento do processo de recuperação. Essa avaliação minuciosa é parte integrante da prática do EEESMO, sendo uma competência essencial para garantir o bem-estar tanto da mãe quanto do recém-nascido.

A avaliação física da puérpera deve abordar uma variedade de aspetos, incluindo a monitorização de sinais vitais, a inspeção do canal de parto, seja laceração ou incisão (se houver), a avaliação da integridade da pele e das mamas, bem como a palpação do útero para verificar a involução uterina e os respetivos lóquios (Lowdermilk et al., 2011). É importante ressaltar que a avaliação física deve ser conduzida com sensibilidade e empatia, reconhecendo o potencial desconforto ou ansiedade da puérpera nesse momento de vulnerabilidade emocional.

No que diz respeito ao recém-nascido, o enfermeiro realiza uma avaliação abrangente que inclui a observação da coloração da pele, a avaliação dos reflexos e a inspeção de características físicas, como os órgãos genitais e o cordão umbilical. Esta avaliação é uma oportunidade para o enfermeiro identificar quaisquer desvios de saúde que possam requerer intervenções imediatas ou encaminhamento para profissionais de saúde especializados. Além disso, contribui para a promoção do vínculo entre mãe e filho, fornecendo informações sobre o estado de saúde do recém-nascido, tranquilizando a puérpera.

Preconizado pela Mesa do Colégio Da Especialidade De Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica (2021), a capacitação da mulher para os cuidados ao recém-nascido desempenha um papel crucial na promoção da saúde neonatal e na preparação para os desafios que surgem após o parto, assumindo um papel ativo nos cuidados aos seus bebês, contribuindo para resultados positivos de saúde.

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

A capacitação da mãe para cuidar do recém-nascido envolveu uma série de componentes essenciais, como o ensino sobre a higiene e troca de fraldas, a amamentação adequada, o reconhecimento de sinais de desconforto ou necessidades do bebê e a compreensão das diretrizes de segurança, incluindo a prevenção de quedas e acidentes.

A capacitação da mulher para os cuidados ao recém-nascido não apenas melhora a saúde e o bem-estar do bebê, mas também promove o empoderamento da mãe, aumentando sua autoeficácia e confiança no seu papel como cuidadora (Stelwagen et al., 2019). Isso contribui para uma transição mais suave para a maternidade e um ambiente familiar mais seguro e saudável para o recém-nascido.

A amamentação é amplamente reconhecida como a melhor forma de nutrição para os recém-nascidos, proporcionando benefícios imediatos e a longo prazo para a saúde. No entanto, a taxa de iniciação da amamentação ainda varia consideravelmente, e muitas mães enfrentam desafios durante o processo (Caldas et al., 2021).

O EEESMO desempenha um papel fundamental na educação ao casal sobre os benefícios da amamentação, preparando as mães para o processo de amamentação, discutindo preocupações e desmistificando mitos comuns (Moreno et al., 2022).

O mestrando procurou, numa forma individualizada, auxiliar as mães na obtenção de uma pega adequada e uma posição confortável para amamentar. O apoio individualizado pode fazer a diferença na eficácia da amamentação (Smith et al., 2018).

Por se tratar de um contexto de internamento e se verificar a permanência da díade durante, pelo menos 48h, foi possível ao mestrando proceder a avaliações regulares relativas à amamentação que se tornaram extremamente importantes para identificação e resolução de problemas, como posicionamentos inadequados, pegas incorretas ou, em fases mais avançadas, episódios de ingurgitamento mamário, ajudando a garantir uma experiência positiva para mãe e bebê.

No reverso, a competência do EEESMO no cuidado à mulher no pós-parto após uma morte fetal é de extrema importância, pois essa situação é emocionalmente desafiadora e requer cuidados específicos para apoiar a mulher tanto em termos físicos como emocionais. Por se tratar de uma área de interesse e de investimento no conhecimento científico por parte do mestrando, esta temática tomou grandes proporções no foco de cuidados do mesmo.

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

Pesquisas sugerem que os cuidados recebidos imediatamente após a perda podem ter um impacto significativo e duradouro na saúde psicológica da mulher/casal. Além disso, o estudo relata que as mulheres que receberam 30 minutos de aconselhamento e apoio por parte do EEESMO após um nado-morto experienciaram uma redução significativa de sintomas depressivos e de ansiedade (Doyle et al., 2023).

Estes resultados mostram que os cuidados abrangentes e centrados e que consideram as necessidades médicas, psicossociais, culturais e espirituais únicas de uma mulher, podem limitar os resultados negativos de saúde mental após algumas formas de perda perinatal.

O mestrando teve contacto com uma situação que retratava a competência aqui descrita no seu expoente máximo, ao prestar cuidados a uma grávida gemelar, porém com um feto papiráceo. Pela singularidade, o mestrando realizou uma reflexão da situação clínica onde descreveu o processo fisiológico do feto papiráceo para melhor compreensão clínica e realizou um plano de cuidados personalizado e individualizado para expor os cuidados mais adequados, relevantes e promotores de uma transição facilitadora, destacando como a teoria das transições, que se concentra na simplificação de processos de mudança e transição em cuidados de saúde, pode ser aplicada na prática clínica para garantir o melhor atendimento possível em situações desafiadoras e singulares. A teoria das transições não ressalta apenas a importância da adaptação aos diferentes estádios de saúde do indivíduo, mas também enfatiza a necessidade de uma abordagem holística e centrada no mesmo para garantir que recebam o melhor atendimento possível em todas as fases da sua jornada de saúde (Costa, 2016).

3.2.5 Competência 5 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério

Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.

Os EEESMO devem entender o climatério como uma transição de vida natural, que ocorre geralmente entre os 45 e 55 anos, mas que pode variar de mulher para mulher. O climatério, que abrange a transição do período reprodutivo para o não concecional na vida da mulher, pode ser um momento desafiador que afeta não apenas a saúde física, mas também a saúde emocional e social da mulher (Maciel et al., 2021).

O climatério pode ser dividido em três fases: a primeira (chamada de precoce) vai dos 35 aos 45 anos; a segunda fase (chamada de perimenopausa) vai dos 45 aos 55 anos; e a terceira (chamada de tardia) vai dos 55 aos 65 anos. A perimenopausa é dividida em duas fases: a pré e a pós-menopausa, sendo essa segunda fase a que possui maiores repercussões para o cotidiano feminino (Andrade et al., 2022). Neste contexto, é fundamental que os EEESMO sejam competentes na prestação de cuidados abrangentes e holísticos que considerem não apenas as necessidades clínicas, mas também as dimensões familiares e comunitárias.

Pode ser um processo de transição fisiológico ou surgir em consequência de uma intervenção cirúrgica, cuja transição pode ser abrupta devido e sintomas surgirem de um modo geralmente intenso (Vicente, 2019). Contudo, quando o processo decorre fisiologicamente, os sintomas são mais ligeiros podendo incluir irregularidades menstruais, afrontamentos, hiper sudorese noturna, alterações do humor, diminuição da lubrificação vaginal e aumento de peso. Existem ainda as alterações no metabolismo ósseo, que podem desencadear a osteoporose, em virtude da maior absorção óssea e do metabolismo dos lipídeos, que podem levar a um aumento dos níveis do colesterol e triglicérides (Botelho et al., 2022; Maciel et al., 2021).

Os EEESMO devem ser competentes em avaliar o impacto desses sintomas na qualidade de vida das mulheres com o intuito de eliminar mitos e superstições que dificultam a vivência da sexualidade na vertente cultural e biológica e fornecer apoio psicossocial adequado. Isso pode envolver a identificação de estratégias de *coping* e a referenciação para outros profissionais, se necessário (Jesus et al., 2020).

A maneira como as mulheres experienciam a transição para a menopausa pode variar de acordo com suas normas culturais, influências sociais apreendidas ao longo da vida e o seu conhecimento pessoal sobre esse período. A experiência da menopausa é influenciada pela cultura, o que significa que as mulheres podem ter concepções pré-existentes sobre esse estágio da vida (Santos, 2021).

Enquanto algumas mulheres aproveitam essa idade para procurar autoconhecimento e usufruir do seu tempo livre, outras dizem adeus para a reprodução e a juventude. Fatores económicos, sociais e culturais, passados e presentes, constroem o caminho pelo qual a mulher será conduzida durante o climatério. Apesar do conhecimento da existência desses sintomas, poucas mulheres conseguem contorná-los de forma a não trazer impactos diretos na sua vida quotidiana. A necessidade da difusão do conhecimento e empoderamento da mulher sobre o seu corpo e as suas mudanças ainda se fazem necessárias (Botelho et al., 2022).

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

Neste contexto, é fundamental adotar uma compreensão holística das variáveis que afetam as experiências durante a transição. Implica identificar pontos de vulnerabilidade ou momentos críticos ao longo desse processo, justificando-se pelo facto de que as intervenções de enfermagem devem ter um carácter preventivo e criar condições que facilitem transições suaves e saudáveis para os indivíduos envolvidos (Jesus et al., 2020).

No serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia, o mestrando teve a oportunidade de interagir com mulheres que estavam a passar pela fase da perimenopausa ou já tinham entrado na menopausa. Estas mulheres, muitas vezes, apresentavam queixas relacionadas com sangramentos uterinos, podendo ou não estar associados a problemas de saúde previamente conhecidos. Durante esta experiência, as atividades desenvolvidas pelo mestrando incluíram o auxílio na avaliação dos sintomas e recolha de informações, na identificação de alterações e diagnósticos de enfermagem, colaboração com a equipa multidisciplinar na realização de exames complementares de diagnóstico, preparação das pacientes para a alta hospitalar, proporcionando-lhes educação para a saúde personalizada de acordo com as suas necessidades e prestar apoio no encaminhamento e referência para outros serviços, como a admissão no serviço de ginecologia.

3.2.6 Competência 6 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Descritivo: *Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.*

A cirurgia ginecológica é um recurso terapêutico para doenças que acometem o trato genital feminino, como mamas e pélvis (Lins et al., 2021)

As doenças ginecológicas não apenas representam um sério problema de saúde pública, mas também afetam órgãos que têm significados simbólicos importantes relacionados à feminilidade e fertilidade das mulheres. Por exemplo, a disfunção sexual, um problema comum entre as mulheres em tratamento a cancro do foro ginecológico, pode se manifestar como secura vaginal, dispareunia, vagina encurtada, dificuldade em atingir o orgasmo e diminuição do desejo sexual (Chow et al., 2023; Ferreira et al., 2022).

Portanto, é crucial uma atenção abrangente e intervenções apropriadas de uma perspectiva holística de toda a equipa multidisciplinar, visando a redução de preocupações e ansiedades que enfrentam ao passarem por uma intervenção cirúrgica (Ferreira et al., 2022).

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

Os cuidados após uma cirurgia envolvem várias medidas focadas na atenção à incisão cirúrgica, na adaptação do autocuidado às necessidades humanas essenciais e na gestão das atividades diárias. Além disso, é importante estar atento a quaisquer mudanças incomuns, como dor intensa, secreções atípicas ou sangramento, pois estão relacionados a um maior risco de infecções e hemorragias e devem ser comunicados prontamente (Lins et al., 2021).

A educação em saúde desempenha um papel importante ao permitir que as pessoas compreendam informações relacionadas à sua saúde, o que, por sua vez, promove a adesão ao autocuidado e um compromisso maior com o seu próprio bem-estar, com resultados positivos para a sua recuperação. Para alcançar esse objetivo, as tecnologias podem ser usadas como facilitadoras da interação entre os profissionais de saúde e as utentes, tornando o processo de ensino e aprendizagem mais eficaz. Um exemplo notável são os materiais educativos, como panfletos, folhetos e cartazes, que funcionam como recursos para facilitar a comunicação e transmitir informações de maneira simples e envolvente. Isso simplifica conceitos complexos, tornando o entendimento e a memorização mais acessíveis e dinâmicos (Lins et al., 2021).

Em casos que envolviam miomas uterinos, carcinomas do aparelho ginecológico, prolapsos urogenitais e incontinência urinária de esforço, o tratamento adotado foi predominantemente cirúrgico. Nesse contexto, o mestrando planeou e executou cuidados de enfermagem com o objetivo de atender às necessidades identificadas nessas mulheres, levando em consideração as suas fragilidades individuais e promovendo a autonomia no autocuidado.

Por outro lado, em situações de gravidezes ectópicas e expulsões fetais a abordagem terapêutica foi principalmente conservadora, com o uso de tratamentos medicamentosos. Em alguns casos, a cirurgia também poderia ser considerada com base no diagnóstico e prognóstico específicos. Independentemente do cenário clínico, o mestrando adotou uma abordagem holística na prestação de cuidados, enfatizando a promoção do autocuidado e preparando as pacientes para receberem alta hospitalar.

3.2.7 Competência 7 – Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

Descritivo: *Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população:*

A competência específica do EEESMO, que se concentra em cuidar do grupo-alvo de mulheres em idade fértil inseridas na comunidade, desempenha um papel vital na promoção da

saúde e no bem-estar dessas mulheres. Autores como Silva e Caetano (2022) enfatizam a importância de um cuidado de qualidade para mulheres em idade reprodutiva, reconhecendo que essas fases da vida são críticas tanto para a saúde individual quanto para a saúde da comunidade em geral.

A multiculturalidade das mulheres em idade fértil em Portugal é uma realidade complexa que reflete a crescente diversidade étnica e cultural no país. Essa diversidade étnica é resultado de um fluxo migratório que se intensificou nas últimas décadas, tornando Portugal um destino para pessoas de diversas origens étnicas.

As questões de saúde reprodutiva também são afetadas pela multiculturalidade das mulheres em idade fértil. Autores como Santos et al. (2022) discutem como as crenças culturais e religiosas podem influenciar as decisões relacionadas à saúde reprodutiva, incluindo o uso de contraceptivos e a procura por cuidados pré-natais, a vivência dos processos de saúde/doença, a experiência da maternidade, a adaptação à parentalidade e restantes fases do ciclo vital da mulher e enfatizam a necessidade de uma abordagem culturalmente sensível para garantir que as mulheres recebam cuidados que estejam alinhados com suas necessidades e valores pessoais.

A multiculturalidade destaca a importância de garantir que todos tenham acesso igualitário a serviços de saúde sensíveis à cultura. A adaptação dos serviços de saúde às necessidades culturais específicas das mulheres imigrantes é fundamental para garantir uma assistência adequada durante a gravidez e em questões de saúde reprodutiva. Essa capacidade de compreender e abordar as necessidades específicas das mulheres em idade fértil é crucial para fornecer cuidados eficazes, que vão além do simples tratamento de doenças, abrangendo a promoção da saúde e a prevenção de problemas de saúde reprodutiva (Brito et al., 2018).

Um aspeto fundamental dessa competência é o foco na educação em saúde. O empoderamento das mulheres por meio da educação sobre a sua saúde reprodutiva e sexual é essencial, incluindo a obtenção de informações sobre contraceção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e planeamento familiar, bem como o entendimento das mudanças hormonais e físicas que ocorrem durante o ciclo menstrual (Santos et al., 2023).

Posto isto, as atividades orientadas para a comunidade, numa perspetiva de prestação de cuidados culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população, ocorreram em contexto hospitalar. Ressalvam-se situações particulares em que a cultura da mulher/família cuidada revelou condicionantes na prestação de cuidados. Por exemplo, devido ao facto do mestrando se tratar de um individuo do sexo masculino, um casal proveniente do Bangladesh

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

recusou a assistência na prestação de cuidados diretos à mulher. Cordialmente foi questionada a justificação pela decisão tomada onde o casal relata que não pretende que o corpo eventualmente destapado e com exposição dos seus caracteres sexuais sejam visualizados pelos olhos de um homem. A assistência ao parto foi realizada pela enfermeira supervisora. No final, o agradecimento pela compreensão e respeito pelas crenças e atitudes tomadas foi tido em conta pelo casal.

A superação da barreira linguística representou um desafio significativo, pois frequentemente o mestrando se deparava com casais na sala de partos que só se comunicavam na sua língua materna. Para enfrentar essa situação, recorreu-se à língua gestual e não verbal, além da utilização do Google Tradutor em dispositivos móveis disponíveis. Estas experiências foram essenciais para o crescimento profissional do mestrando, contribuindo para o estabelecimento de relações positivas e produtivas e incentivando os supervisores a investir no nosso desenvolvimento e apresentando desafios que estimularam a procura por conhecimento adicional.

Cada campo clínico começou com a definição conjunta de objetivos e metas a serem alcançados, promovendo a partilha de informações, reflexões individuais e coletivas e encorajando a aprendizagem contínua ao longo do processo. Nesse contexto, a supervisão clínica demonstrou ser uma mais-valia, com a enfermeira supervisora a desempenhar um papel de mentora e de apoio, proporcionando segurança até o expoente máximo de autonomia por parte do mestrando, de modo a que pudesse assumir, de forma plena, os cuidados de um EEESMO.

4. CONCLUSÕES

Num mundo em constante evolução, a enfermagem especializada em saúde materna e obstetrícia desempenha um papel fundamental no apoio às mulheres e às famílias durante um dos períodos mais delicados das suas vidas. Adquirir um conjunto valioso de competências que transcendem a mera aquisição de conhecimentos técnicos é o pináculo do que é ser Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. É uma responsabilidade solene e um privilégio inestimável, pois cada vida traz consigo a promessa do amanhã. É ser confidente nos momentos de angústia, defensor dos direitos e da dignidade do utente e uma voz que se ergue em prol do bem-estar e da qualidade de vida. É um compromisso de empatia, compaixão e cuidado, estendendo-se não apenas aos aspetos físicos, mas também aos emocionais e psicossociais de cada um como ser individual.

A perda gestacional, que foi o cerne do relatório apresentado, mostrou ser uma realidade que ultrapassa os limites da experiência feminina. A necessidade de estar alerta para esta questão vai além do âmbito puramente clínico; é um apelo à empatia e à compreensão da complexidade emocional que afeta tanto as mulheres quanto os homens que enfrentam a perda de uma gravidez e que é diretamente influenciada pelos diversos fatores biopsicosocioculturais da mulher e do meio que a rodeia.

Como profissionais de saúde, existe a responsabilidade de corresponder às necessidades físicas, emocionais e psicológicas do casal que enfrenta a perda gestacional. Isso requer uma abordagem holística, centrada na pessoa e baseada no respeito mútuo. É através da prestação de cuidados sensíveis, do fornecimento de informações adequadas e do apoio compassivo que se pode ajudar a aliviar o fardo emocional desse evento tão desafiador, independentemente da idade gestacional.

As ações empreendidas, que se fundamentaram na harmonização entre a teoria e a prática, sustentadas por um conhecimento científico atualizado, proporcionaram a oportunidade de familiarizar com diversas situações, promovendo discussões sobre os cuidados prestados. Isso permitiu uma reflexão tanto individual quanto coletiva, em colaboração com os orientadores e a equipa multidisciplinar, estimulando um constante aperfeiçoamento da qualidade do atendimento e o cultivo de uma abordagem de prática baseada na evidência.

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

Os estágios mostraram ser uma ferramenta valiosa para a formação, capacitando para a oferta de cuidados adequados e completos e proporcionando a oportunidade de vivenciar situações reais e desenvolver as competências inerentes ao processo de tornar EEESMO.

Apesar da tendencial evolução do saber, a pesquisa aqui evidenciada demonstrou que ainda há um caminho a percorrer no que diz respeito à compreensão da perda gestacional e à integração dos homens na gama de cuidados a serem fornecidos. A exploração do tema sobre os comportamentos dos casais e dos profissionais de saúde diante da perda gestacional identificou áreas que requerem atenção especial, com o objetivo de consciencializar os profissionais de saúde sobre a importância de incluir ativamente os homens no processo de cuidado, bem como de tratar as mulheres com empatia e discernimento, independentemente da fase gestacional, visando, não apenas a prevenção de complicações, mas também a facilitar a transição durante esse processo.

Perante o observado, EEESMO, dada a sua posição privilegiada e as competências que possui, desempenha um papel primordial na abordagem a estas famílias. A sua atuação passa por desmistificar as ideias preconcebidas enraizadas na prática profissional, assegurando cuidados personalizados e respeitando os aspetos sociais e culturais das mulheres. Outro desafio é ter a capacidade de envolver a figura masculina como componentes fundamentais no processo de cuidado, reconhecendo a sua importância na jornada da perda gestacional e garantindo que recebam apoio adequado.

Aprendi que as pessoas irão esquecer-se do que lhes foi dito. Aprendi que as pessoas irão esquecer-se do que lhes foi feito, mas aprendi que as pessoas nunca se irão esquecer de como as fizemos sentir. Sejamos EEESMO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG. (2018). ACOG Practice Bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss. *Obstetrics & Gynecology* 132(5), e197-e207, DOI: 10.1097/AOG.0000000000002899
- Andrade, Â. R. L., Pontes, A. F., da Silva Filho, J. C., & Santos, I. C. R. V. (2022). Atuação do enfermeiro frente a qualidade de vida de mulheres climatéricas com incontinência urinária: revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 11(3), e31611326513-e31611326513.
- APA. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style (7th ed.)*. American Psychological Association.
- Assembleia da República (2019). Estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconcepção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério. Decreto-Lei n.º 110/2019. Diário da República n.º 172/2019, Série I de 09-09-2019, 94-101
- Barth, M., Vescovi, G., & Levandowski, D. (2020). Perception of couples who experienced pregnancy loss about social support. In (Vol. 38, pp. 772-791): *Psicologia Argumento*.
- Bellhouse, C., Temple-Smith, M. J., & Bilardi, J. E. (2018). "It's just one of those things people don't seem to talk about..." women's experiences of social support following miscarriage: a qualitative study. *BMC Womens Health*, 18(1), 176. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0672-3>
- Bellhouse, C., Temple-Smith, M., Watson, S., & Bilardi, J. (2019). "The loss was traumatic... some healthcare providers added to that": Women's experiences of miscarriage. *Women Birth*, 32(2), 137-146. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.006>
- Bernstein, C., Machado, M., Ribas, P., Jesus, P., Vasconcelos, T., Simões, A., & Savaris, R. (2022). Impacto psicológico no pós-aborto espontâneo: uma revisão narrativa. In *Promoção e Proteção da Saúde da Mulher* (pp. 135-150). Universidade Federal do

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.

- Borrelli, S. E. (2014). What is a good midwife? Insights from the literature. *Midwifery*, 30(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.019>
- Botelho, T. A., de Oliveira Santos, G. P., Santos, T. P. P., Oliveira, R. F., Monteiro, B. I. A. S., & Bastos, L. P. (2022). Saúde da mulher no climatério, aspectos biológicos e psicológicos: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(4), e10088-e10088.
- Braga, L., Salgado, P., Souza, C., Prado-Junior, P., Prado, M., Melo, M., & Parreira, P. (2018). The Betty Neuman model in the care of patients with a peripheral venous catheter. In (Vol. 4, pp. pp. 159 - 168). *Revista de Enfermagem Referência*.
- Brandão, E., Cabral, C., Azize, R., & Heilborn, M. Young men and abortion: the male perspective on unplanned pregnancies. In (Vol. 36): *Cadernos de Saúde Pública*.
- Brito, D. ., Belkis, M., Vilela, I. ., Vilela, N. ., & Brito, A. . (2019). Obstáculos no Acesso à Saúde pelos Imigrantes: Análise de Género. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 1(1), 67–73. <https://doi.org/10.37914/riis.v1i1.31>
- Caldas, T. A. ., Azevedo, M. V. C. ., Torres, R. C. ., Teles, W. de S. ., Silva, M. C. da ., Barros, Ângela M. M. S. ., Silva, M. H. S. ., Morais, A. L. de J. ., Santos Junior, P. C. C. ., & Carvalho, I. B. P. de . (2021). Benefits of exclusive breastfeeding up to sixth month of life. *Research, Society and Development*, 10(6), e47310616074. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16074>
- Castro, T. D. V. (2020). Direito ao acompanhante, violência obstétrica e poder familiar. *Pensar-Revista de Ciências Jurídicas*, 25(1). e-ISSN:2317-2150. <https://doi.org/10.5020/2317-2150.2020.10093>
- Chow, K. M., Chan Yip, W. H. C., Porter-Steele, J., Siu, K. Y., & Choi, K. C. (2023). Nurse-led sexual rehabilitation to rebuild sexuality and intimacy after treatment for

gynaecological cancer: a randomised controlled trial (abridged secondary publication). *Hong Kong Med J*, 29 Suppl 4(4), 26-30

CCDR Algarve. (2019). *Números em Destaque 5. População estrangeira residente*. CCDR Algarve. <https://www.ccdr-alg.pt/repos/ccdr/web/sites/default/files/inline-files/201912%20-%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20estrangeira%20residente%20-%202018.pdf>

Coutinho, E., Dias, H., Santos, M. J., Leitão, A. L., Pires, A. S., Feliciano, A., ... & Machado, V. (2021). *Promoção de saúde da mulher: desafios e tendências*. ISBN: 978-989-54712-6-3

Costa, J., Castro, A., & Silva, C. (2020). Profissional de Enfermagem no Planeamento Familiar na Atenção Básica: Revisão Integrativa. In (Vol. 16, pp. 1839-1847). *Rev.Saúde.Com*.

Costa, L. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. In (Vol. 15, pp. 137-145). *Enfermagem Brasil*.

Dekkers, F. H. W., Go, A. T. J. I., Stapersma, L., Eggink, A. J., & Utens, E. M. W. J. (2019). Termination of pregnancy for fetal anomalies: Parents' preferences for psychosocial care. *Prenat Diagn*, 39(8), 575-587. <https://doi.org/10.1002/pd.5464>

Direção Geral da Saúde (2015a). Norma da Direção Geral da Saúde nº 001/2015 “Registo de indicações de Cesariana”. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>

Acedido a 20/09/2023

Direção Geral da Saúde. (2015b). *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 (2023). Norma da Direção Geral da Saúde nº 001/2023 “Organização dos cuidados de saúde na preconcepção, gravidez e puerpério”. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp->

content/uploads/2023/03/norma_001_2023_org_cuidados_preconcecao_gravidez_puerperio.pdf . Acedido a 20/09/2023;

- Doyle, C., Che, M., Lu, Z., Roesler, M., Larsen, K., & Williams, L. A. (2023). Women's desires for mental health support following a pregnancy loss, termination of pregnancy for medical reasons, or abortion: A report from the STRONG Women Study. *Gen Hosp Psychiatry*, 84, 149-157. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2023.07.002>
- Farren, J., Mitchell-Jones, N., Verbakel, J. Y., Timmerman, D., Jalmbrant, M., & Bourne, T. (2018). The psychological impact of early pregnancy loss. *Hum Reprod Update*, 24(6), 731-749. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmy025>
- Fernández-Alcántara, M., Schul-Martin, L., García Caro, M. P., Montoya-Juárez, R., Pérez-Marfil, M. N., & Zech, E. (2020). 'In the hospital there are no care guidelines': experiences and practices in perinatal loss in Spain. *Scand J Caring Sci*, 34(4), 1063-1073. <https://doi.org/10.1111/scs.12816>
- Fernández-Basanta, S., Coronado, C., Bondas, T., Llorente-García, H., & Movilla-Fernández, M. J. (2022). Unravelling the grief of involuntary pregnancy loss: A meta-ethnography of midwives' and nurses' emotional experiences. *Scand J Caring Sci*, 36(3), 599-613. <https://doi.org/10.1111/scs.13028>
- Ferreira, R., Silva, M., Jorge, H., Pereira, L., & Rocha, G. (2021). Assistência dos profissionais de saúde em situação de perda gestacional: revisão integrativa. In (Vol. 25, pp. e-1409): *Rev Min Enferm*.
- Ferreira, Y. D. J. L., Quirino, G. M. C., Brandão, V. F., Gomes, J. R. D. A. A., Itacarambi, L. R., de Oliveira, R. B., ... & Mendonça, T. R. (2022). A relevância dos diagnósticos de enfermagem de cirurgias ginecológicas em um hospital público do Distrito Federal. *Health Residencies Journal-HRJ*, 3(14), 622-640.

- Figueiredo, T., Gomes, G., Ribeiro, J., Gomes, L., & Medeiros, L. (2022). Assistance to women in normal hospital delivery from the perspective of nursing: an integrative review. In (Vol. 11): Research, Society and Development.
- Fortin, S., & Keitel, M. (2021). Nine Months of Labor: The Psychosocial Weight of a Pregnancy After a Gestational Loss. In (Vol. 30, pp. 1-15): Illness, Crisis & Loss.
- Galvão, G., Morsch, D., Tavares, E., & Bouzada, M. (2021). Gestational Loss: Emotional and Legal Aspects. In (Vol. 3). American International Journal of Humanities, Arts and Social Sciences: American Center of Science and Education.
- Hogan, C. A., de Vries, R., & Scardo, J. A. (2019). Intrapartum Management and Birth Outcomes, 46(4), 731-743. *Obstetrics and Gynecology Clinics*.
- INE. (2022). Taxa bruta de natalidade (%) por Local de residência (NUTS - 2013) e Tipologia de áreas urbanas; Anual.
- Jesus, A. M., Falcão, M. P., Fernandes, M. S., Dias, H., & Coutunho, E. (2020). Estratégias promotoras de uma saúde sexual à mulher/casal na menopausa/climatério: uma scoping review. *Revista da UI_IPSantarém*, 8(1), 321-332. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19903>
- King, M. Q., Oka, M., & Robinson, W. D. (2021). Pain without reward: A phenomenological exploration of stillbirth for couples and their hospital encounter. *Death Stud*, 45(2), 152-162. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1626936>
- Kukulskienė, M., & Žemaitienė, N. (2022). Experience of Late Miscarriage and Practical Implications for Post-Natal Health Care: Qualitative Study. *Healthcare (Basel)*, 10(1). <https://doi.org/10.3390/healthcare10010079>
- Lemos, L., & Cunha, A. (2015a). Conceptions of Death and Grieving: Feminine Experience of Miscarriage. In (Vol. 35, pp. 1120-1138): *Psicologia: Ciência e Profissão*.

- Lemos, L., & Cunha, A. (2015b). Death in the maternity hospital: how health professionals deal with the loss. In (Vol. 20, pp. 13-22): *Psicologia em Estudo*. Doi: 10.4025/psicoestud.v20i1.23885
- Lins, M. L. R., Evangelista, C. B., Gomes, G. L. L., & Macedo, J. Q. D. (2021). Autocuidado domiciliar após cirurgias ginecológicas: elaboração e validação de material educativo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE03154.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2011). *Saúde da mulher e Enfermagem Obstétrica*. 10ª Edição, Brazil: Editora Elsevier Health Sciences.
- Maciel, J. B. L., Sipaúba, A. J. C., da Cruz Andrade, T. L., Barroso, H. L. M. R., de Amorim, J. F., da Silva, K. D. S. M., & da Silva Souza, A. (2021). Vivência e concepção da mulher acerca do climatério: Uma revisão bibliográfica. *Research, society and development*, 10(6), e9710615557-e9710615557.
- Maia, S., Róseo, F., Nogueira, F., Silva, J., Santos, S., & Matos, I. Impactos psicossociais em mulheres com perda gestacional: revisão integrativa da literatura. In (Vol. 8, pp. 64123-64148). Curitiba: Brazilian Journal of Development.
- Malott, A. M., & Davis, D. D. (2019). Interprofessional Education in Obstetrics: Na Integrative Review, 64(2), 206-215. *Journal of Midwifery & Women's Health*
- Malta, H., Fernandes, I., Santos, E., Baptista, R., Pereira, M., & Parente, P. (2023). A Comunicação de Más Notícias perspctivada segundo Meleis e Watson: uma Revisão Narrativa. In. *Servir*, 2(04), e28390.
- Martins, J. (2020), *O quarto trimestre - Os primeiros três meses de vida do seu bebê*, EgoEditora, ISBN 979-868-919-714-2
- Mbakaya, B. C., Kalembo, F. W., Zgambo, M., Konyani, A., Lungu, F., Tveit, B., Bvumbwe, T. (2020). Nursing and midwifery students' experiences and perception of their clinical learning environment in Malawi: a mixed-method study. *BMC Nursing*, 19(1), 87. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00480-4>
- Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2021). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e

obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2012). Recomendações para a Preparação para o Nascimento. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Recomendacao_2-2012.pdf

Ministério da Saúde. (2017). Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

Miranda, J. M., & Soares, A. B. (2014). Habilidades sociais e autoeficácia de médicos e enfermeiros: um estudo comparativo. *Revista de Ciências Humanas*, 48(1), 138-153. <http://dx.doi.org/10.5007/2178-4582.2014v48n1p138>

Moreno, R., Pereira, J., Sequeira, V., Polainas, V., & Zangão, O. (2022). O Aleitamento Materno Como Promotor De Saúde E Sustentabilidade: Revisão Integrativa Da Literatura. IN Otilia Zangão (Org.), *Aleitamento Materno no contexto social* (pp. 6-18). Atena Editora. <https://doi.org/10.22533/at.ed.1832231052>

Néné, M; Marques, R & Amado Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel

Neto, J., Marques, D., Fernandes, M., & Nóbrega, M. (2016). Análise de teorias de enfermagem de Meleis: revisão integrativa. In (Vol. 69, pp. 174-181). *Rev Bras Enferm*.

Nogueira, A. J. S., & Pachú, C. O. (2021). Sexualidade da mulher e autocuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(15), e95101522157-e95101522157.

Nonato, A., Souza, A., Gonçalves, A., Reis, F., Silva, A., Almeida, A., . . . Felício, I. (2022). Repercussions of induced and spontaneous abortion on women's physical and mental health. In (Vol. 15). *Revista Eletrônica Acervo Saúde*.

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

- Obst, K. L., Oxlad, M., Due, C., & Middleton, P. (2021). Factors contributing to men's grief following pregnancy loss and neonatal death: further development of an emerging model in an Australian sample. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03514-6>
- Oliveira, C. D. M., Malheiro, D. R., & de Lima Neves, M. (2019). Capítulo 2 a visão e influência das principais religiões sobre o entendimento da morte e do morrer: revisão de literatura. *Narrativa Da Fé*, 25.
- Oliveira, E., Cruzeiro, I., Garcia, G., & Paiva, S. (2021). Perda gestacional de repetição: aspectos psíquicos e terapias comportamentais. In (Vol. 49, pp. 699-704): *Femina*.
- Ordem dos Enfermeiros (1988). Decreto Lei nº 161/96 de 4 de setembro - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República*, 2.a série — N.º 85 — 3 de maio de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019c). Regulamento nº 743/2019 – Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2.a série — N.º 184 — 25 de setembro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica, 2016, Recomendação nº2/2012 – Recomendações Para a Preparação para o Nascimento. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Recomendacao_2-2012.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2020). Pronúncia da mesa do Colégio da Especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica N.º 09/2020. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20109/pronuncia-mceesmo_09-2020_direitos-da-gr%C3%A1vida-parturiente-e-pu%C3%A9rpera.pdf
- Osman, H. M., Egal, J. A., Kiruja, J., Osman, F., Byrskog, U., & Erlandsson, K. (2017a). Women's experiences of stillbirth in Somaliland: A phenomenological description. *Sex Reprod Healthc*, *11*, 107-111. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.12.002>
- Ozgen, L., Ozgen, G., Simsek, D., Dincgez, B., Bayram, F., & Midikhan, A. N. (2022). Are women diagnosed with early pregnancy loss at risk for anxiety, depression, and perinatal grief? *Saudi Med J*, *43*(9), 1046-1050. <https://doi.org/10.15537/smj.2022.43.9.20220291>
- Passos, M. A. C., Manfrini, G. C., Backes, M. T. S., de Farias Brehmer, L. C., & Gutmann, V. L. R. (2023). Intervenções do enfermeiro na indicação do planejamento familiar natural: revisão de escopo. *JMPHC/ Journal of Management & Primary Health Care/ ISSN 2179-6750*, *15*, e001-e001.
- Piccoli, T., Nunes, S., Tramontina, P., Oliveira, R., Santos, E., & Amante, L. (2015). Reflecting On Some Nursing Theories Based On Meleis' Evaluation Model. In (Vol. 20, pp. 433-438). *Cogitare Enferm.*
- Pietrzak, J., Mędrzycka-Dąbrowska, W., Wróbel, A., & Grzybowska, M. E. (2023). Women's Knowledge about Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Pain Relief in Labor. *Healthcare (Basel)*, *11*(13). <https://doi.org/10.3390/healthcare11131882>
- Pinheiro, K. A. I., de Carvalho, J. R., Garcia, L. B. F., Vieira, M., Mameri, P. C., & Baiense, T. F. (2023). Revisão sistemática sobre fatores relacionados a aborto espontâneo. *Recima21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218*, *4*(1), e412576-e412576. <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i1.2576>
- Pollock, D. D., Pearson, D. E., Cooper, D. M., Ziaian, A. P. T., Foord, C., & Warland, A. P. J. (2021). Breaking the silence: Determining Prevalence and Understanding Stillbirth Stigma. *Midwifery*, *93*, 102884. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102884>

- PORDATA. (2022). Idade média da mãe ao nascimento de um filho. <https://www.pordata.pt/portugal/idade+media+da+mae+ao+nascimento+de+um+filho-417>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.008>
- Riggs, D. W., Due, C., & Tape, N. (2021). Australian Heterosexual Men's Experiences of Pregnancy Loss: The Relationships Between Grief, Psychological Distress, Stigma, Help-Seeking, and Support. *Omega (Westport)*, 82(3), 409-423. <https://doi.org/10.1177/0030222818819339>
- Robinson, G. E. (2014). Pregnancy loss. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 28(1), 169-178. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.012>
- Robinson, M., & Robinson Esq, C. D. (2022). The silent cry: A psychiatric-mental health nurse's guide for fathers experiencing perinatal loss. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 29(5), 619-623. <https://doi.org/10.1111/jpm.12849>
- Rodrigues, J., & Velez, M. Tornar-se mãe de um segundo filho: uma revisão scoping. In (Vol. 22). *Pensar Enfermagem*.
- Santos, A. M. dos, Souza, Érica L. L., Albuquerque, A. M. da S., Becerra, A. P. C., & Corrêa, M. S. M. (2022). Nursing care for women in abortion situation in Brazil: an integrative review. *Research, Society and Development*, 11(13), e207111335454. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35454>
- Santos, E., Coutinho, E., Chaves, C., & Nelas, P. (2021). Vivências de mulheres na menopausa: contributos a compreensão do cuidar em enfermagem. *Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(1), 503-514.
- Santos, E. G., Santos, G. R., & Guimarães, T. M. M. (2023). Acesso De Mulheres À Consulta De Enfermagem Com Ênfase Na Saúde Reprodutiva: Revisão Integrativa. *Recima21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218*, 4(6), e463233. <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i6.3233>

- Santos, I. N., Carvalho, J. D. S. N., Vila, C. M. D. L. N., & da Silva Dias, A. C. (2022). Autonomia reprodutiva entre mulheres: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96(37). e–021220. <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.37-art.1285>
- Santos, M., Silva, K., Silva, C., Silva, E., Leal, J., Oliveira, C., . . . Oliveira, S. (2021). Emotional aspects arising from the abortion process: An integrative review. In (Vol. 10): *Research, Society and Development*.
- Saúde, S. N. d. (2022). Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?flg=pt-pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine.regiao=Regi%C3%A3o+de+Sa%C3%BAde+do+Algarve>
- Shahveisi, M., Nourizadeh, R., & Mehrabi, E. (2023). The effect of shared decision-making in choosing the method of labor analgesia on childbirth experience among primiparous women. *PLoS One*, 18(2), e0274559. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274559>
- Silva, A., Costa, M. E., & Martins, M. (2019). A vivênciado luto por perda gestacional na perspectiva do casal: revisão de escopo. In (Vol. 18, pp. 77-86): *RBSE Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*.
- Silva, A. S. da ., & Caetano, O. A. . (2022). A importância do planejamento familiar e os métodos contraceptivos: revisão integrativa de literatura. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 8(8), 1322–1335. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i8.6757>
- Silva, J., Silva, R., Silva, T., Silva, M., Geraci, N., Dantas, L., & Venâncio, R. (2023). Assistência à saúde nos transtornos mentais no período de puerpério: revisão integrativa. In (Vol. 9). *Revista Ciência Plural*.
- Silva, R., Carvalho, A., Pinho, N., Rebelo, L., Araújo, T., Barbosa, L., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. In (pp. 35-44). *Revista Investigação em Enfermagem*

- Smith P. H. (2018). Social Justice at the Core of Breastfeeding Protection, Promotion and Support: A Conceptualization. *Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association*, 34(2), 220–225. <https://doi.org/10.1177/0890334418758660>
- Soares, A., & Cançado, F. (2018). Perfil De Mulheres Com Perda Gestacional. In (Vol. 28, pp. e-1930). Santa Casa de Misericórdia de Passos. Passos, MG- Brasil.: *Revista Médica de Minas Gerais*.
- Stelwagen, M. A., van Kempen, A. A. M. W., Westmaas, A., Bles, Y. J., & Scheele, F. (2020). Integration of Maternity and Neonatal Care to Empower Parents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 49(1), 65-77. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.11.003>
- Sun, J. C., Rei, W., Chang, M. Y., & Sheu, S. J. (2018). The Experiences of Fathers Whose Spouses Are Hospitalized for Pregnancy Termination Due to Fetal Chromosome Abnormality in Taiwan. *J Nurs Res*, 26(4), 297-305. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000246>
- Tavares, B., Lirman, J., Silveira, M., Jatobá, D., Hollanda, L., Matos, L., . . . Bontempo, A. (2022). Performance of the multidisciplinary team in assisting women in the face of fetal death: an integrative review. In (Vol. 15). *Revista Eletrônica Acervo Saúde*.
- Teixeira, M., Viegas, L., Santos, L., Santos, R., Correa, P., Pitombeira, P., . . . Almeida, B. (2021). Nurse assistance after perinatal loss: grief after childbirth. In (Vol. 10): *Research, Society and Development*.
- Teodózio, A. M., Barth, M. C., & Levandowski, D. C. (2022). Percepções e sentimentos sobre o bebê subsequente à perda gestacional. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 74(1). <http://doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP-2022v74.18995>
- Velleda, K., Oliveira, S., & Casarin, S. (2022). Induced Abortion and its Stigmas: A Foucauldian Problematization in Nursing. In (Vol. 32): *Cadernos Pagu*.
- Vescovi, G., Levandowski, F., & Costa, C. (2022). Conjugalidade e parentalidade subsequentes à perda gestacional: revisão sistemática. In (Vol. 23, pp.

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

159-174). Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo: Revista da SPAGESP.

Vicente, L. (2019), O Atlas da V - Um guia claro, directo e ilustrado do mundo feminino e não só, p.106, Arena, ISBN 978-989-665-867-0

Wang, Y., Meng, Z., Pei, J., Qian, L., Mao, B., Li, Y., . . . Yi, B. (2021). Anxiety and depression are risk factors for recurrent pregnancy loss: a nested case-control study. *Health Qual Life Outcomes*, 19(1), 78. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01703-1>

WHO. (2018). Who recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Acedido a 13/09/2023

WHO. (2022). WHO recommendations: recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization

Zanatta, E., Pereira, C., & Alves, A. (2017). The experience of motherhood for the first time: the changes experienced in becoming a mother. In (Vol. 12). São João del Rei: Pesquisas e Práticas Psicossociais.

APÊNDICES

10. ORIENTAÇÃO <i>(Anexar declaração(s) de aceitação)</i>	
Nome: <u>Maria da Luz Ferreira Barros</u>	
Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u>	
N.º Identificação Civil: <u>08257980 -6223</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> ar <input checked="" type="checkbox"/> cc <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Telef.: <u>917127477</u> E-mail: <u>mb@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0002-5620-0162</u>	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> ar <input type="checkbox"/> cc <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> ar <input type="checkbox"/> cc <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FDS): <u>Ciências da Saúde</u> <input type="button" value="▼"/>	
<small>Consulte a lista de Áreas FDS em: http://www.ajenci.com.pt/ajp-4/28</small>	
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): <u>Gravidez; Perda; Luto; Comportamento; Parentalidade</u>	
12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA	
Luto e perda na gravidez.	
13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA <i>(Se necessário submeter como anexo a esta impressão)</i>	
Em anexo.	
14. DOCUMENTOS ANEXOS	15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE
<input checked="" type="checkbox"/> Plano de Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração da Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade IAD de acolhimento (Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que abrangem o trabalho a ser desenvolvido no âmbito da Tese) – Apenas para alunos de 3.ª Ciclo <input type="checkbox"/> Outros: _____	<p>Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUE) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Trabalho/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 desta impressão) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, está afilhado o respetivo registo nos Serviços Académicos da Universidade de Évora.</p> <p>Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da TDE/TFP.</p>

13.

Decorrente da oferta pela Universidade de Évora (UÉ) consta o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO, registado na Direção-Geral do Ensino Superior (R/A -Ef 1783/2011/AL03), com parecer favorável da Ordem dos Enfermeiros (OE) (SAI -OE/2017/9022 e SAI -OE/2019/5981), confere o conhecimento e competências, para solicitação do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO). Do plano de Estudos da UÉ (Aviso n.º 15812/2019; DR 7/10/2019), faz parte a UC Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF), que exige a apresentação de um projeto, onde se expresse as competências a adquirir ao longo do percurso nos campos de experiência clínica, assim como de uma temática na qual o estudante aprofundará o conhecimento e que dá o título ao relatório. Decorrerá em Sala de Partos, Internamento de Ginecologia e de Obstetrícia, além dos Cuidados de Saúde Primários. Os objetivos constam do Planeamento da UC e dirigem-se a: 1) Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade; 2) Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes de teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência e 3) Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional. Ao longo estágio iremos aprofundar um tema que irá incidir nos comportamentos perante o processo de perda gestacional com o intuito de aprofundar conhecimentos e contribuir para a melhoria de cuidados de saúde materna e obstétrica. A gravidez é um processo fisiológico, considerado pela Direção Geral de Saúde como um evento vivenciado com recorrência no ciclo de vida da mulher sem haver necessidade de implementação de tratamentos específicos (Silva et al., 2019). O processo natural de evolução da gestação e a inerente transição para este novo papel provocam uma adaptação e reestruturação da mulher, enquanto ser biopsicossocial, e da sua família, enquanto um dos pilares desta vivência (Ferreira et al., 2021). Porém, quando a gravidez se torna inviável, inevitavelmente ocorre a sua interrupção, seja ela espontânea ou induzida, denominando-se por “perda gestacional” (Silva et al., 2019). A perda gestacional é a complicação mais comum da gestação, sendo que 20% das gravidezes clinicamente diagnosticadas evoluem para interrupção espontânea, não estando somente associadas a morbilidade física ou mortalidade, mas também com repercussões sociais e psicológicas inerentes à família (Soares, Cançado, 2017). Até ao momento não há uma definição consensual na literatura para a terminologia perda gestacional, no entanto uma das denominações usadas é definida, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como morte de um produto da concepção, antes da sua expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez (Vescovi et al., 2022). Segundo Soares e Cançado (2017), a maioria das perdas gestacionais ocorre entre as 8 e 12 semanas de gestação e o impacto provocado é sentido por toda a família. Nos casos em que a perda gestacional ocorre nas primeiras semanas de gestação, ao qual pouco se visualiza o crescimento da barriga, percebe-se que nem sempre o luto realizado pela mulher é socialmente aceite. Nesses casos, não se considera o feto como um bebé em si e não se incentiva um espaço para elaboração simbólica deste momento (Lemos, Cunha, 2015). Embora o aumento do comprimento gestacional seja associado a uma maior psicopatologia, a verificação empírica da ligação mãe-bebé muito antes dele nascer sugere que não há associação entre a idade gestacional no momento da perda e a sintomatologia. Perder um bebé no útero representa uma perda legítima e o luto atinge independentemente de quando a perda ocorre (Fortin e Keitel, 2021). Embora

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

as pesquisas sobre luto abordem o processo numa perspetiva predominantemente individual, é necessário avaliar também o impacto da morte na família enquanto sistema relacional. As relações parentais podem ser modificadas, especialmente face a uma nova gestação, já que mais de 80% dos pais que sofreram uma perda gestacional pretendem uma nova gravidez (Vescovi et al., 2022). Enquanto profissional de saúde que traça involuntariamente um compromisso com a vida, o desvio desse padrão eleva as dificuldades que os mesmo apresentam em lidar com a perda. A representação social do nascimento como uma experiência positiva faz com que situações de morte no seu contexto profissional os faça apoiar em práticas que fomentam o distanciamento (Lemos, Cunha, 2015). Sendo a enfermagem a classe profissional que compõem todos os momentos e serviços que acolhem as mulheres em situação de aborto, torna-se relevante o conhecimento e construção de um corpo de saberes científicos voltados para os aspetos recorrentes e modernos sobre a assistência à mulher que executou ou sofreu perda gestacional (Maia et al., 2022).

PLANO DE ATIVIDADES

Campo	Objetivos	Atividades	Resultados Esperados	Processo de avaliação		
Vertente Clínica: Comp. Instrumentais e Relacionais e Internamento de Ginecologia	Objetivo 1. Cuidar a mulher/casal no período pré-natal	Orientação e assistência a mulheres em fase de IVG	2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	Registos validados por perceptor: Boletim da Grávida SCLINICO Protocolos da instituição Registos curriculares: Exames pré-natais (Diretiva 89/594/CEE)		
		Orientação e assistência a mulheres em fase de ILG	2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento. 2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.			
		Objetivo 2: Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica	Prestação de cuidados de enfermagem a mulheres durante a transição saúde/doença ginecológica		6.1. Promove a saúde ginecológica da mulher. 6.2. Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afeções do aparelho genito -urinário e/ou mama. 6.3. Providencia cuidados à mulher com afeções do aparelho genito -urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação.	Registos validados por perceptor: SCLINICO Protocolos da instituição Registos curriculares: Cuidados a mulheres com afeções ginecológicas (Diretiva 89/594/CEE)
	Objetivo 3. Cuidar a mulher/casal no período pré-natal		Orientação e assistência a mulheres/casais em programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável	2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	Registos validados por perceptor: SCLINICO Protocolos da instituição	
				2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.		
	2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.					
Vertente clínica: Comp. Instrumentais e Relacionais no trabalho de parto – Bloco de Partos	Objetivo 4. Cuidar a mulher/casal durante o trabalho de parto	Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas durante o trabalho de parto	3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina	Registos validados por perceptor: Partograma SCLINICO Protocolos da instituição Registos curriculares: Exames pré-natais (Diretiva 89/594/CEE)		
			3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido			
			3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto			

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

	Objetivo 5. Cuidar a mulher/casal durante o período pós-natal	Prestação de cuidados de enfermagem a puérperas no período pós-parto imediato	4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal 4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal 4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	Registos validados por perceptor: Partograma SCLINICO Aleitamento Materno Protocolos da instituição Registos curriculares: Cuidados a puérperas saudáveis e de risco Cuidados a recém-nascidos saudáveis e de risco (Diretiva 89/594/CEE)
Vertente clínica: Comp. Instrumentais e Relacionais no período pós-natal – Serviço de Obstetrícia	Objetivo 6. Cuidar a mulher/casal durante o período pós-natal	Prestação de cuidados de enfermagem a puérperas durante o internamento no Serviço de Obstetrícia	4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal 4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal 4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	Registos validados por perceptor: SCLINICO Aleitamento Materno Protocolos da instituição Registos curriculares: saudáveis e de risco Cuidados a recém-nascidos saudáveis e de risco (Diretiva 89/594/CEE)

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Tarefas/Atividades	Ano 2022				Ano 2023												
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Reuniões para elaboração do projeto																	
Revisão da literatura																	
Elaboração do Projeto																	
Submissão do Projeto																	
Vertente Clínica - Bloco de Partos																	
Vertente Clínica - Ginecologia																	
Vertente Clínica - Cuidados de Saúde Primários																	
Vertente Clínica - Puerpério																	
Recolha e análise de dados																	
Redação do relatório																	
Entrega do Relatório Final																	
Discussão do Relatório Final																	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Ferreira, R., Silva, M., Jorge, H., Pereira, L., & Rocha, G. (2021). Assistência dos profissionais de saúde em situação de perda gestacional: revisão integrativa In (Vol. 25, pp. e-1409): Rev Min Enferm.
- Fortin, S., & Keitel, M. (2021). Nine Months of Labor: The Psychosocial Weight of a Pregnancy After a Gestational Loss. In (Vol. 30, pp. 1-15): Illness, Crisis & Loss.
- Lemos, L., & Cunha, A. (2015). Conceptions of Death and Grieving: Feminine Experience of Miscarriage. In (Vol. 35, pp. 1120-1138): Psicologia: Ciência e Profissão.
- Lemos, L., & Cunha, A. (2015). Death in the maternity hospital: how health professionals deal with the loss. In (Vol. 20, pp. 13-22): Psicologia em Estudo. Doi: 10.4025/psicoestud.v20i1.23885
- Maia, S., Róseo, F., Nogueira, F., Silva, J., Santos, S., & Matos, I. Impactos psicossociais em mulheres com perda gestacional: revisão integrativa da literatura. In (Vol. 8, pp. 64123-64148). Curitiba: Brazilian Journal of Development.

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

- Oliveira, E., Cruzeiro, I., Garcia, G., & Paiva, S. (2021). Perda gestacional de repetição: aspectos psíquicos e terapêuticos comportamentais. In (Vol. 49, pp. 699-704): *Femina*.
- Ordem dos Enfermeiros (1988). Decreto Lei nº 161/96 de 4 de setembro - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>. Acedido a 25/09/2020;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019;
- Silva, A., Costa, M. E., & Martins, M. (2019). A vivência do luto por perda gestacional na perspectiva do casal: revisão de escopo. In (Vol. 18, pp. 77-86): *RBSE Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*.
- Soares, A., & Cançado, F. (2018). Perfil De Mulheres Com Perda Gestacional. In (Vol. 28, pp. e-1930). Santa Casa de Misericórdia de Passos. Passos, MG- Brasil.: *Revista Médica de Minas Gerais*.
- Vescovi, G., Levandowski, F., & Costa, C. (2022). Conjugalidade e parentalidade subsequentes à perda gestacional: revisão sistemática. In (Vol. 23, pp. 159-174). Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo: *Revista da SPAGESP*.

Comportamentos do Casal e do Profissional perante a Perda Gestacional

APÊNDICE B: REGISTO DE PARTOS

Nº	Local	Data	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Episiotomia/Episiorrafia/Perineorrafia
1	CHUA – Faro	13/09/2022	24	0000	40+1	Episiotomia + Episiorrafia
2	CHUA – Faro	13/09/2022	31	0000	38+5	Períneo Intacto
3	CHUA – Faro	13/09/2022	29	0020	40+4	Episiotomia + Episiorrafia
4	CHUA – Faro	15/09/2022	46	1001	39	Laceração grau II mediana suturada
5	CHUA – Faro	20/09/2022	34	1001	39	Episiotomia + Episiorrafia
6	CHUA – Faro	21/09/2022	37	1021	39+2	Episiotomia + Episiorrafia
7	CHUA – Faro	24/09/2022	21	0010	40+3	Períneo Intacto
8	CHUA – Faro	24/09/2022	32	0020	40+2	Laceração grau I mediana suturada
9	CHUA – Faro	27/09/2022	34	2002	39+1	Períneo Intacto
10	CHUA – Faro	27/09/2022	33	1102	40+2	Laceração grau I mediana suturada
11	CHUA – Faro	28/09/2022	34	1001	37+5	Episiotomia + Episiorrafia
12	CHUA – Faro	05/10/2022	37	2002	39	Laceração grau I mediana suturada
13	CHUA – Faro	08/10/2022	29	1011	37+2	Episiotomia + Episiorrafia
14	CHUA – Faro	11/10/2022	37	0000	40	Episiotomia + Episiorrafia
15	CHUA – Faro	12/10/2022	25	1001	40	Períneo Intacto
16	CHUA – Faro	13/10/2022	27	0000	41+1	Episiotomia + Episiorrafia
17	CHUA – Faro	16/10/2022	22	0000	40+1	Episiotomia + Episiorrafia
18	CHUA – Faro	16/10/2022	25	0000	40+6	Episiotomia + Episiorrafia
19	CHUA – Faro	20/10/2022	22	0000	40	Episiotomia + Episiorrafia
20	CHUA – Faro	20/10/2022	36	1001	40+4	Períneo Intacto
21	CHUA – Faro	20/10/2022	36	0020	37+3	Períneo Intacto
22	CHUA – Portimão	15/02/2023	19	0010	40+4	Episiotomia + Episiorrafia
23	CHUA – Portimão	15/02/2023	34	1001	39+1	Laceração grau II mediana suturada
24	CHUA – Portimão	17/02/2023	28	0000	37+2	Períneo Intacto
25	CHUA – Portimão	17/02/2023	34	0000	36+5	Episiotomia + Episiorrafia
26	CHUA – Portimão	19/02/2023	31	1102	36+2	Períneo Intacto
27	CHUA – Portimão	05/03/2023	30	0000	40+6	Laceração de grau I mediana suturada
28	CHUA – Faro	25/04/2023	22	1001	40	Períneo Intacto

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

29	CHUA – Faro	25/04/2023	24	0000	39+5	Episiotomia + Episiorrafia
30	CHUA – Faro	25/04/2023	29	1001	39+2	Períneo Intacto
31	CHUA – Faro	28/04/2023	26	0000	39+3	Episiotomia + Episiorrafia
32	CHUA – Faro	28/04/2023	22	0000	40+6	Laceração de grau II suturada
33	CHUA – Faro	30/04/2023	17	0000	37+6	Episiotomia + Episiorrafia
34	CHUA – Faro	04/05/2023	37	1001	40+1	Laceração de grau I mediana suturada
35	CHUA – Faro	12/05/2023	28	0000	39+6	Episiotomia + Episiorrafia
36	CHUA – Faro	12/05/2023	30	0000	38+3	Laceração de grau I mediana suturada
37	CHUA – Faro	15/05/2023	25	0000	39	Períneo Intacto
38	CHUA – Faro	17/05/2023	31	0010	40+1	Episiotomia + Episiorrafia
39	CHUA – Faro	19/05/2023	21	0000	40+1	Episiotomia + Episiorrafia
40	CHUA – Faro	19/05/2023	27	0000	39+6	Períneo Intacto
41	CHUA – Faro	19/05/2023	39	1011	38+6	Períneo Intacto
42	CHUA – Faro	19/05/2023	26	0000	38+1	Episiotomia + Episiorrafia
43	CHUA – Faro	19/05/2023	31	2002	40+3	Períneo Intacto
44	CHUA – Faro	20/05/2023	29	3003	40	Períneo Intacto
45	CHUA – Faro	25/05/2023	31	0010	38	Períneo Intacto
46	CHUA – Faro	25/05/2023	30	0000	38	Episiotomia + Episiorrafia
47	CHUA – Faro	26/05/2023	37	1001	40+6	Períneo Intacto
48	CHUA – Faro	26/05/2023	29	1051	40+1	Laceração de grau I suturada
49	CHUA – Faro	26/05/2023	30	1011	39+5	Períneo Intacto
50	CHUA – Faro	28/05/2023	23	0000	39+6	Períneo Intacto
51	CHUA – Faro	31/05/2023	36	1001	39+4	Episiotomia + Episiorrafia
52	CHUA – Faro	31/05/2023	23	0000	40+2	Períneo Intacto
53	CHUA – Faro	03/06/2023	20	0000	38+5	Períneo Intacto
54	CHUA – Faro	04/06/2023	30	1011	38+2	Períneo Intacto

APÊNDICE C: PANFLETO SOBRE PERDA GESTACIONAL

Saiba mais:



PERDA GESTACIONAL
Informação à utente

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE
Estr. do Poço Seco, 8500-338 Portimão
Serviço de Ginecologia

Elaborado por:
Leandro Pereira, Mestrando em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, sob orientação da Prof. Doutora Maria Luz Barros e supervisão da Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica Sónia Ojeda.

A gravidez provoca uma adaptação e reestruturação da mulher e da sua família, porém, quando a gravidez se torna inviável, ocorre a sua interrupção, seja ela espontânea ou induzida e denomina-se por "perda gestacional".

A perda gestacional é a complicação mais comum da gravidez e a maioria ocorre entre as 8 e 12 semanas de gestação e o impacto que a situação produz pode variar muito de casal para casal e a forma como cada um a vivencia.

É UMA SITUAÇÃO RARA?
NÃO. APROXIMADAMENTE UMA EM CADA QUATRO GRAVIDEZES TERMINA EM ABORTO, SENDO QUE EM 80% DOS CASOS OCORRE NO 1º TRIMESTRE. EM ALGUNS CASOS OCORRE TÃO PRECOZEMENTE QUE A MULHER NEM SE APERCEBE QUE ESTEVE GRAVÍDA, PODENDO TER UM PEQUENO ATRASO OU UM PERÍODO MAIS ABUNDANTE.

TEREI NOVA PERDA DA PRÓXIMA VEZ?
É POUCO PROVÁVEL. A PROBABILIDADE DE TER UMA GRAVIDEZ NORMAL DA PRÓXIMA VEZ É MUITO MAIOR DO QUE A DE TER NOVAMENTE UM ABORTAMENTO.

PORQUE ACONTECE?
NA MAIOR PARTE DOS CASOS A CAUSA É GENÉTICA, OU SEJA HÁ UMA ANOMALIA NOS CROMOSSOMAS DO EMBRIÃO QUE NÃO PERMITE QUE A GRAVIDEZ SE DESENVOLVA NORMALMENTE. NÃO TEM PORTANTO NADA A VER COM O QUE A GRAVÍDA OU O SEU COMPANHEIRO POSSAM OU NÃO TER FEITO.

O QUE DEVO TOMAR?
SE PRETENDE ENGRAVIDAR NOVAMENTE DEVE MANTER-SE A TOMAR ÁCIDO FÓLICO. SE ESTA GRAVIDEZ NÃO FOI DESEJADA OU NÃO PRETENDE VOLTAR A ENGRAVIDAR TÃO CÉDO, TEM DE ESCOLHER UM MÉTODO CONTRACETIVO JUNTAMENTE COM O SEU MÉDICO ASSISTENTE.

QUANDO PODEREI VOLTAR A ENGRAVIDAR?
RECOMENDAMOS QUE OS CASAIS VOLTEM A ENGRAVIDAR QUANDO SE SENTIREM RECUPERADOS FISICA E PSICOLÓGICAMENTE. NÃO DEVE PREOCUPAR-SE SE FICAR GRAVÍDA POUCO TEMPO DEPOIS DESTA ABORTAMENTO.

MAIS QUESTÕES?
POR FAVOR PERGUNTE SEMPRE O QUE ENTENDER JUNTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ESCLAREÇA TODAS AS SUAS DÚVIDAS EM QUALQUER MOMENTO. ESTAMOS AQUI PARA AJUDAR!

DeKkers, F. H. W., Ga, A. T. J. L., Stappers, J., Egink, A. J., & Ultee, E. M. W. J. (2019). Termination of pregnancy for fetal abnormality: Perceived preferences for professional care. *Prenatal Diagnosis*, 39(8), 875-880. <https://doi.org/10.1002/pd.5462>
Galvão, G., Marash, D., Tavaras, E., & Almeida, M. (2021). Gestational Loss: Emotional and Legal Aspects. In (Vol. 3). *American International Journal of Humanities, Arts and Social Sciences: American Center of Science and Education*.
Silva, A., Costa, M. E., & Martins, M. (2019). A vivência do luto por perda gestacional na perspectiva do casal: revisão de literatura. In (Vol. 01, pp. 37-48). *Revista Brasileira de Semiótica da Enfermagem*.
Souza, A., & Cavalcanti, F. (2018). Parto Da Mulherem Caso Perda Gestacional. In (Vol. 28, pp. e-1930). *Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba, Parnaíba, MS-Brasil: Revista Médica de Missões Gerais*.
Vecchi, G., Lovatelli, F., & Costa, C. (2023). Compulsione e paratrabalho subsequentes à perda gestacional: revisão sistemática. In (Vol. 23, pp. 103-114). *Sociedade de Psimotricidade Analítica, Grupo de Trabalho de São Paulo: Revista de SPN2023*.

APÊNDICE D: SESSÕES REALIZADAS EM UCSP



APÊNDICE E: RELATO DE CASO CLÍNICO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

- Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia –

- Bloco de partos -

Relato de Caso Clínico

Expulsão de feto papiráceo

Leandro Miguel dos Santos Pereira

N.º 50140

2022 / 2023

ÍNDICE

Introdução	3
1. Método.....	5
2. Desenvolvimento	7
2.1. Fundamentação Teórica	7
2.2. Avaliação das Atividade de Vida Diárias	116
2.3. História Clínica	121
2.4. Processo de Enfermagem	123
3. Discussão	24
4. Conclusão	25
5. Referências Bibliográficas.....	26

INTRODUÇÃO

Componente integrativa do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, lecionado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, no 2º ano, 2º semestre do ano letivo de 2022-2023, o Estágio de Natureza Profissional com Relatório final pressupõe a aquisição de capacidades e competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Como tal, considerou-se pertinente a elaboração de um trabalho de carácter narrativo e reflexivo, em que os dados foram recolhidos durante a prestação de cuidados num período de aprendizagem para aquisição de competências e onde se trabalhou uma situação clínica específica com o intuito de aprofundar saberes sobre a temática seleccionada e assim dar contributos para a melhoria da assistência em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

O trabalho inicia-se com a descrição detalhada do caso, salientando características significativas como sinais, sintomas e características da paciente. Identificaram-se os focos de atenção, elaborou-se um plano de cuidados e fez-se referência ao desfecho das atividades realizadas.

Os relatos de caso clínico têm-se tornado uma abordagem fundamental na prática e pesquisa em enfermagem. Eles oferecem uma oportunidade preciosa para explorar situações clínicas complexas de maneira detalhada, aprofundando a compreensão dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados centrados no paciente, as decisões clínicas e as intervenções apropriadas. Neste estudo, será analisado um cenário clínico específico que envolve uma utente com gravidez gemelar de termo com feto papiráceo que é admitida em início de trabalho de parto.

A prática de enfermagem é intrinsecamente complexa e dinâmica, com enfermeiros a encarar frequentemente desafios que exigem avaliações clínicas precisas, tomada de decisões rápidas e uma abordagem holística para o cuidado ao utente. Os estudos de caso oferecem uma oportunidade única para analisar a aplicação prática de conhecimentos teóricos e habilidades clínicas, abrindo espaço para a exploração de diversos fatores que podem influenciar os resultados clínicos.

Neste caso, a utente foi admitida no serviço de bloco de partos com o diagnóstico médico de gravidez gemelar de termo com feto papiráceo em início de trabalho de parto vs. expulsão de feto papiráceo. Esta foi a situação eleita para a elaboração deste estudo, tendo como

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

condicionantes a admissão e acolhimento da utente realizada por mim, pela especificidade da temática aqui envolvida e por se considerar uma situação clínica que abrange tanto a saúde da mulher durante o período pré-natal como em situação de abortamento, uma vez que é uma competência do EEESMO cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, promovendo a saúde, diagnosticando precocemente, prevenindo complicações, providenciando cuidados e facilitando a sua adaptação durante o período pré -natal e em situação de abortamento. (OE, Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, 2019).

De forma a manter a privacidade da utente, a sua identidade foi ocultada, sendo-lhe atribuído um nome fictício assim como as datas do período de internamento, de acordo com o Artigo 106º do Código Deontológico do Enfermeiro que determina o dever do sigilo profissional, pelo que deve ser mantido “o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (Lei nº 156/2015 de 16 de setembro de 2015). Posteriormente será desenvolvida uma fundamentação teórica sobre o tema escolhido, apresentada a história clínica da utente e o processo de enfermagem que será elaborado de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), terminando com uma breve conclusão sobre o estudo desenvolvido.

Com a elaboração deste trabalho pretende-se aprofundar e adquirir conhecimentos sobre a gravidez com feto papiráceo, acompanhar a evolução clínica da utente após ser estipulado o diagnóstico médico, verificar quais os protocolos adotados nesta situação e perceber qual a importância do papel do EEESMO perante esta situação clínica.

1. MÉTODO

Método de pesquisa estruturada com elevada utilização na área de Enfermagem. Este tipo de estudo focaliza-se em fenómenos complexos e permite o estudo intenso e pormenorizado, associando sempre fontes de evidência científica, para melhor compreensão e credibilidade dos factos (Andrade, et al., 2017).

O presente trabalho representa um estudo de caso, relativo a uma utente de 38 anos de idade que foi admitida no Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia – Bloco de Partos - no dia 11 de maio de 2023 com o diagnóstico de gravidez gemelar de termo com feto papiráceo em início de trabalho de parto, com o objetivo intrínseco de expulsão de feto papiráceo.

Os dados expostos no presente estudo foram recolhidos através da observação direta da utente, de uma entrevista direta à mesma, a qual se denomina, na área de enfermagem, de avaliação inicial e, a partir da consulta do processo clínico informatizado. Toda esta informação foi recolhida de forma confidencial, salvaguardando a privacidade da doente.

O estudo segue as orientações da Case Report (David S Riley, 2017), sendo que a avaliação da pessoa teve por base o Modelo teórico de enfermagem da avaliação das necessidades de vida diárias de Virgínia Henderson e o plano de cuidados de enfermagem foi estabelecido de acordo com a classificação CIPE (OE, 2019).

Este estudo de caso é relativo à Sr.^a A., que se dirigiu ao Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) no dia 11 de maio de 2023. Mulher de 40 anos, grávida 4 para 3, índice obstétrico 2.1.0.3, com uma idade gestacional de 38 semanas e 2 dias com conceção espontânea com queixas de dores abdominais rítmicas de 7 em 7 minutos durante 1 dia. Teve dois partos eutócicos anteriores e 1 cesariana entre eles em contexto de emergência por patologia materna às 24 semanas. Último parto em 2015. Esta gravidez só foi iniciada a sua vigilância a partir das 18 semanas, tendo perfazido um total de 9 consultas. A ecografia realizada indicava uma gravidez intrauterina gemelar com ecoanatomia dificultadas pela obesidade mórbida. Placenta aparentemente única, anterior de grau II, e membrana que os separa muito fina. O 1º Feto apresentava uma biometria fetal compatível com 17 semanas, mas em morte fetal com edema generalizado do tecido celular subcutâneo. O 2º Feto compatível com 19 semanas. Líquido Amniótico normal.

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

Foi efetuado o exame físico que revelou um bom estado geral, parâmetros vitais estáveis, hidratada, com boa perfusão cutânea, mucosas coradas. O abdómen revelou que o útero tinha tamanho compatível com gravidez de termo e apresentação cefálica e contrações uterinas (1–2/10 minutos por 20 segundos), com a FCF de 136 bpm. O exame vaginal indicava um colo intermédio, com 3cm de dilatação e 80% de apagamento no momento de admissão. Bolsa de águas íntegra.

Foi decidido internamento da utente. Esta é de raça negra e nacionalidade cabo-verdiana. Como antecedentes pessoais possui obesidade e familiares a mãe com Diabetes Mellitus II. Como antecedentes cirúrgicos tem uma cesariana anterior em 2005. Não possui alergias a medicamentos e/ou alimentos nem intolerâncias. Exames laboratoriais em dia e dentro dos parâmetros de referência. Serologias CMV e HCV é que se encontram em falta.

Após ter sido acolhida no Bloco de Partos, as necessidades da utente foram identificadas e posteriormente foi elaborado o plano de cuidados de enfermagem no sistema informatizado SClínico, constituído pelos diagnósticos de enfermagem, as intervenções de enfermagem associadas aos mesmos e as atitudes terapêuticas.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Fundamentação Teórica

A gravidez gemelar consiste na presença de dois ou mais fetos por gestação, dentro ou fora do útero. A prevalência da gestação múltipla espontânea é aproximadamente de 1-2%, porém com uma elevação para 3-4%, decorrente do aumento da idade materna e da utilização de técnicas de reprodução medicamente assistidas (Caçapava et al., 2021)

O uso de técnicas de reprodução assistida, certas condições intrauterinas como a inserção velamentosa do cordão, insuficiência placentar ou síndrome de transfusão feto-fetal coabitam na lista de fatores com maior predominância numa gravidez gemelar em comparação com uma gravidez única (Srinidhi; Jajoo, 2023).

Adicionado a isso, existe uma maior incidência de complicações maternas relacionadas a transtornos hipertensivos, diabetes gestacional, parto instrumentado, hemorragia pós-parto e morte materna e perinatal (Fernandes; Ramalho, 2019).

Para um pré-natal com um desfecho positivo, a corionicidade é preponderante. Os gémeos podem ser monozigóticos ou dizigóticos, resultado da fertilização de um espermatozoide com um óvulo ou dois espermatozoides com dois óvulos, respetivamente. Em gémeos monozigóticos a placentação pode ser monocoriónica ou dicoriónica (Caçapava et al., 2021).

A corionicidade da gravidez é um dos principais indicadores em relação à presença de malformações vasculares, isto porque gémeos monocoriónicos – que compartilham uma placenta – tem uma probabilidade grande de complicações, justamente pela presença de anastomoses arteriovenosas na placenta única (Gandolf et al., 2022).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) o óbito fetal é definido e distinguido consoante os períodos de gestação, sendo o óbito fetal precoce aquele que ocorre antes das 20 semanas de gestação, o intermédio entre 20 e 27 semanas de gestação e o óbito tardio aquele que ocorre após a 28^a semana de gestação, tendo ainda sido associado como fator de maior risco materno e fetal a gravidez gemelar em comparação com a gravidez única (Acuña et al., 2022).

Relativamente à gravidez gemelar, quando um dos fetos morre o líquido amniótico e o conteúdo de líquido fetal são absorvidos e este embrião é comprimido entre o feto vivo e a parede do útero, resultando num feto mumificado, plano e seco, que se assemelha a um pedaço

de papel (daí o termo "feto papyraceus", que significa "feto de papel" em latim). Esse feto mumificado é frequentemente mais fino do que o feto sobrevivente e pode ser detetado por meio de ultrassonografia (Giti et al., 2022).

Tanto os gémeos uniovulares/monozigóticos quanto os biovulares/dizigóticos podem ter um feto com características papiráceas. Devido à prevalência de conexões vasculares (85–98%) a morte intrauterina é três vezes mais comum nos gémeos monozigóticos (gémeos “verdadeiros”) (Purnima et al., 2023).

A morte de um dos fetos no segundo ou terceiro trimestre pode representar mais riscos para a mãe e o outro gémeo. Como resultado da retenção de um feto morto, podem surgir complicações maternas como parto prematuro, coagulopatia de consumo, distocia do parto e sépsis. Relativamente ao feto sobrevivente as complicações incluem malformações congênitas, restrição do crescimento intrauterino, prematuridade e morte. As malformações surgem devido, principalmente, por trombos e outros fatores de coagulação libertados pelo feto morto e que acabam por embolizar o feto vivo, produzindo oclusão vascular. Se o feto for absorvido completamente no primeiro trimestre, geralmente não há mais complicações para a gravidez (Giti et al., 2022).

É importante ressaltar que o feto papyraceus é um evento raro e muitas vezes ocorre sem causar complicações significativas para o feto sobrevivente ou para a mãe. No entanto, o acompanhamento médico é fundamental para monitorizar o desenvolvimento e a saúde do feto sobrevivente e garantir que não haja complicações adicionais.



Figura 1 - Expulsão de Feto Papiráceo Figura 23 - Feto Papiráceo

O luto após a perda de um gémeo, consequência materna prevalente em todas as gestações com desfechos negativos, provoca impacto durante toda a vida do casal (Caçapava et al. 2021).

Consiste numa transição psicossocial, englobando aspetos sociais, cognitivos e comportamentais, na medida em que, diante de uma perda significativa, é necessário submeter-

se a mudanças, adquirindo novos papéis, assumindo uma nova identidade e construindo recursos para lidar com esta adversidade (Caçapava et al. 2021; Tenório et., 2019).

Richards J, et al. (2015) relata a tentativa dos profissionais de saúde em mudar o foco da experiência traumática dos pais para o cuidado e para a concentração no feto vivo, porém estão a propiciar um adiamento do luto.

Torna-se fundamental serviços de apoio psicológico para lidar com as necessidades complexas que acometem os pais que vivenciam uma perda gestacional e um profissional capacitado para lidar com esta situação (Richards et., 2015).

2.2. Avaliação das Atividade de Vida Diárias

A teoria de Virgínia Henderson, conhecida como "A Teoria das Necessidades Básicas de Henderson", é uma das bases fundamentais da enfermagem moderna. Desenvolvida na década de 1950, essa teoria enfoca a enfermagem como uma prática que visa ajudar os indivíduos a alcançarem independência e bem-estar, atendendo às suas necessidades básicas. Henderson acreditava que a função principal do enfermeiro é ajudar os pacientes a realizarem atividades que eles não podem fazer sozinhos devido a problemas de saúde. Enfatiza que a enfermagem não deve apenas tratar doenças, mas também ajudar o paciente a manter um ambiente que promova a saúde (Henderson, 1978).

Henderson definiu enfermagem como o auxílio ao indivíduo, enferme ou não, na execução de atividades que contribuam para a saúde, para a recuperação de doença ou para uma morte pacífica que ele realizaria sem ajuda se tivesse o necessário para a sua concretização (Ahtisham; Jacoline, 2015).

Ela enfatizou que os enfermeiros têm o papel de serem substitutos temporários quando os pacientes não conseguem cuidar de si mesmos. Ela promoveu a ideia de que o enfermeiro deve trabalhar para ajudar o paciente a atingir a independência. Isso significa que o enfermeiro deve capacitar o paciente a retomar o controle sobre suas atividades diárias, sempre que possível, ao invés de criar dependência contínua dos cuidados de enfermagem (Henderson, 1978).

A teoria de Henderson identifica 14 categorias de necessidades básicas, sendo as primeiras nove componentes fisiológicas. A décima e a décima quarta são componentes psicológicas da comunicação e da aprendizagem. O décimo primeiro componente é espiritual e moral. O

décimo segundo e décimo terceiro componentes são sociologicamente orientados para as atividades ocupacionais e recreativas (Jorge, 2011; Meleis, 2007 cit. Por Ahtisham; Jacoline, 2015)

Ela acreditava que o enfermeiro deve ajudar o paciente a satisfazer essas necessidades para alcançar o equilíbrio e a saúde. Reconhece a importância de considerar o paciente como um ser holístico, ou seja, como uma pessoa única com uma combinação de necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais.

A teoria de Virgínia Henderson teve um impacto significativo na enfermagem, influenciando a prática clínica e o desenvolvimento de outros modelos de cuidado. Ela enfatizou o papel fundamental dos enfermeiros em promover a independência e ajudar os pacientes a atenderem suas necessidades básicas para alcançar uma saúde ótima.

Posto isto, com o intuito de ir de acordo com as recomendações do International Council of Nurses (ICN) e da Ordem dos Enfermeiros para o uso de uma linguagem comum a todos os enfermeiros, a definição de cada uma das 14 necessidades fundamentais de Virgínia Henderson foi realizada de acordo com a linguagem CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, como se pode constatar nos seguintes quadros.

Tabela 1- Avaliação das atividades de vida diárias pelo modelo teórico de Virgínia Henderson

<i>Necessidade Fundamental</i>	<i>Definição segundo a CIPE ® 2.0 (Versão 2018)</i>
<i>1. Respirar</i>	
<i>Processo do Sistema Respiratório (CIPE ®)</i>	Processo Corporal: Processo contínuo de troca molecular de oxigénio e dióxido de carbono dos pulmões para oxidação celular, regulada pelos centros cerebrais da respiração, recetores brônquicos e aórticos bem como por um mecanismo de difusão.
<i>Perfusão dos tecidos (CIPE ®)</i>	Processo Vascular: Movimento do sangue através dos tecidos periféricos para fornecimento de oxigénio, líquidos e nutrientes ao nível celular, associado à temperatura e cor da pele, à diminuição do pulso arterial, a alterações na pressão sanguínea arterial, à cicatrização de feridas e ao crescimento dos pêlos
<i>Utente eupneica, respiração predominantemente torácica, profunda e simétrica, com cerca de 17 ciclos respiratórios por minuto. Sem sinais de síndrome de dificuldade respiratória. Parâmetros vitais estáveis.</i>	

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

<p>2. <i>Beber e Comer</i></p> <p><i>Beber ou Comer (CIPE ®)</i></p>	<p>Comer ou Beber: Ingerir líquidos durante as refeições e durante o dia, ou quando se tem sede</p>
<p><i>Utente independente possui uma alimentação variada, sem conhecimento de intolerâncias e/ou alergias. Refere não fazer qualquer tipo de restrições. Hidrata-se com frequência, ingerindo cerca de 1,5 L de água por dia. Possui um Índice de massa corporal (IMC): 41,23 kg/m², com peso atual, porém um IMC de 34,8 kg/m² considerando o peso pré-gravídico, valor correspondente a obesidade.</i></p>	
<p>3. <i>Eliminar</i></p> <p><i>Eliminação (CIPE ®)</i></p>	<p>Processo Corporal: Movimento e excreção de resíduos corporais</p>
<p><i>Utente independente no autocuidado do uso do sanitário. Urina frequentemente, urina límpida, clara. Não verbaliza desconforto e/ou dificuldades. Tem dejeções diárias de fezes moldadas, de cor castanha em moderada quantidade. Última dejeção a ser no próprio dia da admissão.</i></p>	
<p>4. <i>Mover-se e manter uma boa postura</i></p> <p><i>Andar (CIPE ®)</i></p>	<p>Mobilizar-se: Movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo, capacidade para sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz, com velocidades que vão do lento ao moderado ou rápido. Andar, subir e descer escadas e rampas</p>
<p><i>A utente deambula com frequência pelo corredor do serviço, sendo que alterna com períodos de repouso no leito. Segundo a Escala Numérica da Dor, a doente classifica a sua dor no nível 5. Segundo a Escala de Braden, não possui risco para desenvolvimento de úlceras por pressão (UPP) com score=22. Segundo a Escala de Morse, não possui risco de queda com score=0</i></p>	
<p>5. <i>Dormir e repousar</i></p> <p><i>Repouso (CIPE ®)</i></p> <p><i>Sono (CIPE ®)</i></p>	<p>Processo Corporal: Redução recorrente da atividade corporal permanecendo acordado e consciente, posição imóvel enquanto acordado e consciente.</p> <p>Redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída, mas prontamente reversível a estímulos externos.</p>
<p><i>Utente com sono intermitente, porém reparador, 6/7h noturnas desfasadas. Utiliza os vários momentos do dia para descansar e repor energias.</i></p>	

<p>6. <i>Vestir-se e Despir-se</i></p>	<p>Trocar de Roupa: Escolher e ir buscar a roupa, vestir, abotoar e apertar os fechos tanto na parte superior como inferior do corpo, usar os fechos, peúgas, meias e calçado, como por exemplo sapatos.</p>
<p><i>Vestir (CIPE ®)</i></p>	
<p><i>Despir (CIPE ®)</i></p>	<p>Trocar de Roupa: Retirar as roupas, desabotoando-as, desapertando-as e abrindo os fechos, tanto na parte superior como inferior do corpo, tirar as peúgas, meias e calçado; dobrar, pendurar e arrumar as roupas na gaveta ou armário.</p>
<p><i>Utente independente no autocuidado: vestuário. Refere maior dificuldade no acesso aos membros inferiores para colocar as meias ou calçado fechado, tendo optado pelo uso de chinelo ou sandália.</i></p>	
<p>7. <i>Manter a temperatura do corpo dentro dos parâmetros normais</i></p>	<p>Temperatura: Calor interno do corpo, relacionado com o metabolismo corporal.</p>
<p><i>Temperatura Corporal (CIPE ®)</i></p>	
<p><i>Utente apirética, com temperatura timpânica de 36,7°C. Manifesta ser capaz de reconhecer a sensação de frio e de calor, adequando o seu vestuário consoante a necessidade climática.</i></p>	
<p>8. <i>Estar limpo e cuidado, e proteger os seus tegumentos</i></p>	<p>Executar: Dar banho, mudar de roupa, levantar da cama, associado a padrão cultural e nível socioeconómico.</p>
<p><i>Cuidar da Higiene (CIPE ®)</i></p>	
<p><i>Pele (CIPE ®)</i></p>	<p>Componente do Sistema Tegumentar: Superfície natural mais externa do corpo, robusta e flexível, com funções relacionadas com a elasticidade, textura e espessura, no sentido de manter a camada queratinizada intacta, hidratada, macia e com temperatura adequada.</p>
<p><i>A pessoa higieniza-se, autonomamente, todas as manhãs na casa-de-banho. Higiene oral e corporal cuidada. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Sem lesões ou soluções de continuidade. Apresenta ligeiro edema dos membros inferiores.</i></p>	
<p>9. <i>Evitar os perigos</i></p>	<p>Status: Resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos, mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior.</p>
<p><i>Consciência (CIPE ®)</i></p>	
<p><i>Proteger (CIPE ®)</i></p>	<p>Prevenir: Manter alguém ou alguma coisa a salvo, ou tomar precauções face a alguma coisa</p>

Utente consciente e orientada no tempo, no espaço e na pessoa. Calma e colaborante. Cautelosa na deambulação devido á dor abdominal resultante das contrações uterinas.

<p>10. <i>Comunicar com os seus semelhantes (e assumir a sua sexualidade)</i></p> <p><i>Comunicação (CIPE ®)</i></p> <p><i>Contactar (CIPE ®)</i></p> <p><i>Relacionar (CIPE ®)</i></p>	<p>Comportamento Interativo: Dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados</p> <p>Relacionar: Entrar em comunicação com os outros, com o intuito de obter informações, estabelecer relações e trabalhar em rede.</p> <p>Atender: Estabelecer ou manter ligações com um ou mais indivíduos, interagir.</p>
---	---

A comunicação verbal com a utente é realizada em português, tendo em conta a nacionalidade cabo-verdiana. O discurso verbal é coerente e organizado. Manifesta estar ansiosa com a expulsão do feto papiráceo. Não tem pessoa significativa a acompanhar o trabalho de parto e parto por questões laborais. Foi aplicada a comunicação não verbal, através do toque terapêutico e escuta ativa.

<p>11. <i>Agir segundo as suas crenças e os seus valores</i></p> <p><i>Crença (CIPE ®)</i></p> <p><i>Valores (CIPE ®)</i></p>	<p>Atitude: Opiniões, convicções e fé.</p> <p>Crença: Disposições para manter ou abandonar ações tendo em conta a opinião própria sobre o que é bom e mau.</p>
---	--

Utente de raça negra e católica praticante. Não demonstrou disponibilidade em abordar a temática da morte, porém elucidou relativamente ao processo de luto, onde o facto de ainda gerar um dos produtos de conceção serviu de pilar fundamental para o seu bem-estar. Não tem plano de parto. Não pretende visualizar o feto papiráceo no momento da sua expulsão. Tenciona contacto pele-a-pele imediato com o recém-nascido e retardar as rotinas institucionais.

<p>12. <i>Ocupar-se com vista a realizar-se</i></p>	<p>Saúde: Imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência.</p>
<p><i>Bem-estar (CIPE ®)</i></p>	
<p><i>Papel (CIPE ®)</i></p>	<p>Característica: interagir de acordo com um conjunto implícito ou explícito de expectativas; regras e normas de comportamento esperadas por terceiros.</p>
<p><i>Sendo uma gravidez gemelar onde culminará no nascimento de um bebé transmite à utente a calma e reconforta-a, sendo observado também uma facilidade de comunicação entre a utente e a equipa multidisciplinar.</i></p>	
<p>13. <i>Divertir-se</i></p>	<p>Divertir: encarregar-se de encontrar atividades com o objetivo de se entreter, recrear, estimular e relaxar.</p>
<p><i>Divertir-se (CIPE ®)</i></p>	
<p><i>Utente assegurou-se que tinha na sua posse o seu telemóvel onde o utilizou para se abstrair, entreter e relaxar.</i></p>	
<p>14. <i>Aprender</i></p>	<p>Pensar: processo de adquirir conhecimentos ou competências por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência.</p>
<p><i>Aprendizagem (CIPE ®)</i></p>	
<p><i>Manifestou interesse em saber quais as possíveis causas que levaram ao desfecho do feto papiráceo, as repercussões para o recém-nascido e para futuras gravidezes. Foi esclarecida pela equipa multidisciplinar.</i></p>	

2.3 História Clínica

Motivo de admissão: Início de Trabalho de Parto vs. Expulsão de feto Papiráceo

- Diagnóstico médico: Gravidez gemelar de termo com feto papiráceo desde as 17 semanas
- Antecedentes pessoais: Obesidade
- Antecedentes cirúrgicos: Cesariana em 2005 (HTA Gestacional com Parto Pré-termo às 24 semanas)
- Alergias: Desconhece
- Hábitos: Sem hábitos alcoólicos, tabágicos e/ou outras drogas
- Antecedentes familiares: Mãe com Diabetes Mellitus tipo II

Exame Físico:

- Peso: 115 kg (Atual); 97kg (Prévio à concepção)
- Altura: 167 cm
- IMC: 41,23 kg/m²

Sinais vitais no momento da admissão:

- TA: 125/74mmHg (Membro Superior Direito)
- FC: 79 bat/min
- TC: 36,7°C (Timpânica)
- Dor: 5 - Escala numérica da dor (DGS, 2003)
- FR – 17 ciclos respiratórios por minuto

Dados mensuráveis na admissão:

SpO₂ – 99%
Glicemia capilar – 102mg/dl

Antecedentes Obstétricos:

Idade – 40 Anos

Índice Obstétrico – 2 1 0 3

- 2000 - Parto Eutócico em Cabo Verde (RN masculino; +/- 2500gr)
- 2005 - CST nos EUA (24 semanas por HTA Gestacional)
- 2015 - Parto Eutócico em Cabo Verde (RN feminino; +/- 3100gr)

Idade Gestacional – 38 semanas e 2 dias

Seguimento De Gravidez – Vigida a partir das 18 semanas (9 consultas)

Tabela 2 – Exames Laboratoriais

Exames Laboratoriais

<i>Grupo Sanguíneo</i>	A
<i>Fator Rhesus</i>	Positivo
<i>Coombs Direto</i>	Negativo
<i>Prova de tolerância Glicose Oral (PTGO)</i>	72/121/120 (Negativo)
<i>Hemoglobina</i>	13,9 g/dl
<i>Leucócitos</i>	9,8/mm ³
<i>Plaquetas</i>	297 000/mm ³
<i>INR</i>	1,0

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

<i>TSH</i>	2,5 mU/L
<i>Creatinina</i>	16 mg/kg
<i>Ácido Úrico</i>	5,0 mg/dl
<i>Rubéola</i>	Imune
<i>Toxoplasmose</i>	Não Imune
<i>Antigénio Hbs</i>	Negativo
<i>VDRL</i>	Negativo
<i>HIV</i>	Negativo
<i>CMV</i>	Sem pesquisa
<i>HCV</i>	Sem pesquisa
<i>Streptococcus B</i>	Negativo

Ecografias

Ecografia – Gravidez Intrauterina gemelar com ecoanatomia dificultadas pela obesidade mórbida. Placenta aparentemente única e membrana que os separa muito fina.

1º Feto – Biometria fetal compatível com 17 semanas. Morte fetal com edema generalizado do tecido celular subcutâneo.

2º Feto - Compatível com 19 semanas. Placenta anterior grau II. LA normal.

Exame Vaginal

Colo intermédio, com 3cm de dilatação e 80% de apagamento no momento de admissão. Bolsa de águas íntegra.

2.4 Processo de Enfermagem

O desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem para utentes que passaram por uma perda gestacional requer uma abordagem sensível, empática e centrada na pessoa. É baseado no respeito e no compromisso de fornecer um cuidado completo e holístico. Isso não ajuda apenas na recuperação física, mas também no processo de cura emocional.

Posto isto foi realizada uma reflexão prévia sobre os critérios que devem ser considerados perante esta situação clínica (Bertolani; Oliveira, 2010; Strefling et al., 2015; Silva et al. 2020).

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

1. **Abordagem centrada na pessoa:** Cada paciente é única e as suas necessidades emocionais, físicas e psicológicas devem ser levadas em consideração ao desenvolver um plano de cuidados. É imprescindível ouvir a utente, compreender o seu estado emocional e preocupações e adaptar o plano de cuidados de acordo com as necessidades verificadas.
2. **Apoio emocional:** O aborto pode ser uma experiência emocionalmente difícil e traumática para muitas mulheres. O plano de cuidados deve incluir suporte emocional, oferecendo um ambiente seguro para a utente expressar os seus sentimentos e oferecendo aconselhamento, se necessário.
3. **Monitorização:** É importante a avaliação de sinais de complicações, controlo de perdas sanguíneas e observação de possíveis focos de infeção.
4. **Educação e informação:** Fornecer informações detalhadas sobre o processo de recuperação pós-aborto, incluindo o que esperar em termos de sangramento, dor e possíveis complicações, é fundamental para ajudar a utente a se sentir preparada.
5. **Prevenção de complicações:** O plano de cuidados deve incluir orientações sobre como prevenir complicações, como infeções, e orientações sobre quando procurar assistência médica adicional.
6. **Planeamento de contraceção:** Discutir opções contraceptivas juntamente com a equipa médica e auxiliar a utente na escolha de um método adequado para o seu caso, evitando futuras gestações indesejadas.
7. **Encaminhamento para suporte psicológico:** Algumas mulheres podem precisar de suporte psicológico adicional para lidar com a experiência do aborto.
8. **Apoio familiar:** Envolver a família, se desejar, pode ser benéfico. No entanto, é importante respeitar a privacidade e as escolhas da paciente sobre quem ela deseja envolver.
9. **Respeito às crenças e valores:** O plano de cuidados deve ser desenvolvido levando em consideração as crenças religiosas e os valores da utente, garantindo que o cuidado seja prestado de maneira respeitosa e culturalmente sensível.

Comportamentos do Casal e do Profissional perante a Perda Gestacional

Tendo em consideração todos os dados descritos anteriormente e, para que seja de melhor compreensão, encontram-se descritos na tabela abaixo os principais diagnósticos de enfermagem: 1- **Ansiedade (10000477)**; 2- **Dor de período de dilatação cervical (10004136)**; 3- **Falta de conhecimento sobre gravidez (10045647)**; 4 **Luto (10022345)**.

Tabela 3 - Processo de Enfermagem (OE, 2019)

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Atividades de Enfermagem	Avaliação
Ansiedade (10000477)	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade reduzida (10027858) 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar ansiedade (10041745) • Gerir ansiedade (10031711) • Avaliar comportamento (10046790) • Providenciar apoio emocional (10027051) 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o nível de ansiedade do paciente usando escalas de avaliação apropriadas. • Fornecer informações sobre a ansiedade, suas causas e sintomas. • Acompanhar as mudanças no padrão de sono, apetite e comportamento. • Sugerir técnicas de relaxamento e respiração para ajudar o paciente a reduzir a ansiedade e o estresse. • Indicar atividades terapêuticas, como escrita, arte ou música, para auxiliar no processo de expressão emocional. 	A utente manifestou-se ansiosa com a expulsão do feto papiráceo e o facto de não ter pessoa significativa a acompanhar o trabalho de parto e parto por questões laborais, por isso foi utilizando o telemóvel para manter ligação com o exterior e abstrair, colocando sons que lhe proporcionavam bem-estar e tranquilidade.

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

<p>Dor de período de dilatação cervical (10004136)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dor reduzida (10027917) • Sem dor (10029008) 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar dor (10026119) • Monitorizar dor (10038929) • Avaliar conhecimento sobre dor (10039104) • Ensinar sobre a dor (10039115) • Ensinar sobre gestão da dor (10019489) • Administrar medicação para a dor (10023084) 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar escalas de avaliação da dor para compreender a intensidade da dor da paciente. • Registrar as queixas de dor da utente e quaisquer fatores que possam afetar a experiência da dor. • Explicar à utente o processo de dilatação cervical e os diferentes estadios do trabalho de parto. • Educar sobre as expectativas da dor durante a dilatação cervical, incluindo suas causas e possíveis formas de alívio. • Ensinar técnicas de respiração e relaxamento para ajudar a paciente a lidar com a dor. • Incentivar mudanças de posição e movimentação durante o trabalho de parto, o que pode aliviar a pressão e o desconforto. • Demonstrar técnicas de massagem suave e compressas quentes para 	<p>A dor manifestada pela utente era avaliada sempre que necessário e ao longo de todo o período de estadia no serviço. Houve necessidade de colaboração com a equipa multidisciplinar para promover a colocação de cateter epidural para analgesia em perfusão. Até à colocação foi promovido um maior controlo e menor perceção da intensidade da dor com as técnicas de respiração e relaxamento e após a colocação foi diminuindo consideravelmente de intensidade, promovendo o aumento do seu conforto.</p>
--	---	--	---	---

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

			<p>relaxar os músculos tensos e reduzir a dor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer apoio emocional e encorajamento constante para aumentar o conforto da paciente. • Coordenar com a equipa médica para a administração de analgesia, consoante desejo da utente e se for apropriado. • Monitorizar a resposta da utente à analgesia e relatar quaisquer efeitos colaterais ou complicações. • Oferecer incentivo e elogio à paciente à medida que ela progride no trabalho de parto. 	
<p>Falta de conhecimento sobre gravidez (10045647)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento adequado (10027112) 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento (10033882) • Ensinar sobre gravidez (10045079) • Ensinar sobre desenvolvimento fetal (10045469) 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os tópicos específicos sobre gravidez que a utente possui falta de conhecimento. • Fornecer informações detalhadas sobre o processo de gravidez, incluindo alterações corporais, desenvolvimento fetal e cuidados pré-natais. 	<p>No momento de admissão, a utente não possuía qualquer conhecimento relativamente ao feto papiráceo e se teria cuidados específicos para o nado vivo e por essa razão sentia-se ansiosa e receosa.</p>

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

			<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer mitos comuns sobre gravidez e fornecer informações baseadas em evidências. 	<p>Manifestou interesse em saber quais as possíveis causas que levaram ao desfecho do feto papiráceo, as repercussões para o recém-nascido e para futuras gravidezes. Foi esclarecida pela equipa multidisciplinar.</p>
Luto (10008516)	<ul style="list-style-type: none"> • Luto (10022345) 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar luto (10026103) • Apoiar processo de luto (10026489) • Facilitar luto (10035958) • Providenciar apoio emocional (10027051) 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar as mudanças no estado emocional do paciente ao longo do tempo e identificar possíveis complicações. • Identificar possíveis sintomas físicos relacionados ao luto. • Oferecer um ambiente seguro e acolhedor para que o paciente possa expressar suas emoções e sentimentos relacionados ao luto. • Fornecer orientação sobre reações normais ao luto e validar os sentimentos da utente 	<p>O facto de ainda gerar um dos produtos de conceção serviu de pilar fundamental para o seu bem-estar. Não pretende visualizar o feto papiráceo no momento da sua expulsão. Tenciona contacto pele-a-pele imediato com o recém-nascido e retardar as rotinas institucionais. Foram respeitadas as suas ideologias e propiciado um ambiente calmo.</p>

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

			<ul style="list-style-type: none">• Realizar terapia de escuta ativa, demonstrando empatia e compreensão.• Explicar os estágios do processo de luto e ajudar o paciente a compreender suas próprias reações.• Ensinar estratégias de autocuidado para lidar com o stress emocional durante o luto.	Sendo uma gravidez gemelar onde culminará no nascimento de um bebé transmite à utente a calma e reconforta-a, sendo observado também uma facilidade de comunicação entre a utente e a equipa multidisciplinar.
--	--	--	--	--

3. DISCUSSÃO

O estudo aqui elaborado representa uma situação clínica específica relativa a uma utente com gravidez de termo gemelar monocoriónica, biamniótica em início de trabalho de parto, porém com feto papiráceo. Esta foi internada no serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia – Bloco de Partos – cuja finalidade apresentava ser a expulsão do feto papiráceo e o término da gravidez com o nascimento do feto vivo.

A recuperação/ pós-parto de uma mulher que experienciava uma situação como a descrita anteriormente tem que ser abordada de uma forma mais ampla e simultaneamente profunda, pois têm que ser tidos em conta os aspetos biopsicossociais da utente tanto pelo evento positivo retratado pelo nascimento de um filho como pela perda gestacional, de uma gravidez conscientemente desejada e planeada, de um feto que até então era esperado ansiosamente, pois estão descritas as implicações que uma perda tem para os mecanismos funcionais do corpo (Lupepsa; Azevedo, 2021).

Uma assistência humanizada é baseada nas necessidades humanas das pessoas assistidas, confirmando a pertinência da utilização do modelo teórico de Virgínia Henderson para adequação do cuidado e fio guia de um acolhimento personalizado e integral. O profissional de saúde, de acordo com o código deontológico, deve basear o cuidado nos direitos constitucionais da pessoa, destituindo-se de julgamentos arbitrários, respeitando a integridade da pessoa e abstraindo-se das suas convicções pessoais (Lei nº 156/2015 de 16 de setembro de 2015; Lupepsa; Azevedo, 2021; Oliveira; Nunes; Santos, 2023).

De acordo com as indicações médicas, em termos de recuperação física e psicológica relativamente a utente beneficiava de uma investigação do estado emocional por volta das seis semanas pós-parto e o benefício na integração no seio familiar e na comunidade. Manter o alerta para perdas de sangue aumentadas, tensão arterial elevada ou sinais possíveis de infeção. Deve iniciar a prática de exercícios físicos de baixa intensidade, manter uma alimentação saudável e a retomar a sua atividade sexual assim que se sentir confortável e preparada para tal, tendo em consideração que o médico não aconselha uma gravidez nos próximos 6 meses. Avisada da possibilidade de dispareunia nas primeiras semanas e da utilização de lubrificantes à base de água. Aconselhada sobre o intervalo entre duas gestações com discussão sobre as opções de anticoncecionais (Baratieri et, al, 2019)

4. CONCLUSÃO

O presente estudo de caso abordou a questão sensível da saúde materna face à perda gestacional. Durante a análise deste caso, foi possível compreender a complexidade física, emocional e ética que envolve essa situação. As descobertas destacaram a importância da abordagem compassiva e centrada na mulher por parte dos profissionais de enfermagem e de saúde, reconhecendo as necessidades individuais e fornecendo informações claras e precisas, promovendo o conforto e bem-estar.

Através da análise do caso, ficou evidente que a perda pode ter implicações significativas para a saúde emocional e física das mulheres. Portanto, é crucial que os profissionais de saúde materna estejam bem preparados para oferecer apoio psicológico adequado, bem como orientações sobre opções disponíveis e os possíveis procedimentos. A comunicação empática desempenha um papel crucial nesse processo, permitindo que as mulheres expressem as suas preocupações e tomem decisões informadas sobre a sua saúde.

Além disso, os profissionais de enfermagem desempenham um papel vital ao respeitar as crenças e valores das pacientes, ao mesmo tempo em que garantem que a assistência médica seja baseada em evidências científicas sólidas. Uma abordagem multidisciplinar, envolvendo médicos, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais, pode proporcionar uma abordagem holística e abrangente para atender às necessidades das mulheres.

Em última análise, este estudo de caso ressalta a necessidade de um cuidado sensível, respeitoso e abrangente no âmbito da saúde materna e da perda gestacional. A educação contínua dos profissionais de saúde, bem como a consciencialização da sociedade sobre os desafios enfrentados pelas mulheres nessa situação, são elementos-chave para promover uma assistência mais humanizada e eficaz. O foco na autonomia da mulher, na compreensão das circunstâncias individuais e na oferta de apoio empático pode contribuir para uma experiência de cuidado mais positiva e para a promoção da saúde materna de maneira abrangente.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahtisham, Y., & Jacoline, S. (2015). Integrating Nursing Theory and Process into Practice; Virginia's Henderson Need Theory. In (Vol. 8, pp. 443-450). *International Journal of Caring Sciences*.
- Álvarez-Acuña, A. M., López-Álvarez, L. M., Lozada-Martínez, I. D., & Narvaez-Rojas, A. R. (2022). Intraoperative finding of papyraceous twin fetus in pregnant woman without specialized follow-up: A summary of difficulties in accessing prenatal services in low- and middle-income countries. *Int J Surg Case Rep*, 95, 107234. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107234>
- Andrade, S. R., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *SciELO*, 1-12.
- Barateri, T., Soares, L., Kappel, E., Natal, S., & Lacerda, J. (2019). Recomendações para o cuidado pós-parto às mulheres na Atenção Primária: revisão sistemática. In (Vol. 22, pp. 682 - 701). *Rev. APS*.
- Caçapava, D., Medeiros, A., Santos, L., Vieira, M., Souza, N., Silvestre, M., & Mendonça, A. (2021). Complicações materno-fetais em gestações gemelares: uma revisão integrativa. In (Vol. 13). *Revista Eletrônica Acervo Saúde*.
- David S Riley, M. S.-A. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document.
- Fernandes, A., & Ramalho, C. (2019). Indução do parto em gravidezes gemelares vs gravidezes únicas: revisão sistemática. In (Vol. 13, pp. 160-166). *Acta Obstet Ginecol Port*.
- Gandolf, F., Steinmetz, L., Becker, L., Sakai, V., Simões, A., & Magalhães, J. (2022). Síndrome de transfusão feto-fetal: uma revisão narrativa. In *Promoção e Proteção da Saúde da Mulher - ATM 2024/2: Universidade Federal do Rio Grande do Sul*.
- Giti, S., Mahabadi, J., & Nateghi, M. (2022). A case report of papyrus fetus. In (Vol. 7, pp. 25 - 28). *Sarem Journal of Medical Research*.
- Henderson, V. (1978). The concept of nursing. *J Adv Nurs*, 3(2), 113- 130. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1978.tb00837.x>
- Lupepsa, T., & Azevedo, S. (2021). Saúde mental da mulher frente ao aborto espontâneo: uma revisão integrativa. In (Vol. 12, pp. 63-71). *Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA, Três Lagoas*.
- Oliveira, D., Nunes, H., & Santos, C. (2023). Boas Práticas Do Enfermeiro Para O Atendimento De Pacientes Vítimas De Abortamento. In (Vol. 27, pp. 1538-1551). *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, Umuarama*.

- OE. (2015). Lei nº 156/2015. Código Deontológico.
- OE. (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (versão 2018).
- OE. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República, 2.^a série — N.º 85, 13560-13565.
- Richards, J., Graham, R., Embleton, N. D., Campbell, C., & Rankin, J. (2015). Mothers' perspectives on the perinatal loss of a co-twin: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 143. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0579-z>
- Silva, J., Almeida, J., Oliveira, L., & Colaço, E. (2020). Assistência de enfermagem à mulher em risco iminente de abortamento ou aborto efetivo. In (Vol. 9). *Research, Society and Development*.
- Srinidhi, C., & Jajoo, S. (2023). Fetus papyraceous: a rare clinical image. *Pan Afr Med J*, 44, 28. <https://doi.org/10.11604/pamj.2023.44.28.38689>
- Strefling, I., Filho, W., Demori, C., Soares, M., & Santos, C. (2015). Cuidado de enfermagem à mulher em situação de aborto: revisão integrativa. In (Vol. 5, pp. 169-177). *Rev Enferm UFSM*.
- Tenório, P., Avelar, T., & Barros, É. (2019). Molar pregnancy: from dream to grief. In (Vol. 39, pp. 193 - 206). Boletim Academia Paulista de Psicologia, São Paulo, Brasil.
- Upreti, P., Malik, N., Kumar, R., Kumari, O., & Dagar, N. (2023). Fetus Papyraceous in Diamniotic Dichorionic Twins: A Rare Entity. In (Vol. 15): *Journal of South Asian Federation of Obstetrics and Gynaecology*.

APÊNDICE F: TABELAS COM DADOS COLHIDOS DAS UTENTES

N ^o	Idade	Nacionalidade	Idade Gestacional	Paridade	Religião	Gravidez Desejada	Gravidez Planeada	Gravidez Vigida
1	22	Paquistão	21+6	0000	Islão	Sim	Sim	Sim
2	24	Portugal	20+5	0000	Católica	Sim	Sim	Sim
3	19	Brasil	8	0000	Católica	Não	Não	Não
4	29	Angola	5	1011	Ateu	Sim	Sim	Não
5	26	Bangladesh	7	0010	Islão	Não	Não	Não
6	24	Brasil	24+2	1001	Católica	Sim	Não	Sim
7	40	São Tomé e Príncipe	17	2103	Católica	Sim	Sim	Sim
8	31	Portugal	25+3	1001	Católica	Sim	Sim	Sim
9	29	Índia	16	1001	Hindu	Sim	Sim	Não
10	28	Portugal	9+2	1001	Católica	Sim	Não	Não
11	31	Ucrânia	15+3	0000	Ortodoxa	Sim	Sim	Sim
12	26	Moldávia	16+2	1001	Ortodoxa	Sim	Não	Sim
13	22	Portugal	7	1011	Católica	Não	Não	Não
14	25	Roménia	11+2	1011	Ortodoxa	Sim	Sim	Sim
15	24	India	10	0000	Hindu	Sim	Sim	Não
16	36	Portugal	14+2	1021	Católica	Sim	Sim	Sim
17	34	Brasil	13+5	0101	Católica	Não	Não	Não
18	18	Portugal	19+3	1001	Católica	Sim	Não	Sim
19	26	Angola	14	2012	Católica	Sim	Sim	Sim
20	30	Portugal	12+4	1001	Católica	Sim	Sim	Sim
21	42	Portugal	8	0010	Católica	Sim	Sim	Não
22	28	Ucrânia	6	1001	Católica	Não	Não	Não

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

	Tristeza profunda	Choro frequente	Irritabilidade	Sentimentos de culpa	Raiva	Negação	Insónia	Fadiga	Mudanças no apetite	Dificuldades de concentração	Não pretende engravidar tão cedo	Decide tentar engravidar novamente
1	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
2	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO
3	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO
4	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
5	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
6	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
7	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
8	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
9	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
10	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM
11	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
12	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
13	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
14	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
15	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
16	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
17	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
18	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
19	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
20	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
21	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
22	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

APÊNDICE G: TABELA COM DADOS COLHIDOS DOS ACOMPANHANTES

Idade	Nacionalidade	Idade Gestacional	Paridade	Religião	Gravidez Desejada	Gravidez Planeada	Gravidez Vighada	Isolamento emocional	Foco na solução	Desassociação de tristeza	Preocupação com a parceira	Expressão indireta
24	Paquistão	21+6	0000	Islão	Sim	Sim	Sim	Sim	N/Obs	Não	Sim	Sim
24	Portugal	20+5	0000	Católica	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
25	Brasil	24+2	1001	Católica	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
43	São Tomé e Príncipe	17	2103	Católica	Sim	Sim	Sim	Sim	N/Obs	Não	Sim	Não
31	Portugal	25+3	1001	Católica	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
32	Índia	16	1001	Hindu	Sim	Sim	Não	Sim	N/Obs	Não	Sim	Não
31	Ucrânia	15+3	0000	Ortodoxa	Sim	Sim	Sim	Sim	N/Obs	Não	Sim	Não
27	Moldávia	16+2	1001	Ortodoxa	Sim	Não	Sim	Sim	N/Obs	Não	Sim	Não
25	Roménia	11+2	1011	Ortodoxa	Sim	Sim	Sim	Sim	N/Obs	Não	Sim	Não
38	Portugal	14+2	1021	Católica	Sim	Sim	Sim	Sim	N/Obs	Não	Sim	Sim
34	Brasil	13+5	0101	Católica	Não	Não	Não	Sim	N/Obs	Não	Sim	Sim
19	Portugal	19+3	1001	Católica	Sim	Não	Sim	Sim	N/Obs	Não	Sim	Sim
26	Angola	14	2012	Católica	Sim	Sim	Sim	Sim	N/Obs	Não	Sim	Sim

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

APÊNDICE H: TABELA COM DADOS COLHIDOS DOS PROFISSIONAIS

Nº	DADOS DO PROFISSIONAL								DADOS DA MULHER			
	Profissional	Empatia	Comunicação Sensível	Escuta Ativa	Oferta de Informações	Respeito à Privacidade	Sensibilidade à Diversidade	Colaboração Interdisciplinar	Idade	Nacionalidade	Idade Gestacional	Religião
1	Médico	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	22	Paquistão	21+6	Islão
	Enfermeiro	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM				
2	Médico	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	24	Portugal	20+5	Católica
	Médico	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO				
	Enfermeiro	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM				
3	Médico	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	19	Brasil	8+0	Católica
	Enfermeiro	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO				
4	Médico	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	29	Angola	5+0	Ateu
	Enfermeiro	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO				
5	Médico	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	26	Bangladesh	7+0	Islão
	Enfermeiro	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO				
6	Médico	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	24	Brasil	24+2	Católica
	Médico	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM				
	Enfermeiro	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO				
7	Médico	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	40	São Tomé e Príncipe	17+0	Católica
	Médico	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO				
	Enfermeiro	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO				
	Enfermeiro	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO				
8	Médico	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	31	Portugal	25+3	Católica
	Médico	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM				
	Enfermeiro	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM				
9	Médico	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	29	Índia	16+0	Hindu
	Enfermeiro	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO				
10	Médico	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	28	Portugal	9+2	Católica

Comportamentos do casal e do profissional perante a perda gestacional

11	Enfermeiro	SIM	31	Ucrânia	15+3	Ortodoxa						
	Médico	SIM										
12	Enfermeiro	SIM	26	Moldávia	16+2	Ortodoxa						
	Enfermeiro	SIM										
	Médico	SIM										
13	Enfermeiro	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	22	Portugal	7	Católica
	Médico	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO				
14	Enfermeiro	SIM	25	Roménia	11+2	Ortodoxa						
	Médico	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO				
	Enfermeiro	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO				
15	Enfermeiro	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	24	India	10	Hindu
	Médico	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO				
16	Enfermeiro	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	36	Portugal	14+2	Católica
	Médico	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO				
17	Enfermeiro	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	34	Brasil	13+5	Católica
	Médico	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO				
18	Enfermeiro	SIM	18	Portugal	19+3	Católica						
	Médico	SIM										
	Médico	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO				
19	Enfermeiro	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	26	Angola	14	Católica
	Médico	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO				
20	Enfermeiro	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	30	Portugal	12+4	Católica
	Médico	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO				
	Enfermeiro	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO				
21	Enfermeiro	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	42	Portugal	8	Católica
	Médico	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO				
22	Enfermeiro	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	28	Ucrânia	6	Católica
	Médico	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO				

APÊNDICE I: FOLHA DE REGISTO DE ATIVIDADES


UNIVERSIDADE DE ÉVORA
 ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
 SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final
 Ano Letivo 2022 /2023

Nome do Aluno Leandro Miguel dos Santos Pereira N.º 50140

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	199
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	54
• Partos eutócicos (40) -----	0
• Participação activa em partos pélvicos -----	0
• Participação activa em partos gemelares -----	18
• Participação activa noutros partos -----	22
• Episiotomia -----	32
• Episiorrafia / perineorrafia-----	
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)	22
• Gravidez -----	12
• Trabalho de parto -----	31
• Puerpério -----	
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	104
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	110
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	27
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	41

Rubrica Professor
