



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstétrica**
Relatório de Estágio

**Separação Precoce da Díade Mãe-Bebé:
Intervenção do Enfermeiro Obstetra**

Early Mother-Baby Dyad Separation:
Obstetric Nurse Intervention

Maria da Conceição Vieira Lameiras Santos Cardoso

**Lisboa
2025**



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstétrica**
Relatório de Estágio

**Separação Precoce da Díade Mãe-Bebé:
Intervenção do Enfermeiro Obstetra**

Early Mother-Baby Dyad Separation:
Obstetric Nurse Intervention

Maria da Conceição Vieira Lameiras Santos Cardoso

Orientadora: Professora Doutora Maria João Baptista dos Santos
de Freitas



**Lisboa
2025**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Google Slides e PowerPoint (slidesgo.com)

“ A distância é incapaz de separar dois corações que se querem encontrar”

Heverton do Nascimento

Agradecimentos

De enfermeira generalista a enfermeira especialista, que percurso árduo que foi ,mas tão gratificante. Em primeiro lugar agradeço, à Professora orientadora Maria João Freitas, pela orientação, disponibilidade, dedicação, motivação, apoio constante e enorme paciência. Foi um grande privilégio realizar este percurso de mestranda consigo. Ao meu filho Manuel: este projeto foi por ti. Obrigada por me escolheres para ser tua mãe, por me ensinares o verdadeiro significado da palavra “mãe” e por nunca desistires de lutar. Desculpa as ausências ao longo deste percurso, e obrigada pelo amor incondicional e pela compreensão. Ao meu benjamim Miguel, que eras tão pequenino quando iniciei esta aventura, mas que sempre demonstraste amor incondicional e compreensão pelas ausências. O teu colinho sempre me reconfortou quando me vias mais triste e cansada. Ao meu marido José, pelo amor, amizade e companheirismo. Sempre me apoiaste desde o primeiro minuto, estiveste sempre lá, muitas vezes sendo pai e mãe, nunca me deixando desistir, dando-me sempre força e motivação para seguir em frente. Amo-te muito, és o pilar da minha vida. Que sorte tenho em ter-te! Ao meus amigos do coração, que são família, e que sempre estiveram presentes, mesmo nas minhas ausências. Sempre me deram força e ânimo para continuar, sem nunca nada exigir em troca. Aos meus colegas de trabalho, que sempre me incentivaram, e tantas vezes me ajudaram com trocas de turnos. Em especial, aos da “*party people*”, que me mantiveram à tona. Ao David Pinto, por me ter feito embarcar nesta aventura louca, em conjunto com a Inês Pargana. Que presente a vida me deu ao poder ser tua amiga: obrigada por me escutares, apoiares, incentivares, pelos bons conselhos e pelas palavras amigas que me deste para continuar. À minha grupeta do curso, onde juntas rimos, chorámos e sempre nos apoiámos, seguindo sempre em frente, sem deixar ninguém para trás. E por fim, não posso deixar de mencionar, duas das pessoas mais importantes da minha vida: a minha querida avó, que viu o início do meu percurso, mas já não conseguiu vê-lo finalizado. Desculpa não ter estado mais presente... não consegui. Mas sei que, ao lado do avô, estão muito felizes e mega orgulhosos pela neta que criaram. Que sortuda fui em ter-vos na minha vida. Sei que, onde quer que estejam, estão a festejar a minha conquista. A vós também dedico esta vitória, para amenizar um bocadinho a saudade, que não cabe no coração. A todos quantos estiveram envolvidos neste longo percurso, deixo o meu sincero agradecimento.

Lista de Acrónimos e Siglas

ABCF – Auscultação de Batimentos Cardíofetais

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

BAR – Bolsa de Água Rota

BP – Bloco de Partos

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

BSR – Boletim Saúde Reprodutiva

CCEE – Competências Comuns de Enfermeiro Especialista

CCU – Cancro do Colo do Útero

CPN – Cuidados Pré-Natais

CPPP – Curso Preparação para o Parto e Parentalidade

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CST – Cesariana Segmentar Transversa

CTG – Cardiotocografia

DG – Diabetes Gestacional

DGS – Direção Geral de Saúde

DP – Desvio Padrão

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EESMO – Enfermeiro Especialista Saúde Materna e Obstétrica

EPDS – Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

EPS – Educação Para a Saúde

ER- Estágio com Relatório

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HIG – Hipertensão Induzida pela Gravidez

HPV – Vírus Papiloma Humano

IA – Índice de *Apgar*

ICM – *International Confederation of Midwives*

IG – Idade Gestacional

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

ITP – Indução de Trabalho de Parto

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

JBÍ – *Joanna Briggs Institute*

M – *Média*

MESMO – Mestrado Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica

MMF – Medicina Materno fetal

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCC – População, Conceito e Contexto

PF – Planeamento Familiar

PP – Plano de Parto

RABA – Rotura Artificial de Membranas Amnióticas

RCIU – Restrição de Crescimento Intra Uterino

RN – Recém-Nascido

RPM – Rotura Prematura de Membranas

RS – Revisão *Scoping*

RS – Revisão Scoping

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for Social Science*

SV – Sinais Vitais

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UR – Unidade de Registo

WHO – *World Health Organization*

Resumo

O presente trabalho insere-se no Estágio com Relatório do 1.º Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, tendo como objetivo relatar o desenvolvimento de competências do EEESMO. A investigação centrou-se na intervenção do EEESMO junto da puérpera em situação de separação precoce da díade mãe-bebé, uma condição com repercussões relevantes no bem-estar materno e na construção do papel maternal.

A investigação decorreu em duas fases: uma Revisão Scoping, orientada pelas diretrizes do Joanna Briggs Institute, e um estudo empírico descritivo de natureza predominantemente quantitativa. A revisão da literatura permitiu mapear a evidência existente, revelando que a separação precoce provoca sentimentos intensos como medo, culpa, ansiedade, stress e impotência. Identificaram-se como intervenções prioritárias do EEESMO o apoio emocional, psicológico, informativo, comunicacional e tecnológico.

O estudo empírico, realizado entre agosto e setembro de 2024, através de um questionário online, incluiu uma amostra não probabilística de 50 enfermeiros. Os dados quantitativos foram analisados com o SPSS, e os qualitativos segundo a metodologia de Bardin. Os resultados indicaram que os enfermeiros valorizam o apoio emocional, psicológico e a comunicação terapêutica, embora o uso de tecnologias digitais ainda esteja em desenvolvimento. Entre os fatores dificultadores da intervenção destacam-se a escassez de recursos humanos e a estrutura organizacional; como facilitadores, apontam-se a organização dos cuidados, a formação, a comunicação, o vínculo mãe-bebé e o uso de tecnologias.

O estudo empírico, revelou ainda três achados inovadores não identificados na revisão: a promoção da vinculação mãe-bebé, o suporte psicológico especializado e a gestão prática do cuidado.

Conclui-se que a atuação do EEESMO é crucial para mitigar o impacto da separação precoce, promovendo a vinculação e a adaptação positiva ao papel maternal, exigindo-se para tal um reforço institucional e organizacional.

Palavras-Chave: separação precoce mãe-bebé; enfermeiro obstetra; intervenções de enfermagem; vinculação materna; apoio emocional.

Abstract

This study is part of the Internship with Report, integrated into the 1st Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, and aims to report the development of obstetric nurse competencies. The research focused on the role of the obstetric nurse in supporting postpartum women experiencing early separation from the mother-infant dyad, a phenomenon with significant implications for maternal well-being and the development of the maternal role.

The investigation was carried out in two complementary phases: SR, guided by the Joanna Briggs Institute framework, and a descriptive empirical study with a predominantly quantitative approach. The literature review allowed the mapping of existing scientific evidence, highlighting that early separation evokes intense emotions such as fear, guilt, anxiety, stress, and helplessness. Key nursing interventions identified include emotional, psychological, informational, communicational, and technological support.

The empirical study, conducted between August and September 2024 using an online questionnaire, involved a non-probabilistic sample of 50 nurses. Quantitative data were analyzed using SPSS, while qualitative data were examined through Bardin's content analysis methodology. The main findings indicate that nurses recognize emotional and psychological support, along with therapeutic communication, as central pillars of their intervention. The use of digital technologies for support remains underdeveloped. Barriers to effective intervention include staff shortages and service structure, while facilitators include care organization, communication, training, mother-infant bonding, and the use of both digital and analog technologies.

Additionally, the empirical study revealed three novel findings not identified in the literature review: the promotion of mother-infant bonding, specialized psychological support, and the practical management of care.

In conclusion, the obstetric nurse's intervention is essential in minimizing the emotional impact of early mother-infant separation, fostering bonding and healthy maternal role adaptation. Full implementation of this care requires strengthened organizational support and institutional recognition of woman-centered postpartum care.

Key words: Early mother-infant separation, Obstetric nurse, Nursing interventions, Maternal bonding, Emotional support.

Índice

Introdução	11
1. Enquadramento Teórico Conceptual	13
1.1. A separação precoce da díade: mãe-bebé.....	13
1.2. Referencial Teórico de Enfermagem: “ <i>Becoming a Mother</i> ” de Ramona Mercer.....	15
2. Enquadramento Metodológico	17
2.1. Primeira fase: Revisão Scoping	18
2.2. Segunda Fase: Estudo Descritivo	19
2.3. Considerações Éticas	21
3. Percurso de Aquisição de Competências.....	22
3.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, período preconcecional e pré-natal	23
3.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.....	31
3.3. Cuida a Mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.....	40
3.4. Cuida a Mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e durante o período do climatério	45
3.5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no processo de separação precoce da díade mãe bebé, para a promoção de um Pós-natal positivo	49
3.5.1. Caracterização socio demográfica e profissional da amostra	50
3.5.2. Necessidades de apoio, emoções e sentimentos da puérpera que sofreu separação precoce da díade Mãe-Bebé.....	50
3.5.3. Intervenção do EEESMO na Separação Precoce da Díade Mãe-Bebé.....	51
3.5.4. Fatores Facilitadores e Dificultadoras na Intervenção do EEESMO no cuidado à mulher que vivencia a separação precoce da díade mãe-bebé.....	56
3.5.5. Discussão de Resultados	58
3.5.6. Principais conclusões, implicações para a prática e limitações.....	61
3.5.7. Disseminação da temática e dos resultados do estudo	63
4. Conclusão	64
Referências Bibliográficas.....	66

Anexos

Anexo 1 – Pesquisas nas Bases de Dados: *MEDLINE Complete, CINAHL Complete e MedicLatina*

Anexo 2 – Síntese do Registo de Atividades Práticas

Apêndices

Apêndice I – Relatório da Revisão Scoping

Apêndice II – Divulgação do Estudo – “Flyer”

Apêndice III – Questionário do Enfermeiros – “Separação Precoce da Díade Mãe-Bebê: Intervenção do Enfermeiro Obstetra”

Apêndice IV – Relatório da análise de dados: Resultados do estudo descritivo

Apêndice V – Parecer do Conselho de Ética

Apêndice VI – Guia: “Vigilância da Saúde Sexual e Reprodutiva”

Apêndice VII – Folhetos Ginecologia: “ Histerectomia via Abdominal, Laparoscópica e Vaginal”

Apêndice VIII – Divulgação da Temática do Projeto e Resultados da RS

Introdução

O presente relatório, foi realizado no âmbito da Unidade Curricular (UC), Estágio com Relatório (ER), do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), onde se pretende explanar o percurso de aprendizagem para aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), descritas no regulamento nº140/2019 e no Regulamento nº 391/2019, bem como as competências descritas no *Essential Competencies for Midwifery Practice* (International Confederation of Midwives [ICM], 2019), assim como as competências para obtenção do grau de Mestre, em que é “conferido aos que demonstrem possuir um nível avançado de conhecimentos e capacidade de compreensão, desenvolvendo e aprofundando conhecimentos (...) de forma a permitir desenvolvimentos e aplicações originais, muitas vezes em contexto de investigação” (Artigo 15º do Decreto Lei nº74/2006, Diário da Republica).

O pós-parto é reconhecido como uma fase crucial para a mulher, o recém-nascido e a família (WHO, 2022b), representando um período especialmente exigente para a mulher, pois envolve a adaptação ao novo papel de mãe, bem como mudanças a nível emocional, físico, social e espiritual.

Contudo, esta fase tende a ser desvalorizada no âmbito dos cuidados à maternidade, já que se verifica uma maior concentração de atenção e recursos nos cuidados pré-natais e durante o parto. Como resultado, muitas mães, assim como os próprios profissionais de saúde, acabam por minimizar a relevância dos cuidados pós-natais (Ahmadinezhad et al., 2022; Finlayson et al., 2020). Face a esta realidade, a WHO tem vindo a destacar a complexidade deste período, e a necessidade de garantir uma experiência pós-natal positiva, entendida como aquela em que mulheres, parceiros, pais, cuidadores e famílias recebem informação e apoio contínuos, prestados por profissionais de saúde empenhados e bem preparados (WHO, 2022). Todavia nem sempre é possível garantir uma experiência pós natal positiva, devido ao desenvolvimento de situações patológicas, relacionadas com a puérpera e/ou com o recém-nascido, o que pode implicar a separação precoce da díade.

No contexto da prática clínica, junto de mulheres que experienciaram situações desafiantes no pós-parto, nomeadamente relacionadas com a separação precoce do seu

recém-nascido, foi possível identificar relatos de dificuldades na gestão desta fase, expressando sentimentos de fragilidade, dúvidas e desconhecimento relativamente aos recursos disponíveis e a quem recorrer. Neste contexto, o EEESMO assume um papel fundamental, contribuindo ativamente para a minimização dos efeitos da separação, com recurso ao apoio emocional e informativo, estabelecendo pontes entre diversos recursos e intervenientes na resolução das causas da separação precoce.

Neste alinhamento, surge a necessidade de estudar o tema “Separação Precoce da Díade Mãe-Bebé, com o objetivo geral de contribuir para melhorar a assistência de enfermagem, proporcionando a vivência de uma experiência pós-natal positiva para a puérpera que sofreu separação do seu RN após o nascimento.

A decisão de explorar esta temática, foi motivada por duas vertentes, pessoal, pois também eu sofri uma separação precoce do meu primeiro filho quando nasceu, e profissional, pois considero importante despertar a atenção dos profissionais de saúde para esta problemática, adequando um cuidado mais personalizado, diferenciado, e suportado em conhecimento científico, para que a mulher/família se sinta mais apoiada e protegida.

A Teoria de enfermagem da Construção do Papel Maternal, de Ramona Mercer, descreve o processo contínuo de interação e desenvolvimento através do qual a mãe estabelece vínculos com o seu filho, adquire competências nas tarefas associadas aos cuidados maternos e manifesta prazer e satisfação no desempenho desse papel (Mercer, 2004). No seu referencial teórico integra conceitos como, a Separação materno-infantil precoce, a Tensão do papel maternal, a Angústia e ligação, tendo a mãe como centro da discussão. A escolha destes conceitos, deu-se devido a adequação dos mesmos, à interrupção do papel materno, ocasionada pela separação precoce do binómio após o nascimento. (Mercer, 2006).

Este relatório organiza-se em quatro capítulos: o primeiro apresenta o enquadramento teórico e conceptual, abordando os principais conceitos, evidência científica e o modelo teórico adotado; o segundo descreve a metodologia da investigação, incluindo as opções de pesquisa e considerações éticas; o terceiro analisa o desenvolvimento das competências específicas do EEESMO, integrando resultados, discussão e conclusões; e o quarto expõe as considerações finais, refletindo sobre os contributos formativos e as limitações do percurso.

1. Enquadramento Teórico Conceptual

1.1. A separação precoce da díade: mãe-bebé

O processo de transição para a parentalidade inicia-se durante a gravidez, ainda que os conceitos de gravidez e maternidade sejam distintos. Ambos envolvem mudanças significativas que impactam profundamente a vida pessoal e familiar, sobretudo para os indivíduos que experienciam a parentalidade pela primeira vez (Canavarro & Pedrosa, 2005).

O período pós-parto, corresponde à fase imediatamente posterior ao nascimento, e estende-se até seis semanas após o parto. Este período subdivide-se em três fases: pós-parto imediato (primeiras vinte e quatro horas), pós-parto precoce (do segundo dia até ao final da primeira semana) e pós-parto tardio (da segunda semana até ao fim da sexta semana) (Centeno, 2017). Constitui-se como um período crítico não apenas para a mulher, mas também para o recém-nascido (RN) e para a família, sendo caracterizado por transformações biológicas, psicológicas e sociais profundas. Trata-se de um período de elevada vulnerabilidade, em que o risco de complicações maternas aumenta substancialmente. Adicionalmente, a separação precoce da díade mãe-bebé, constitui um fator potencialmente agravante do sofrimento materno no período pós-parto, sobretudo quando se verifica uma ausência de comunicação eficaz entre os diversos profissionais e serviços de saúde que intervêm nos cuidados à puérpera e ao RN. Esta falha na articulação e na partilha de informação traduz-se frequentemente em sentimentos de angústia, ansiedade e insegurança por parte da mãe, comprometendo negativamente a sua experiência e adaptação à maternidade (WHO, 2022). Neste contexto, a hospitalização de um RN representa uma experiência particularmente desafiante para as mães e suas famílias. O ambiente das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), caracterizado pela elevada tecnicidade e modernidade, tende a provocar uma separação física, emocional e psicológica entre o recém-nascido e os seus progenitores (Veronez et al., 2017).

A separação precoce da díade mãe-bebé, ocorre frequentemente imediatamente após o nascimento, devido a condições clínicas da puérpera ou do RN, como a prematuridade ou doenças neonatais, constituindo uma experiência adversa com impacto relevante na vivência da maternidade (Meighan, 2002).

A separação em si, é frequentemente experienciada como um evento traumático, de grande impacto psicológico, com efeitos duradouros mesmo após a alta hospitalar. As mães, descrevem esta experiência como de difícil gestão emocional, sendo comum a presença de sintomas compatíveis com perturbação de stress (Manzo et al., 2018; Akkoyun & Arslan, 2019; Ong et al., 2019; Yilmaz & Alemdar, 2021; Alinejad-Naeini et al., 2021). Este, tende a manifestar-se como uma resposta fisiológica persistente ao longo das várias fases do processo de separação: desde a hospitalização inicial até o regresso a casa. São vários os estudos, em que as mães relatam sentirem-se sobrecarregadas emocionalmente durante todo este percurso, enfrentando uma realidade contínua de preocupação, medo e impotência (Akkoyun & Arslan, 2019; Ong et al., 2019; Nazari et al., 2020; Yilmaz & Alemdar, 2021; Im & Oh, 2021). Neste contexto, a literatura descreve um conjunto de reações emocionais intensas, que afetam significativamente as mulheres sujeitas a uma separação precoce do seu RN. Entre os sentimentos mais frequentemente reportados, encontram-se o medo da perda, a ansiedade, a insegurança, a angústia, o stress, o trauma decorrente da separação, o choque, a preocupação e a culpa. Estas respostas emocionais, resultam da interrupção abrupta do contacto com o bebé, muitas vezes provocada pela necessidade de hospitalização em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), e refletem a dificuldade de adaptação à nova realidade, que se afasta drasticamente da expectativa idealizada da maternidade.

Assim, o medo da perda revela-se de forma marcante diante de um desfecho perinatal inesperado. Ao confrontarem-se com a fragilidade do seu filho real, em contraste com o bebé idealizado durante a gestação, as mães experienciam medo, ansiedade e uma profunda insegurança. Esta vivência, é intensificada pela imprevisibilidade do prognóstico clínico, o que agrava a sensação de vulnerabilidade e impotência. Apenas famílias que atravessam situações de risco de vida neonatal, compreendem plenamente a magnitude deste sofrimento (Manzo et al., 2018; Ong et al., 2019; Nazari et al., 2020; Alinejad-Naeini et al., 2021). A ansiedade, surge intensamente no momento da transferência do RN para a UCIN, sendo exacerbada pela falta de familiaridade com o ambiente hospitalar, altamente tecnológico, pelas rotinas desconhecidas e pelo distanciamento físico e emocional do filho. O primeiro contato com este cenário, durante as visitas, constitui frequentemente uma fonte adicional de ansiedade para as mães, que se deparam com um mundo alheio às suas vivências

anteriores (Manzo et al., 2018; Ong et al., 2019; Nazari et al., 2020; Yilmaz & Alemdar, 2021; Im & Oh, 2021). No primeiro encontro com o RN hospitalizado, muitas mães vivenciam um estado de choque. Este sentimento resulta da dissonância entre a imagem idealizada do bebê e a realidade clínica apresentada, frequentemente marcada pela imaturidade física, presença de dispositivos médicos e instabilidade clínica (Yilmaz & Alemdar, 2021; Alinejad-Naeini et al., 2021).

A insegurança, por sua vez, decorre do desconhecimento acerca da condição clínica do RN e da inexperiência quanto aos cuidados a prestar. Diante desta realidade, muitas mães sentem-se incapazes de intervir, delegando os cuidados aos profissionais de saúde, especialmente aos enfermeiros (Manzo et al., 2018; Alinejad-Naeini et al., 2021). Essa insegurança, desencadeia frequentemente um estado de angústia, alimentado pela incerteza e pelo desconhecido que envolve a situação clínica do bebê (Manzo et al., 2018; Alinejad-Naeini et al., 2021).

A preocupação constante, é outro sentimento amplamente relatado, derivando da incerteza quanto ao prognóstico e ao futuro do RN, bem como da ausência de informações claras e regulares (Nazari et al., 2020; Yilmaz & Alemdar, 2021).

Por fim, a culpa emerge como um sentimento transversal, sendo comum entre mães que procuram compreender os fatores associados à prematuridade ou ao internamento do RN. Muitas expressam autorresponsabilização, refletindo sobre o que poderiam ter feito de forma diferente, mesmo quando não existe uma causa claramente identificável. Esta culpabilização, é frequentemente acompanhada de sofrimento e autocrítica exacerbada (Nazari et al., 2020; Alinejad-Naeini et al., 2021).

Este conjunto de respostas emocionais, destaca a importância de um acompanhamento psicológico sensível e contínuo, para mães em contexto de separação precoce do seu RN, bem como a necessidade de estratégias de humanização dos cuidados neonatais.

1.2. Referencial Teórico de Enfermagem: “*Becoming a Mother*” de Ramona Mercer

A Teoria da Construção do Papel Maternal, desenvolvida por Ramona Mercer, descreve o processo dinâmico e interativo pelo qual a mulher desenvolve e incorpora gradualmente o seu papel de mãe. Este processo, ocorre ao longo do tempo, envolvendo

a formação de vínculos afetivos com o RN, a aquisição progressiva de competências relacionadas com os cuidados infantis, bem como a manifestação de satisfação e realização pessoal no desempenho da maternidade (Mercer, 2004).

Na primeira experiência de maternidade, a mulher inicia uma trajetória de transição e adaptação a este novo papel, experienciando uma profunda transformação da sua identidade, que evolui em consonância com os desafios inerentes ao desenvolvimento da criança (Mercer, 2006). Esta transição, implica não apenas ajustamentos físicos, mas também exigências psicológicas e sociais consideráveis, tornando a mulher particularmente vulnerável nesse período (Mercer, 2006).

Os enfermeiros, são os profissionais de saúde com maior proximidade e continuidade de contacto com a mulher ao longo do ciclo da maternidade, sendo por isso, agentes privilegiados no suporte ao processo de construção do papel maternal (Mercer, 1981). A teoria incorpora conceitos centrais como a separação precoce mãe-bebé, a tensão associada ao papel maternal, a angústia e a ligação afetiva, tendo a mãe como o elemento central da reflexão. Estes conceitos, revelam-se especialmente relevantes em situações de interrupção da continuidade do papel materno, como ocorre na separação precoce da díade mãe-bebé após o nascimento (Mercer, 2006).

O momento do parto, é entendido como a entrada formal na maternidade, sendo muitas vezes percebido pela mulher como um reflexo da sua capacidade futura para cuidar do filho (Mercer, 1985). Assim, torna-se essencial promover estratégias que fortaleçam a competência materna, como apoio emocional, comunicação terapêutica e intervenções personalizadas. A construção da identidade materna, exige portanto, que se fomente o sentimento de competência materna, através de estratégias de apoio individualizado que reforcem o papel da mulher enquanto cuidadora principal do seu filho (Mercer, 2004).

Mercer (1995), propõe ainda três sistemas interligados que influenciam a construção do papel maternal: o macrossistema, que abrange fatores socioculturais e políticos; o mesossistema, composto por redes de apoio social (família, comunidade, trabalho, religião); e o microssistema, núcleo das interações diretas entre mãe, bebé, pai e profissionais de saúde. Neste último, a intervenção do EEESMO revela-se crucial para apoiar a adaptação materna, e promover o fortalecimento dos vínculos familiares, assegurando um cuidado centrado na díade e sensível às necessidades da mulher.

2. Enquadramento Metodológico

Um dos pilares fundamentais da atuação do EEESMO, é a prática baseada na evidência científica. A integração sistemática das melhores evidências na prática clínica, tem sido reconhecida como promotora da melhoria dos resultados em saúde, da redução de custos e do aumento da satisfação das mulheres e famílias, contribuindo assim, para a prestação de cuidados de excelência (OE, 2021).

Neste sentido, a ICM destaca entre as suas competências essenciais a utilização da investigação para fundamentar a prática ("*Use research to inform practice*", competência 1.d.), sublinhando a importância da produção e aplicação de conhecimento científico, na área da saúde materna e obstétrica, como meio para desenvolver competências clínicas e promover práticas seguras e eficazes (ICM, 2019).

Paralelamente, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE), reforçam o papel ativo dos profissionais na interpretação, organização e divulgação de resultados provenientes da evidência, como contributo para o avanço do conhecimento e desenvolvimento disciplinar da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, D2.2.4). De igual modo, o grau de mestre é atribuído àqueles que demonstrem capacidade para desenvolver atividades de formação e investigação baseadas na prática, orientadas para o progresso profissional, com reconhecido nível de qualidade (Decreto-Lei n.º 74/2006, Art. 15.º, alínea 2c).

Este capítulo, tem como objetivo apresentar, de forma sistematizada, o percurso metodológico delineado para o desenvolvimento das competências previamente mencionadas, bem como para a condução da investigação sobre a temática em estudo. A estrutura do capítulo distribui-se em três subcapítulos. O primeiro, exhibe as opções metodológicas para a revisão da evidência científica disponível acerca das vivências das puérperas em situação de separação precoce da díade mãe-bebé, e as intervenções realizadas pelo EEESMO nesse âmbito. O segundo subcapítulo descreve a metodologia do estudo empírico desenvolvido, um estudo descritivo, predominantemente de abordagem quantitativa. O terceiro subcapítulo aborda as considerações éticas inerentes à realização da investigação e do desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMO, bem como de Mestre, assegurando o cumprimento dos princípios éticos e legais aplicáveis.

2.1. Primeira fase: Revisão Scoping

Na primeira fase da investigação, foi realizada uma Revisão *Scoping* (RS) segundo as diretrizes do *Joanna Briggs Institute* (Aromataris & Munn, 2020), cujo relatório se encontra no Apêndice I. Esta revisão, teve como objetivo mapear a evidência científica, sobre as vivências das puérperas em situação de separação precoce da díade mãe-bebê, e as intervenções realizadas pelo EEESMO para suprir as necessidades que essas vivências desencadeiam. A questão de investigação foi formulada com base na estratégia PCC (População, Conceito, Contexto): *“Quais são as vivências das puérperas em situação de separação precoce da díade mãe-bebê, e quais as intervenções realizadas pelo EEESMO para suprir as necessidades que essas vivências desencadeiam?”*

Foram incluídos estudos quantitativos, qualitativos ou de abordagem mista, publicados entre 2018 e 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol, com foco em puérperas hospitalizadas. Artigos irrelevantes, duplicados, fora do período estipulado ou que não atendiam aos critérios de elegibilidade foram excluídos.

A pesquisa foi conduzida nas bases *MEDLINE Complete*, *CINAHL Complete* e *MedicLatina*, através da plataforma *EBSCOhost* (Anexo 1), utilizando termos naturais e indexados, combinados com os operadores booleanos *OR* e *AND*, conforme a lógica PCC (Quadro 1, Apêndice I). Esta, foi realizada em julho de 2023 e atualizada em maio de 2025.

Inicialmente foram identificados 1.813 artigos; após remoção de duplicados, restaram 1.291 para triagem por título e resumo. Desses, 36 artigos foram selecionados para leitura integral, acrescidos de 2 provenientes de outras fontes. No final, 7 artigos integraram a RS, conforme descrito no diagrama PRISMA (Figura 1, Apêndice I) e sistematizados no Quadro 2 do Apêndice I.

Recorreu-se à análise de conteúdo para analisar os dados extraídos, tendo emergido duas categorias de resultados: Vivências maternas que requerem intervenções de enfermagem, com nove subcategorias: medo da perda, ansiedade, insegurança, angústia, trauma da separação, stress, choque 1ª visita, preocupação e culpa; e Intervenções de enfermagem com quatro subcategorias: Apoio emocional/psicológico, apoio educacional, comunicação terapêutica e apoio tecnológico.

Nos artigos selecionados na RS, constatou-se que a intervenção do Enfermeiro Obstetra, é essencial quando ocorre uma separação precoce do binómio mãe bebé. Em todos os artigos, é consensual que, apesar das diferentes vivências, as puérperas sentem

falta de apoio por parte do enfermeiro, quer a nível emocional/psicológico, bem como educacional (através da disponibilização de informações sobre a patologia, equipamentos, UCIN entre outros) não esquecendo a importância de uma comunicação eficaz. Adicionalmente, identificaram vivências maternas marcadas pelo medo, ansiedade, insegurança, angústia, stress, choque na 1ª visita, preocupação, culpa e trauma da separação. As intervenções de enfermagem reconhecidas, incluíram apoio emocional e psicológico, suporte educacional, comunicação terapêutica e uso de tecnologias de aproximação (Quadro 3, Apêndice I). Os resultados desta RS foram fundamentais para delinear a segunda fase da investigação, sendo fundamentais para a interpretação e discussão dos resultados obtidos.

2.2. Segunda Fase: Estudo Descritivo

Apropriada do conhecimento produzido na fase anterior da investigação, foi delineado e desenvolvido o estudo descritivo de abordagem predominantemente quantitativa, com os objetivos de: identificar as necessidades de apoio, emoções e sentimentos da puérpera que sofreu separação precoce da díade Mãe-Bebé, descrever a intervenção do EEESMO na Separação Precoce da Díade Mãe-Bebé e reconhecer os fatores facilitadores e dificultadores na intervenção do EEESMO.

De acordo com Fortin (2016), a população-alvo corresponde ao grupo de indivíduos sobre o qual recai a análise, sendo neste caso, composta por enfermeiros que exercem funções no âmbito da obstetrícia e que aceitaram participar no estudo de forma voluntária e esclarecida. O método de amostragem adotado, foi não probabilístico do tipo accidental, considerando a facilidade de acesso aos participantes e a adesão até atingir o tamanho pretendido da amostra (Fortin, 2016). A recolha de dados decorreu entre 3 de Agosto e 24 de Setembro de 2024, sendo o estudo divulgado através das redes sociais *Instagram* e *Facebook*, e ainda via *flyer* digital, facilitando o alcance a potenciais participantes que não utilizam essas plataformas (Apêndice II). A amostra final foi constituída por 50 enfermeiros.

O instrumento de recolha de dados, consistiu num questionário digital elaborado na plataforma *Google Forms*, intitulado *Separação Precoce da Díade Mãe-Bebé: Intervenção do Enfermeiro Obstetra* (Apêndice III). A construção e descrição deste instrumento seguem os princípios metodológicos defendidos por Fortin (2016), que destaca a importância de

caracterizar os instrumentos de recolha de dados quanto à sua natureza, objetivos, tipo de resposta e adequação ao objeto do estudo. Neste sentido, o questionário é constituído, por uma Introdução com explicação sobre o âmbito e objetivos do estudo e o Consentimento Livre e Esclarecido, e dividido em quatro partes: Parte I – questões de caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes; Parte II – questões de escolha múltipla que permitiam assinalar uma ou mais opções de resposta conforme a experiência assistencial do participante, com os objetivos de: identificar as principais emoções e sentimentos que as puérperas vivenciam quando ocorre uma separação precoce da díade mãe-bebé; o perfil de cuidados; os tipos de apoio que necessitam; e os cuidados/intervenções que os enfermeiros prestam a estas puérperas. Estas questões foram elaboradas com base nas categorias emergentes da RS, como forma de validação de conteúdo; Parte III – conjunto de questões medidas com escala de Likert de 5 pontos (1 = nunca a 5 = sempre), com o objetivo de avaliar a perceção dos enfermeiros sobre o uso de estratégias como escuta ativa, empatia e comunicação terapêutica; Parte IV – questão aberta destinada a identificar fatores que facilitam ou dificultam a intervenção do EEESMO neste contexto.

No que diz respeito à análise de dados (Apêndice IV), foi realizada análise estatística descritiva (frequência e percentagem, média, máximo e mínimo e desvio padrão) aos dados quantitativos, com recurso ao Programa Statistical Package for Social Science (SPSS), e análise de conteúdo aos dados qualitativos, segundo o método analítico proposto por Bardin, que se iniciou com uma leitura exploratória, seguida por uma leitura mais detalhada e exaustiva ao material recolhido nas questões abertas. Posteriormente, procedeu-se à codificação das unidades de registo, utilizando-se um sistema de identificação por códigos alfanuméricos precedidos da letra R. A análise seguiu as três fases preconizadas: (1) recorte das unidades de registo; (2) enumeração e categorização das ocorrências; e (3) classificação e agregação em categorias temáticas, de forma a permitir a interpretação rigorosa e sistemática do conteúdo produzido pelos participantes (2011).

Os resultados, serão apresentados detalhadamente e confrontados/discutidos com os resultados obtidos na RS, no subcapítulo 3.5. do presente relatório.

2.3. Considerações Éticas

Durante o ER, a prática de cuidados foi orientada por evidência científica e pelos princípios estabelecidos no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2015a), assegurando a dignidade humana, a proteção da vida e o consentimento informado em todas as intervenções. Estas práticas contribuíram significativamente para o desenvolvimento das competências atribuídas ao grau de Mestre em Enfermagem e do título de EEESMO.

Desde a conceção à implementação do projeto de investigação, foram observados os seis princípios éticos fundamentais da investigação em enfermagem, segundo Nunes (2020): beneficência, não maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade. Estes orientam o respeito pelos direitos dos participantes, incluindo o direito à informação, autodeterminação, intimidade, anonimato e desistência voluntária.

Todos os participantes, foram informados de forma clara e livre de coação, tendo assinado o Termo de Consentimento Informado integrado no questionário de colheita de dados. Paralelamente, foram obtidas as autorizações éticas e legais pertinentes, nomeadamente do Conselho de Ética da ESEL (ver Apêndice V), assegurando o cumprimento das normas éticas da investigação e a integridade científica (Nunes, 2020).

3. Percurso de Aquisição de Competências

O EEESMO, desenvolve a sua prática centrada na mulher inserida no contexto familiar e comunitário, ao longo de todo o seu ciclo de vida. Conforme estabelecido no Regulamento n.º 391/2019, o EEESMO possui autonomia para conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções, intervindo nas áreas da promoção da saúde, diagnóstico, tratamento e prevenção de complicações relacionadas com a saúde da mulher. Para tal, é imperativo que desenvolva competências específicas que permitam uma abordagem de cuidados individualizada e centrada na mulher, considerando as suas necessidades em cada fase do ciclo vital (ICM, 2019).

O exercício profissional do EEESMO, pauta-se por um elevado nível de responsabilidade ética, profissional e legal, conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2015a) e pelo Regulamento n.º 140/2019. Nesse sentido, o profissional atua de acordo com os princípios ético-deontológicos e o enquadramento jurídico que regulam a profissão, assegurando cuidados de qualidade, seguros e respeitadores da dignidade e dos direitos da pessoa alvo dos cuidados. Durante a prática clínica, a conduta adotada foi consistentemente orientada pelos princípios estabelecidos no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e no Código Deontológico do Enfermeiro, promovendo a salvaguarda da dignidade e dos direitos da mulher, em contexto de cuidados. Importa salientar que, em cada primeiro contacto com a cliente, foi realizada a devida apresentação como estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), com a respetiva solicitação de consentimento informado para a prestação de cuidados.

O processo de desenvolvimento de competências, foi potenciado pela vivência de experiências diversificadas nos distintos contextos clínicos, articuladas com uma prática reflexiva crítica e com a capacidade de resolução de problemas complexos, sustentada em evidência científica atual. A prática, foi ainda, orientada por referenciais teóricos relevantes, destacando-se a Teoria de Ramona Mercer (2004), a qual oferece um enquadramento pertinente para a compreensão do processo de transição para a maternidade.

Este capítulo, está organizado em cinco subcapítulos, nos quais se descreve e analisa criticamente o processo de desenvolvimento das competências específicas do

EEESMO, com base nas experiências vivenciadas ao longo do ER. A síntese das atividades realizadas ao longo do estágio encontra-se sistematizada no Anexo 2.

3.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, período preconcecional e pré-natal

A prestação de cuidados em Saúde Reprodutiva, integra um conjunto abrangente de serviços e intervenções destinados à sua promoção, incluindo a contraceção, o planeamento da gravidez, o apoio à fertilidade, os cuidados pré-natais e o acesso seguro à interrupção voluntária da gravidez. Esta abordagem integral e centrada na pessoa tem como objetivo a melhoria contínua da saúde ao longo de todo o ciclo reprodutivo, conforme preconizado pela Direção-Geral da Saúde (DGS, 2008; 2015).

Durante o Estágio com Relatório (ER), foi possível consolidar e aprofundar competências especializadas na área da saúde sexual e reprodutiva, através da vivência em contextos clínicos diversificados, tanto em regime de ambulatório como de internamento. A experiência decorreu em unidades como o Serviço de Medicina Materno-Fetal (MMF), o Serviço de Internamento e Consulta Externa de Ginecologia e nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), abrangendo consultas de Enfermagem de Saúde da Mulher, Planeamento Familiar (PF), Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) e vigilância da gravidez. Esta diversidade de contextos permitiu uma atuação clínica integrada, crítica e diferenciada na promoção e proteção da saúde reprodutiva da mulher, em conformidade com os princípios e orientações da International Confederation of Midwives (ICM, 2019) e da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019).

No decurso do ER, prestei cuidados à mulher inserida na família e comunidade, no domínio do planeamento familiar (PF), o que me permitiu desenvolver a Competência 1 definida no Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), conforme o Regulamento n.º 391/2019. O PF é entendido como a "decisão consciente de quando engravidar, ou de evitar uma gravidez, ao longo da idade fértil" (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 144).

Neste âmbito, tive a oportunidade de realizar e colaborar em consultas, promovendo a saúde da mulher no contexto da saúde sexual e reprodutiva. Estas intervenções enquadram-se nas competências do EEESMO, que, de acordo com o Regulamento n.º 391/2019, tem como responsabilidade a identificação precoce e

prevenção de complicações no domínio da saúde sexual, do planeamento familiar e do período pré-concepcional. Compete-lhe ainda, conceber, planear, coordenar, implementar e avaliar intervenções orientadas para a proteção da saúde e a prevenção das infeções sexualmente transmissíveis (IST), bem como identificar problemáticas associadas à vivência da sexualidade, assegurando a referenciação adequada sempre que a situação ultrapassa o seu âmbito de atuação (Competências 1.1., 1.2., 1.2.2. e 1.2.3., Regulamento n.º 391/2019). Esta tipologia de consulta, constitui uma ferramenta essencial na oferta de cuidados integrados, contemplando atividades como aconselhamento em sexualidade, prevenção e diagnóstico precoce de IST, educação para a saúde, com enfoque na modificação de hábitos de vida prejudiciais, como a obesidade e o tabagismo, na promoção de estilos de vida saudáveis, adesão ao plano nacional de vacinação contra o Cancro do Colo do Útero (CCU), rastreios do CCU e da mama. (DGS, 2008; Sociedade Portuguesa da Contraceção [SPDC], 2020).

Nestas consultas, promovi uma abordagem centrada na mulher, explorando não apenas a manutenção do método contraceptivo previamente instituído (disponibilizado gratuitamente pelo Serviço Nacional de Saúde), mas também a necessidade de esclarecimento adicional ou a intenção de alteração do método utilizado. A intervenção foi orientada pela promoção da decisão informada, através da disponibilização de informação detalhada e individualizada sobre os diferentes métodos contraceptivos, garantindo a sua adequação à condição de saúde, preferências e expectativas da mulher, considerando que nem todos os métodos são apropriados para todas as utentes (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2019; Pacheco et al., 2020).

Adicionalmente, foi realizada educação para a saúde (EPS) sobre a correta utilização do método escolhido, a sua eficácia, potenciais efeitos adversos, riscos e benefícios, bem como a conduta a adotar em caso de utilização inadequada, assegurando a compreensão plena da informação por parte da utente (Pacheco et al., 2020).

Promovi ainda nestas consultas, a literacia em saúde das mulheres, abordando temas relacionados com a sua situação de saúde, estilos de vida e vivência da sexualidade de forma saudável. As intervenções, abrangeram orientações sobre a prevenção de IST, o funcionamento do ciclo menstrual, auto observação corporal (ex.: palpação mamária) e as alterações hormonais associadas, fornecendo estratégias de adaptação a essas

mudanças. No decurso consulta, procedi à observação ginecológica externa e interna, com recurso a espéculo, com o objetivo de informar, orientar, prevenir e identificar precocemente alterações da saúde ginecológica e sexual da mulher, assegurando a referenciação adequada, sempre que foram detetadas situações clínicas fora da normalidade (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2019).

Informei ainda as utentes, sobre o rastreio do CCU, explicando a realização da citologia cervical em meio líquido. Este procedimento consiste na colheita de células da junção escamo-colunar (área de transição entre o ectocérvix e o endocérvix), utilizando um escovilhão com rotação de 360° numa única passagem. As células colhidas são imersas num meio líquido adequado para análise laboratorial, permitindo não apenas a avaliação citológica, mas também a deteção e genotipagem do vírus do papiloma humano (HPV). Este rastreio, está recomendado para mulheres entre os 25 e os 65 anos, com uma periodicidade de 5 anos em casos com resultado negativo (Costa & Neves, 2019).

No final de cada consulta, era efetuado o registo, no Boletim de Saúde Reprodutiva (BSR), do método contraceptivo utilizado, dos rastreios realizados, quando aplicável, e de quaisquer outros dados relevantes para o respetivo processo clínico.

Face à inexistência de material informativo disponível na unidade de saúde, elaborei um folheto informativo (Apêndice VI), com o objetivo de sintetizar, de forma clara e acessível, os conteúdos relevantes abordados durante a consulta. Este recurso, visou não apenas reforçar a informação fornecida verbalmente, mas também funcionar como suporte educativo para consulta posterior, promovendo a literacia em saúde e o empoderamento da mulher no processo de tomada de decisão consciente e informada relativamente à sua saúde sexual e reprodutiva.

No âmbito da Consulta de IVG, tive a oportunidade de prestar cuidados à mulher em situação de abortamento induzido, participando de forma ativa e consciente neste processo assistencial. A minha intervenção, centrou-se na promoção da decisão informada e autónoma, prestando informação clara e objetiva sobre o procedimento, bem como sobre os recursos de apoio existentes na comunidade, conforme preconizado pela Competência 2.1.4. do Regulamento n.º 391/2019. Paralelamente, foi realizada educação para a saúde no domínio do planeamento familiar, com disponibilização de métodos contraceptivos adequados à situação clínica, preferências e expectativas da

mulher. Foi facilitada a escolha entre diferentes métodos, nomeadamente implante subcutâneo ou contraceptivo oral, numa perspetiva de promoção da saúde sexual e reprodutiva e de prevenção de gravidezes não planeadas. Esta atuação está alinhada com as competências 1.1., 1.1.4., 1.1.5. e 1.1.6. do mesmo regulamento, reforçando a importância da abordagem holística, informada e centrada na mulher.

Foi possível constatar, durante a prática clínica, que as limitações estruturais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente a escassez de médicos, condicionam a resposta atempada e eficaz às necessidades das utentes. Neste contexto, a EEESMO, responsável pela consulta de IVG, demonstrou iniciativa e proatividade ao frequentar uma formação específica em ecografia obstétrica. Esta capacitação, visou dotá-la de competências técnicas para a realização autónoma de ecografias obstétricas de datação, auscultação dos batimentos cardíacos fetais e controlo pós-aborto, otimizando o percurso assistencial da mulher, reduzindo a dependência da intervenção médica, sempre dentro do seu âmbito de atuação e em consonância com os princípios da boa prática clínica, e que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2012), com base na Lei n.º 9/2009, de 4 de março, artigo 2.º, o EEESMO encontra-se legalmente habilitado a diagnosticar a gravidez, e a realizar os exames necessários à sua vigilância e monitorização da sua evolução, desde que esta decorra dentro dos parâmetros de normalidade.

O cuidado à mulher no âmbito do PF, da pré-conceção e durante a gestação, revela-se um processo desafiante e complexo, dada a multiplicidade de intervenções requeridas e a necessidade de uma abordagem holística e diferenciada. A minha participação nas consultas, bem como a realização de exames clínicos neste contexto, representaram uma oportunidade relevante para o desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais específicas.

No estágio em CSP, foi-me proporcionada a oportunidade de intervir junto da mulher grávida e/ou casal, no âmbito dos Cuidados Pré-Natais (CPN), os quais correspondem a cuidados qualificados e sistematizados, com o objetivo de promover a saúde materna e fetal, prevenir complicações, identificar precocemente fatores de risco e gerir condições clínicas associadas à gravidez (WHO, 2016).

Participei ativamente na realização de consultas de enfermagem pré-natal, cuidando da mulher inserida no seu contexto familiar e comunitário, numa abordagem

centrada na promoção da saúde, na vigilância clínica e na detecção precoce de alterações ou complicações, em conformidade com a Competência 2 do Regulamento n.º 391/2019.

Durante cada consulta, procurava conhecer a mulher e/ou casal grávido, estabelecendo uma relação terapêutica que favorecesse a promoção da saúde no período pré-natal (Competência 2.1, Regulamento n.º 391/2019). Neste âmbito, assumi um papel ativo na capacitação da grávida e da sua rede de suporte, permitindo-lhes maior controlo sobre os determinantes da sua saúde, tal como preconizado por Graça (2015).

Procedi ao preenchimento do Boletim de Saúde da Grávida (BSG), com a recolha sistematizada de dados clínicos essenciais, incluindo antecedentes pessoais e familiares, hábitos de risco para a saúde, Grupo sanguíneo, histórico de utilização de métodos contraceptivos, índice obstétrico, antecedentes gestacionais e informação relativa à saúde sexual. No âmbito do BSG, foram igualmente registados os sinais vitais, o peso corporal, o método contraceptivo utilizado e os rastreios realizados no decurso da consulta, conforme preconizado pela DGS (2006).

A abordagem, era sempre individualizada, ajustada às necessidades identificadas e à idade gestacional, contemplando temas como os desconfortos comuns da gravidez, sinais de alarme e critérios para recorrer a cuidados de urgência, bem como a importância da realização dos exames complementares de diagnóstico recomendados (ecografias obstétricas e análises laboratoriais). Paralelamente, promovi a adoção de estilos de vida saudáveis e a tomada de decisão informada, facultando informação sobre recursos comunitários disponíveis, conforme estabelecido nas competências 2.1.5, 2.1.6 e 2.3.1 do Regulamento n.º 391/2019, nas orientações da WHO (2016) e na norma da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2015) no âmbito da vigilância da gravidez de baixo risco.

A interação contínua com a grávida/casal, permitiu-me desenvolver estratégias de empoderamento, centradas na promoção da autonomia e do autocuidado, favorecendo uma experiência de gravidez positiva e saudável.

A primeira consulta de vigilância pré-natal, deve ocorrer tão precocemente quanto possível, idealmente até às 12 semanas de gestação, correspondendo ao primeiro trimestre. Esta consulta inicial é fundamental para a avaliação do estado de saúde materno-fetal, bem como para a identificação de eventuais lacunas em exames complementares ou na informação clínica disponível.

O EEESMO, detém autonomia na prestação de cuidados em contextos de gravidez de baixo risco, assumindo a responsabilidade pela implementação de intervenções baseadas em evidência, conforme estipulado no Regulamento n.º 391/2019: “assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco” (p. 13561), sendo esta entendida como a gravidez em que, após avaliação clínica e aplicação da escala de risco pré-natal de Goodwin modificada, não são identificados fatores acrescidos de morbilidade materna, fetal ou neonatal (DGS,2015).

No entanto, o risco obstétrico deve ser compreendido como uma variável dinâmica e mutável ao longo de toda a gestação. Por conseguinte, impõe-se a sua monitorização e reavaliação sistemática em cada consulta, com eventual referenciação para cuidados diferenciados sempre que surjam alterações no perfil clínico da grávida (Orfão, citado por Nené et al., 2016).

A gravidez, corresponde a um processo fisiológico complexo e dinâmico, geralmente com duração aproximada de 40 semanas, no qual o organismo materno sofre uma série de adaptações anatómicas, fisiológicas e metabólicas que visam assegurar condições ótimas para o crescimento e desenvolvimento embriofetal (Franco, citado por Nené, Marques & Batista, 2016). Embora estas alterações sejam fundamentais para a manutenção da gestação, podem em determinadas circunstâncias, contribuir para o surgimento ou agravamento de condições patológicas pré-existentes ou adquiridas durante a gravidez (Lavaredas & Tomás, citados por Nené, Marques & Batista, 2016).

Este processo de cuidados, exige do EEESMO um domínio elevado das suas competências específicas, dada a complexidade das situações clínicas e a diversidade de necessidades que emergem ao longo do acompanhamento da gravidez, mesmo quando inicialmente considerada de baixo risco.

Em conformidade com a Recomendação n.º 2/2012 da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2012), participei ativamente num Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP), realizado presencialmente, em CSP. Estes cursos, recomendados pela Direção-Geral da Saúde (2015) e pela Ordem dos Enfermeiros (2016), visam capacitar a mulher/casal, empoderando-os e promovendo melhores resultados na gravidez, no nascimento e na transição para a parentalidade. Esta experiência contribuiu para o desenvolvimento das minhas competências, uma vez que o EEESMO é responsável pela conceção,

planeamento, coordenação, supervisão, implementação e avaliação de programas de preparação para o parto e parentalidade responsável (Competência 2.1.8 do Regulamento n.º 391/2019).

Ainda no âmbito dos CPN, tive a oportunidade de prestar cuidados especializados em contexto de internamento na Unidade de Medicina Materno-Fetal (MMF), a mulheres grávidas com patologia materna, e ou fetal, ou em situação de interrupção da gravidez. As patologias observadas revelaram-se diversas, abrangendo condições tanto de etiologia materna como fetal. Assim, prestei cuidados a mulheres com diagnóstico de ameaça de parto pré-termo (APPT), rutura prematura das membranas (RPM), hipertensão induzida pela gravidez (HIG), hipertensão arterial crónica, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional (DG), hemorragias do 2º ou 3º trimestre, oligoâmnios, hidrâmnios, colestase gravídica, colostomia, restrição de crescimento intrauterino (RCIU), bem como em situação de gravidez múltipla. Adicionalmente, acompanhei mulheres com indicação para indução do trabalho de parto (ITP), quer por idade gestacional superior a 41 semanas, quer por presença de patologia materna ou fetal associada, assegurando uma vigilância contínua e diferenciada, e a promoção da saúde materno-fetal.

Durante o estágio, prestei cuidados a uma gestante com trinta e seis semanas e três dias de idade gestacional, internada por suspeita de colestase gravídica, que implicaram o aprofundamento do meu conhecimento e da restante equipa de saúde, pois apresentava antecedentes pessoais relevantes, nomeadamente colostomia em contexto de doença de Crohn, encontrando-se ainda em processo de adaptação a essa condição. A gravidez foi concebida por transferência embrionária, dadas as limitações impostas pela patologia pré-existente, o que, aliado ao historial clínico, gerava insegurança e desconforto emocional face à gestação.

Face à complexidade biopsicossocial da situação, para além dos cuidados de enfermagem especializados, foi ativada a articulação interdisciplinar, com referência à assistente social e ao serviço de psicologia clínica da instituição hospitalar. Após a intervenção em rede, observou-se uma melhoria significativa do estado emocional da grávida, evidenciada por maior estabilidade afetiva, humor mais positivo, atitude mais confiante e participativa relativamente ao processo de parto.

A gravidez foi de termo, o parto ocorreu por cesariana segmentar transversa (CST) eletiva, com o apoio da equipa de cirurgia geral do Centro Hospitalar, devido à colostomia

prévia. O RN, teve uma boa adaptação à vida extrauterina, sem intercorrências maternas ou neonatais no pós-parto imediato.

Durante o ensino clínico, com grávidas com patologia associada, planeei e implementei cuidados especializados e intervenções de forma criteriosa e individualizada, considerando a patologia subjacente e o motivo do internamento. Iniciava cada interação, com a apresentação formal como Mestranda, solicitando o consentimento informado para a prestação de cuidados. Procurava estabelecer uma relação de proximidade com a grávida, promovendo o autocuidado e favorecendo uma experiência de gravidez mais positiva, mesmo em contexto de hospitalização.

A minha prática, incluía realização de anamnese detalhada, análise do BSG e procurava ainda saber se existia um Plano de Parto. Procedia à avaliação céfalo-caudal da grávida, realizei palpação do abdómen e manobras de Leopold a partir das 36 semanas, monitorização sistemática dos SV maternos, a realização de cardiotocografia (CTG) e/ou auscultação dos batimentos cardíacos fetais (ABCF), assim como a avaliação da percepção dos movimentos fetais, conforme a competência do EEESMO na avaliação do bem-estar fetal (ICM, 2019). Informava e orientava a grávida para a identificação de sinais de alerta e possíveis complicações, de acordo com a patologia diagnosticada (Competências 2.2.1 e 2.2.2 do Regulamento n.º 391/2019).

Procedia à pesquisa ativa de perdas hemáticas vaginais, especialmente em casos de internamento por hemorragia, definida como "qualquer perda de sangue visível pela vagina durante a gravidez" (Miranda et al., citado por Nené, Marques & Batista, 2016a, p. 216). Avaliava o estado geral da grávida, incluindo pele, mucosas, presença de edemas, expressão facial, comunicação verbal e não verbal, assim como a existência de suporte social significativo durante o internamento.

Reconhecendo o impacto emocional da hospitalização e da condição clínica, prestava apoio emocional contínuo, promovendo estratégias de coping em conjunto com a grávida. Sempre que identificava sofrimento psicológico significativo, avaliava os fatores associados e propunha a referência ao serviço de Psicologia, conforme a competência do EEESMO na promoção da saúde mental durante a gravidez (Competência 2.1.7 do Regulamento n.º 391/2019).

3.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

Durante o ER, tive a oportunidade de desenvolver competências específicas na prestação de cuidados especializados à mulher grávida, ao casal e/ou à pessoa significativa, ao longo das 4 fases do trabalho de parto (TP) e em situações de urgência/emergência, como, por exemplo, a ocorrência de bradicardia fetal mantida durante o TP, ou a distócia de ombros. A aquisição destas competências ocorreu predominantemente em contexto de BP, mas também no Serviço de MMF.

O contexto hospitalar, enquanto ambiente desconhecido, pode ser percecionado como um fator de stress, aumentando a vulnerabilidade e diminuindo a confiança da mulher e do casal (Mercer, 2006; WHO, 2022; Sousa & Curado, 2021). Reconhecendo esta realidade, iniciei sempre a abordagem à mulher/casal através da minha apresentação formal enquanto Mestranda, assegurando a obtenção do consentimento informado para a prestação de cuidados, conforme preconizado pelas boas práticas de humanização da assistência.

Paralelamente, procurei conhecer as expectativas, receios e necessidades individuais, estabelecendo uma relação terapêutica baseada na empatia e no suporte emocional contínuo. Esta abordagem, foi sustentada nos pressupostos da Teoria de Ramona Mercer, a qual sublinha a importância do apoio interpessoal, e da interação empática no processo de transição para a maternidade. A presença constante do enfermeiro, enquanto figura de suporte, contribui para a construção da confiança, a adaptação ao novo papel materno e o fortalecimento do vínculo com o RN, especialmente em situações de separação precoce da díade (Mercer, 2004).

De acordo com o Regulamento n.º 391/2019, competência 3.3.1, o EEESMO detém a responsabilidade de conceber, planejar, implementar e avaliar as intervenções que promovam o suporte emocional e psicológico da parturiente, bem como da pessoa significativa, contribuindo para a otimização da experiência de parto e para a humanização dos cuidados de saúde materna.

Após o acolhimento da grávida/casal, procedia à realização da anamnese, recolhendo informações relativas aos antecedentes pessoais, obstétricos, ginecológicos e familiares, alergias conhecidas à alimentação e à medicação, hábitos farmacológicos, idade gestacional (IG), padrão de vigilância da gravidez, exames pré-natais realizados,

grupo sanguíneo e fator Rh. Recolhia também dados referentes à pesquisa do estreptococo do grupo B (Strepto B), com o objetivo de, se necessário, implementar medidas de profilaxia da infecção neonatal, responsável por uma taxa de mortalidade de aproximadamente 4% nos recém-nascidos (Silva & Neves, citados por Nené, Marques & Batista, 2016).

Inquiria sobre a existência de um Plano de Parto (PP), abordando este tema de forma aberta, e dialogada com a mulher/casal, com o intuito de promover, aconselhar e apoiar as suas decisões (Competência 2.1.10 do Regulamento n.º 391/2019). Quando inexistente, encorajava a expressão das expectativas e preferências em relação ao trabalho de parto, orientando a prestação de cuidados de forma personalizada, assegurando a tomada de decisões informadas, sustentadas na evidência científica e adaptadas às necessidades específicas de cada mulher (OE, 2021; WHO, 2018).

A prática assistencial, era assim norteada pelas orientações expressas no PP, quando existente, garantindo a implementação de intervenções de elevada qualidade e segurança clínica, de acordo com os princípios de atuação previstos na competência 3.1.1 do Regulamento n.º 391/2019.

O PP, é um documento elaborado pela mulher grávida/casal, que expressa as suas preferências quanto à assistência e ao envolvimento durante o TP, e deve ser respeitado pela equipa multidisciplinar (Direção-Geral da Saúde, 2020). Durante o ER, observei que eram poucas as mulheres que apresentavam um PP ou que detinham conhecimentos aprofundados sobre o TP. Assim, desenvolvi ações de educação para a saúde, explicando às mulheres e às pessoas significativas os diferentes estádios do TP, a fisiologia do processo e as estratégias de alívio da dor, tanto farmacológicas como não farmacológicas, esclarecendo dúvidas e promovendo a sua capacitação (ICM, 2019).

Adicionalmente, procedia à avaliação do estado geral da mulher, incluindo a monitorização dos SV, a verificação da existência de sinais de rotura das membranas amnióticas e a análise da contratilidade uterina, através da perceção materna acerca da intensidade, frequência e duração das contrações. Avaliava ainda o bem-estar fetal, com a monitorização dos movimentos fetais percebidos pela mulher e a realização da CTG. Efetuava a pesquisa de edemas, a medição da altura do fundo uterino e a execução das manobras de Leopold, com o objetivo de determinar a apresentação fetal relativamente ao eixo materno.

Quando clinicamente indicado, realizava o exame obstétrico com toque vaginal, respeitando a recomendação de minimizar o número de avaliações, uma vez que a sua realização rotineira não é aconselhada (WHO, 2017). Este procedimento, enquadra-se no âmbito das competências do EEESMO, que tem como responsabilidade identificar e monitorizar o trabalho de parto (Competência 3.2.1 do Regulamento n.º 391/2019).

A integração destas avaliações, possibilitava uma análise global do estado materno-fetal, favorecendo a identificação precoce de fatores de risco e a monitorização contínua durante o trabalho de parto, prevenindo o surgimento de complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido. Este processo enquadra-se nas competências 3.2, 3.2.2 e 3.3 do Regulamento n.º 391/2019, relativas ao diagnóstico, intervenção e prestação de cuidados em situações de patologias associadas à gravidez e ao trabalho de parto.

Durante todo o processo de acompanhamento, procurava assegurar um ambiente seguro (Competência 3.1.2 do Regulamento n.º 391/2019), estabelecendo uma relação de parceria com a mulher/casal e promovendo uma comunicação efetiva e respeitosa. Adaptava o ambiente físico, ajustando a luminosidade conforme as preferências da mulher, e recorria a estratégias de humanização dos cuidados, como a utilização de música, a minha presença, sempre que necessária, ou solicitada, reconhecendo que esta prática está associada ao aumento da confiança da mulher, à melhoria da sua experiência de parto, à redução da duração do trabalho de parto, à menor necessidade de analgesia farmacológica e epidural, bem como a uma menor incidência de partos distócicos (OE, 2015).

O trabalho de parto (TP), corresponde a um conjunto de fenómenos fisiológicos, quer de origem espontânea quer induzida, que culminam no apagamento cervical, na dilatação do colo do útero, na progressão do feto através do canal de parto e, finalmente, na sua expulsão para o exterior (Fatia & Tinoco, citados por Nené et al., 2016a). O EEESMO, é o profissional capacitado para apoiar e promover a normalidade do processo de parto, identificar precocemente eventuais desvios à fisiologia, atuar de forma adequada e intervir sempre que necessário (Rodrigues, citado por Nené et al., 2016a).

No primeiro estadio do TP, ocorre o apagamento e a dilatação do colo do útero, subdivididos em duas fases: a fase latente, que se estende desde o início da dilatação até os 5 cm, caracterizada por contrações lentas e dolorosas; e a fase ativa, caracterizada por contrações regulares e dolorosas, com substancial apagamento cervical e dilatação

progressiva de 5 cm até a dilatação completa (Fatia & Tinoco, citados por Nené et al., 2016a; WHO, 2018).

A utilização de intervenções para acelerar o trabalho de parto (TP), como a administração de oxitocina sintética ou a realização de amniotomia, por meio da rotura artificial da bolsa amniótica (RABA) com pinça de Herff, é desencorajada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2018). No entanto, em situações de traçado de CTG suspeito, foi necessário proceder à realização da RABA na fase ativa do TP, durante uma contração e com a apresentação fetal já insinuada, com o objetivo de avaliar as características do líquido amniótico. Em ambos os casos, a técnica foi realizada de acordo com as práticas assépticas, após obtenção do consentimento informado da parturiente, e com a preocupação de minimizar o risco de prolapso do cordão umbilical.

A realização da RABA, está contraindicada na presença de teste positivo para *Streptococcus* do grupo B (SGB) sem a administração prévia de, pelo menos, duas doses de antibióticos de largo espectro, conforme preconizado pela Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2013) e corroborado por Sequeira et al. (2020). Além disso, a rotura da bolsa amniótica (BAR) representa um fator de risco aumentado para infeções, o que exige vigilância rigorosa, incluindo monitorização contínua da temperatura materna, avaliações frequentes das características do líquido amniótico e a administração de antibióticos profiláticos, caso a BAR ultrapasse 12 horas ou surjam sinais clínicos de infeção, conforme as recomendações da Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2013) e Sequeira et al. (2020), com a finalidade de prevenir complicações infecciosas.

A dor durante o TP, é um fenómeno subjetivo e multifatorial, sendo competência do EEESMO oferecer suporte e auxiliar a mulher na utilização de estratégias para a gestão da dor (ICM, 2019). Neste contexto, procurava identificar a perceção da dor da parturiente, estando presente para proporcionar suporte emocional e físico, e implementando estratégias não farmacológicas, conforme a sua preferência e necessidades.

Quando a parturiente, relatava aumento da intensidade da dor, sem alívio com o uso de estratégias não farmacológicas, como massagem, hidroterapia, relaxamento e técnicas respiratórias, musicoterapia, aromaterapia, cromoterapia informava sobre as opções farmacológicas disponíveis no serviço, incluindo terapêutica endovenosa, ou

analgésia epidural. A analgesia epidural era, em particular, promovida na fase ativa do TP, dado que o seu uso está associado a uma condução ativa do TP e ao prolongamento do segundo estágio (Guerra, citado por Nené et al., 2016a). A decisão final, sobre a escolha da estratégia analgésica cabia à parturiente, sendo esta devidamente apoiada e informada sobre as opções e implicações das suas escolhas. Quando a opção escolhida envolvia a analgesia epidural, colaborava com a equipa médica na preparação, otimização do posicionamento da parturiente e na execução da técnica, em estreita cooperação com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controle da dor (Competência 3.1.6 do Regulamento n.º 391/2019).

A ITP, constitui uma das razões para o internamento de gestantes no hospital, sendo definida como a indução artificial da contratilidade uterina, motivada por razões maternas e/ou fetais (Fonseca, citado por Nené et al., 2016a). O processo de indução desencadeia contrações uterinas rítmicas que favorecem a dilatação e o apagamento do colo do útero, marcando o início do trabalho de parto (Afonso & Santo, citado por Campos & Pinto, 2022). O EEESMO, desempenha um papel crucial e de excelência, sendo a figura central na monitorização e acompanhamento da gestante submetida à indução, devido às suas competências específicas no manejo dessa condição. Ao longo deste estágio, tive a oportunidade de desenvolver essas competências, prestando cuidados especializados a gestantes durante o processo de ITP.

A indução, está frequentemente associada a um aumento do desconforto para a mulher e eleva o risco de complicações, como hemorragia, hiperestimulação uterina, rutura uterina e a necessidade de intervenções como a CST, em comparação ao parto espontâneo (Orientação n.º 002/2015, [DGS, 2015]). Nesse contexto, sempre que necessário, realizava a avaliação do bem-estar materno-fetal utilizando os meios clínicos e técnicos apropriados (Competência 2.2.6 do Regulamento n.º 391/2019), incluindo a monitorização dos SV, avaliação da contratilidade uterina por meio do CTG, e a verificação das condições do colo do útero, especialmente quando a gestante relatava variações no ritmo, intensidade ou frequência das contrações. Isso é essencial, pois “o parto inicia com a ativação da contratilidade uterina dolorosa e rítmica” (Fatia & Tinoco, citado por Nené et al., 2016a), e exige uma abordagem de “cuidados respeitosos e personalizados” (ICM, 2019, p. 17) para monitorizar adequadamente o processo de parto (Competência 3.2.1 do Regulamento n.º 391/2019).

Além disso, orientava a gestante sobre sinais e sintomas que poderiam indicar riscos, como a possibilidade de atividade uterina excessiva, que poderia resultar em hipoxia fetal, e monitorizava desvios no padrão normal de evolução do TP, como no caso da taquisistolia que é caracterizada pela ocorrência de mais de cinco contrações em 10 minutos, em dois períodos sucessivos de 10 minutos ou com média superior durante 30 minutos (Ayres-de-Campos et al., 2015). Embora as contrações sejam fundamentais para a progressão do TP, elas podem comprimir os vasos sanguíneos do miométrio, resultando em redução transitória da perfusão placentária e, potencialmente, em compressão do cordão umbilical (Ayres-de-Campos et al., 2015), o que coloca em risco o bem-estar da mãe e do feto. Nesses casos, cessava a indução se possível, e realizava a referenciação imediata da gestante para acompanhamento especializado (Competências 3.2.2. e 3.2.3. do Regulamento n.º 391/2019).

Se necessário, providenciava a transferência da gestante para o Serviço de Bloco de Partos (quando me encontrava em MMF), garantindo um transporte seguro e a continuidade do cuidado (Competência 2.3.6 do Regulamento n.º 391/2019).

Durante o estágio, prestei cuidados especializados a grávidas no primeiro estágio do TP, sendo responsável pelo planeamento, implementação e avaliação de intervenções direcionadas à promoção do conforto e bem-estar da mulher e da pessoa significativa (Competência 3.1.3 do Regulamento n.º 391/2019). Procurei promover um TP fisiológico (Competência 3.a do ICM, 2019), incentivando a liberdade de movimentos e mobilidade, incluindo atividades como deambulação, e o uso da bola de Pilates, que demonstram benefícios durante o TP (ICM, 2019). Além disso, realizava a avaliação e determinação da adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o TP (Competência 3.2.4 do Regulamento n.º 391/2019), sugerindo à parturiente posições adequadas tanto em repouso quanto em movimento, visando facilitar a dilatação e a progressão da apresentação fetal (Fatia & Tinoco, citados por Nené et al., 2016a).

Diversos fatores, podem influenciar e modificar a evolução normal do TP, sendo essencial que o EEESMO compreenda a sua mecânica e esteja atento aos sinais e sintomas indicativos de desvios à normalidade, bem como às intervenções necessárias para atuar em conformidade (Prada & Rafael, citados por Nené et al., 2016). Como exemplo ilustrativo desta situação, relato o cuidado prestado a uma parturiente de 36 anos, com índice obstétrico 1001, gestação de 39 semanas e 6 dias, em fase ativa do TP.

A paciente apresentava um colo uterino mole, com 8 cm de dilatação, com rotura espontânea das membranas amnióticas, resultando em líquido claro. A parturiente estava sob analgesia epidural, e o CTG revelou desaceleração prolongada e baixa variabilidade, o que levou ao contato imediato com a equipe médica.

Diante dessa situação, foram tomadas as seguintes ações: reposicionamento da grávida, início de hidratação endovenosa e massagem do escalpe fetal (Silveira & Trapani, 2018). Classifiquei o CTG como Categoria 3, conforme a classificação ACOG e patológica segundo a classificação FIGO (DGS, 2015; Ayres-de-Campos et al., 2015). Devido às intervenções realizadas houve uma reversão do quadro e a grávida manteve-se em TP. Este caso, exemplifica a importância de identificar e monitorizar desvios ao padrão normal da evolução normal do TP, e a necessidade de referenciar situações que ultrapassam a competência do EEESMO (Competência 3.2.3 do Regulamento n.º 391/2019).

O segundo estadio do TP, denominado período expulsivo, tem início com a dilatação completa do colo uterino, e termina com a expulsão do feto (Fatia & Tinoco, citado por Nené et al., 2016a). Durante este estágio, tive a oportunidade de prestar cuidados especializados a 42 parturientes, planeando, implementando e avaliando intervenções adequadas à evolução do TP, com o objetivo de otimizar a saúde materna e fetal (Competência 3.2.5 do Regulamento n.º 391/2019). Incentivei a escolha da posição de parto conforme a preferência da parturiente, promovendo o conforto e esforços expulsivos eficazes, minimizando intervenções desnecessárias (ICM, 2019; WHO, 2017).

Com enfoque na redução do trauma perineal, como lacerações espontâneas e episiotomia, condições que afetam entre 70% e 85% das parturientes (Amorim et al., 2023), adotei medidas preventivas, como o uso de gel lubrificante e a restrição da manipulação perineal. Estas ações permitiram uma adaptação gradual e suave dos tecidos perineais à apresentação fetal, além de realizar apoio perineal simples para evitar a deflexão rápida da cabeça do feto durante a sua exteriorização (ACOG, 2018).

Após a expulsão da cabeça fetal, realizei a verificação de circulares do cordão umbilical, desfazendo as mais largas ou realizando a manobra de Somersault em casos de circulares apertadas, sempre utilizando as técnicas adequadas para a execução do parto (Competência 3.2.6 do Regulamento n.º 391/2019; ICM, 2019). Após a expulsão do RN, promovia o contato pele a pele, secava e estimulava gentilmente com uma

compressa para a manutenção da normotermia, respeitando a prática do corte tardio do cordão umbilical (ICM, 2019). De seguida, realizava uma avaliação rápida e sistemática do RN, incluindo a verificação do Índice de *Apgar* (IA) e a identificação de possíveis malformações evidentes, referenciando qualquer alteração morfológica ou funcional que estivesse além da minha área de atuação (Competência 3.2.10 do Regulamento n.º 391/2019). Fazia ainda colheita, quando possível de gasimetrias, venosa e arterial, pois era protocolo de serviço, na instituição onde me encontrava a realizar ensino clínico.

Durante o acompanhamento nos 42 partos, em três das situações, devido à respiração ineficaz do RN, foi necessária a ventilação por pressão positiva. Procedi ao corte imediato do cordão umbilical, assegurei a avaliação imediata do recém-nascido e implementei medidas de suporte para a adaptação à vida extrauterina, acabando um dos RN ter de ser transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (Competência 3.2.7 do Regulamento n.º 391/2019).

O terceiro estadio do trabalho de parto, denominado dequitação, ocorre desde a expulsão do feto e a expulsão da placenta (Fatia & Tinoco, citado por Nené et al., 2016a). Durante este período, é fundamental respeitar o processo natural da dequitação, observando sinais de descolamento placentário e apoiando a exteriorização da placenta. Após a expulsão, realizava uma observação minuciosa das membranas, da implantação e das características do cordão umbilical, mostrando e explicando ao casal, quando demonstravam interesse (ICM, 2019; OE, 2019). Em quatro dos partos acompanhados, observei que as membranas estavam fragmentadas, motivo pelo qual solicitei prontamente o apoio da equipa médica para a realização de uma ecografia, visto que o EEESMO tem a responsabilidade de conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções em caso de retenção de placenta, incluindo a extração manual e a revisão uterina em situações de urgência (Competência 3.3.3 do Regulamento n.º 391/2019).

O quarto estágio do trabalho de parto (TP) refere-se ao período pós-parto imediato, compreendendo as primeiras duas horas do puerpério, que se iniciam após a expulsão da placenta (dequitação). Durante esse período, realizei a higienização cuidadosa do períneo e procedi à sua avaliação sistemática, iniciando pela inspeção do clitóris, lábios vaginais, introito vaginal, canal de parto e região perineal, verificando a presença de lacerações de acordo com a classificação de trauma perineal (Sultan et al.,

2007), com objetivo de localizar o vértice para a reparação das lesões observadas (ICM, 2019).

Em seguida, procedia à realização da sutura das lacerações, que foi precedida pela administração de anestesia, com especial atenção à anatomia, funcionalidade e aspectos estéticos dos tecidos lesionados. Ao longo desse processo, efetuei a reparação de lacerações de grau I, e lacerações de grau II (OE, 2019). Optou-se pela técnica de sutura interrompida, conforme a orientação clínica recebida, embora a sutura contínua seja frequentemente associada a menores custos e redução da dor nos primeiros 10 dias de puerpério (Kettle et al., (2012).

Simultaneamente, realizava a avaliação do globo de segurança de *Pinard*, monitorizava as perdas hemáticas via vaginal e iniciava a administração da perfusão endovenosa de ocitocina, conforme protocolo do Serviço, com o objetivo de prevenir a hemorragia pós-parto e a atonia uterina (ICM, 2019). Para o alívio da dor e redução do edema, administrei crioterapia, com o objetivo de promover a recuperação materna e incentivar o autocuidado da puérpera (Mercer & Walker, 2006; OE, 2019). Realizava ainda EPS e sobre os cuidados necessários com a sutura perineal.

Durante este estágio, participei de forma ativa e colaborei com outros profissionais na gestão de parturientes com complicações obstétricas e no tratamento de situações de emergência. Assisti a partos distócicos, com aplicação de ventosa e encaminhei 2 parturientes para cesariana. Atuei prontamente em emergências obstétricas, garantindo a transferência imediata e realizando a reanimação neonatal quando necessário (Competências 3.2.8, 3.3.5 e 3.3.6 do Regulamento n.º 391/2019).

Além disso, prestei cuidados imediatos ao RN, confirmando a colocação da pulseira de identificação, pulseira eletrónica anti-roubo, realizando a avaliação do peso, administrando a Vitamina K e efetuando a observação física do RN e adaptação ao ambiente. Fui responsável por promover a vinculação entre mãe e filho, implementando intervenções voltadas para a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno (Competências 3.1.4 e 3.1.5 do Regulamento n.º 391/2019). Incentivei a adaptação do RN à mama na primeira hora de vida, conforme o estado clínico da mãe e do RN, ou conforme a escolha materna. Realizei a avaliação da pega e da mamada, bem como dos reflexos do RN e da relação mãe-bebê/tríade (DGS, 2023).

Em determinadas circunstâncias, algumas mulheres enfrentam a perda gestacional e não têm um recém-nascido para cuidar e acompanhar.

Assisti algumas mulheres e casais que passaram por perda gestacional, adotando uma abordagem respeitosa e sensível às suas necessidades. Proporcionei cuidados que reconhecessem o seu processo de luto, oferecendo apoio emocional e fornecendo informações sobre como facilitar a vivência do luto. Procurei compreender as suas crenças e intenções, em relação ao processo, respeitando suas decisões e promovendo um ambiente de cuidado e apoio (Farrales et al., 2020). Evitei terminologia técnica e procurei reconhecer a perda irreparável do filho, incentivando a expressão de sentimentos entre o casal. Também forneci suporte na gestão da dor física da mulher, além de incentivar a criação de memórias, como fotografias, impressões das mãos e pés, e a preservação de objetos significativos (Miranda & Zangão, 2020; National Bereavement Care Pathway, 2020, 2022; Public Health Agency of Canada, 2020; Silva, 2018).

A prestação de cuidados respeitosos deve estar fundamentada nos direitos humanos, visando melhorar a experiência do trabalho de parto e do nascimento (WHO, 2018). Com base nesse princípio, como futura EEESMO, procurei conhecer as necessidades da parturiente e do casal, estabelecendo uma comunicação eficaz e criando um ambiente seguro e respeitoso, proporcionando uma experiência de parto positiva, o que resulta em benefícios para a saúde em diversas dimensões (WHO, 2018).

3.3. Cuida a Mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

O EEESMO, é responsável por prestar cuidados integrados à mulher no seio da família e da comunidade durante o período pós-natal, promovendo a sua saúde, a do RN e facilitando o processo de transição para a parentalidade. Para tal, concebe, planeia, implementa e avalia intervenções específicas de promoção da adaptação no pós-parto (OE, 2019).

O puerpério, também designado como período pós-natal, corresponde à fase de recuperação física e psicológica da mulher que se inicia imediatamente após o nascimento do RN e se prolonga até aproximadamente seis semanas (42 dias) (DGS, 2015). Este período é reconhecido como um intervalo crítico não apenas para as mulheres, mas também para os RN, pais, e famílias (WHO, 2022).

No exercício das suas competências profissionais, o EEESMO atua promovendo a saúde materna e neonatal, apoiando a adaptação à parentalidade, e garantindo cuidados contínuos e personalizados à díade mulher-RN (Regulamento n.º 391/2019; OE, 2021), destacando-se a promoção da EPS, o apoio à amamentação, a vigilância precoce de complicações e a atuação célere perante situações de emergência, tanto maternas como neonatais (ICM, 2019).

Durante o ER, nos contextos de CSP, BP, Puerpério e Neonatologia, tive a oportunidade de prestar cuidados especializados a puérperas e a RN com e sem necessidades especiais, contribuindo para a promoção da saúde e apoiando o processo de adaptação e transição para a parentalidade de forma qualificada e humanizada.

O período pós-parto, é caracterizado por um conjunto de alterações anatómicas, fisiológicas e psicoemocionais que visam restabelecer o estado pré-gravídico do organismo da mulher. Estas modificações, envolvem diversos órgãos e sistemas, sendo imprescindível que o EEESMO possua conhecimentos sólidos acerca destas transformações, uma vez que lhe compete a identificação precoce de desvios à normalidade e a prevenção de complicações, referenciando para outros níveis de cuidados as situações que excedam o seu âmbito de atuação (OE, 2019, p. 13.563).

O puerpério imediato, correspondente ao quarto e último estágio do trabalho de parto, constitui um período de risco acrescido para a ocorrência de hemorragias e outras complicações maternas (Fatia & Tinoco citado por Nené et al., 2016a). Em conformidade com as boas práticas clínicas, a puérpera permanece sob vigilância contínua em sala de recobro durante, aproximadamente, duas horas após a dequitação, antes de ser transferida para o internamento de puerpério.

Neste contexto, prestei cuidados de enfermagem especializados com o objetivo de promover a recuperação física e psicológica, apoiar a adaptação ao novo papel maternal e prevenir complicações na puérpera. Estes cuidados, incluíram a monitorização rigorosa dos SV, avaliação sistemática do estado geral, inspeção das mamas e mamilos, verificação da tonicidade uterina através da identificação do globo de segurança de *Pinard*, observação das características e quantidade dos lóquios, avaliação do períneo, da ferida cirúrgica ou da sutura, vigilância da função vesical, e promoção da higiene e conforto maternos (DGS, 2023; Santos & Baptista citado por Nené et al., 2016).

Simultaneamente, garanti a vigilância e o acompanhamento do estado de saúde da díade mãe-RN, atuando de acordo com as melhores práticas e referenciando prontamente as situações que extravasavam o âmbito de atuação do EEESMO, conforme estabelecido nas Competências 4.1., 4.1.5., 4.2.1. e 4.2.3. do Regulamento n.º 391/2019.

A admissão da díade mãe-RN no internamento, constitui um momento crucial para a avaliação global do estado de saúde da puérpera e do RN, permitindo a identificação precoce de eventuais complicações. Nesse âmbito, procedi à verificação da identificação da puérpera e do RN, estabelecendo uma relação de proximidade e confiança, procurando compreender como a mulher se sentia e fornecendo informação relativa à organização do serviço, às rotinas institucionais e ao horário de visitas.

Posteriormente, realizava uma avaliação céfalo-caudal da puérpera, que incluía a medição dos SV, e a observação obstétrica.

Após a avaliação da puérpera, procedia à avaliação do Rn, igualmente de forma céfalo-caudal, observando a coloração cutânea, o padrão respiratório, o estado das fontanelas anterior e posterior, a presença e qualidade dos reflexos primitivos, a inspeção do abdómen e do coto umbilical, bem como a monitorização da eliminação intestinal e vesical, comportamento geral e alimentação.

Este momento de avaliação da díade, assumia especial relevância na promoção do aleitamento materno, no esclarecimento de dúvidas e no empoderamento da puérpera, apoiando as transições necessárias à construção da identidade materna, à adaptação ao novo papel de mãe e à integração do recém-nascido no seio familiar (Mercer & Walker, 2006). Nesta fase, as puérperas encontram-se no segundo estadió do processo de transição para a maternidade, dedicam-se ao desenvolvimento dos cuidados ao RN, aprendendo a confortá-lo e a interpretar os sinais que este lhe devolve (Mercer, 2004), sendo a promoção do suporte e do empoderamento materno pelos enfermeiros fundamental para aumentar a confiança e a satisfação nas interações com o RN (Aaserud et al., 2017; Mercer, 2006). A capacitação da puérpera para o cuidado do seu filho, é concretizada através da EPS e do treino de competências maternas, permitindo que esta assuma de forma autónoma os cuidados consigo e com o RN (Aaserud et al., 2017; Erfina et al., 2019).

Assim, a minha intervenção centrou-se na realização de EPS dirigida à puérpera e, sempre que presente, ao pai, no âmbito das competências "Informa e orienta a mulher

sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido" e "Informa, orienta e apoia a mãe no autocuidado e a cuidar do seu filho" (OE, 2019, p. 13.563).

No âmbito da prestação de cuidados ao RN, solicitava previamente o consentimento informado e esclarecido da puérpera, assegurando que os cuidados fossem, sempre que possível, realizados na presença da mesma e do pai, e idealmente por estes, promovendo a sua participação ativa. Recorri frequentemente à demonstração e simulação prévias, associadas à orientação durante a execução dos cuidados, abordando conteúdos relacionados com o desenvolvimento do RN, identificação de sinais e sintomas de alarme, cuidados de higiene, manutenção e limpeza do coto umbilical, mudança de fralda, importância de manter a pele seca, técnicas de vestir e despir o RN, contacto pele a pele, massagem de alívio das cólicas, conforto, prevenção da síndrome de morte súbita do lactente e promoção do sono e repouso adequados. Esta informação, era reforçada diariamente junto da puérpera e do pai, respeitando o seu ritmo de aprendizagem.

Contudo, existiram cuidados que, pela sua natureza técnica, não podiam ser realizados pelos progenitores, como a administração da vacina contra a hepatite B, a avaliação da glicemia capilar, o rastreio de cardiopatias congénitas, a colheita de sangue por punção venosa e a realização de Diagnóstico Precoce. Nestas circunstâncias, sempre que possível, estimulava o contacto pele a pele ou incentivava o aleitamento materno como estratégia analgésica não farmacológica, promovendo a ativação do sistema opióide endógeno do RN. Na ausência dos progenitores, aplicava medidas de conforto como a contenção, a sucção não nutritiva e a administração de sacarose, em conformidade com as recomendações da DGS (2012).

No momento da alta hospitalar, que constituía uma oportunidade privilegiada para a realização de EPS e para a consolidação dos conhecimentos adquiridos pela tríade, reforçava as orientações relativas aos cuidados ao RN, esclarecendo eventuais dúvidas, e abordava igualmente os cuidados dirigidos à puérpera. Estes incluíam, informações sobre o retomar da atividade sexual, as opções de contraceção disponíveis, os ajustamentos fisiológicos e emocionais próprios do período pós-parto, bem como a promoção da adaptação à nova realidade familiar.

Adicionalmente, fornecia informação acerca dos recursos comunitários disponíveis, nomeadamente consultas de vigilância materna e pediátrica, e do calendário vacinal recomendado para o RN e para a mulher, de acordo com as orientações vigentes. Sempre que identificadas dificuldades no aleitamento materno (AM), sugeria a marcação de consulta de apoio especializada, garantindo um acompanhamento contínuo e adequado às necessidades individuais da díade (OE, 2019).

O nascimento de um filho, é um evento esperado e desejado pela família (Fernandes & Silva, 2015). No entanto, o internamento do RN, independentemente da causa, representa uma interrupção no processo de vinculação, gerando diversos sentimentos negativos e impactando de forma significativa a adaptação e transição para a parentalidade (Exequiel et al., 2019; Querido et al., 2022). Nesse contexto, o EEESMO desempenha um papel essencial na identificação e monitorização das alterações nos processos de transição e adaptação à parentalidade, bem como na referência de situações que excedem a sua competência (Competência 4.2.2, Regulamento n.º 391/2019).

No Serviço de Neonatologia, participei na prestação de cuidados especializados a RN com necessidades especiais, bem como no apoio à puérpera e à família.

Nesta abordagem, cumpro o princípio de atuação colaborativa do EEESMO, cooperando com a equipa multidisciplinar no tratamento do RN com problemas de saúde no período neonatal, conforme preconizado na Competência 4.3.10 do Regulamento n.º 391/2019. Este efetua o apoio emocional e auxilia na transição para a parentalidade, a mãe/família do RN, num dos momentos mais desafiantes da sua vida (ICM, 2019; Regulamento Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2019).

Neste serviço, o EEESMO não se esgota no cuidado do RN, mas também se estende à mãe e à família, pois estes são igualmente vulneráveis a fatores de stress que podem interferir negativamente na transição para a parentalidade, sendo a atuação do EEESMO essencial para o suporte familiar (ICM, 2019; Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2019; Querido et al., 2022; Sousa & Curado, 2021).

Na prestação de cuidados no âmbito de CSP, realizei consultas de puerpério, e enquanto os RN's dormiam, procedia à observação física e emocional das puérperas,

abordando temas como contraceção e sexualidade, as alterações fisiológicas e emocionais do puerpério, e as necessidades típicas desse período, avaliando o retorno ao seu estado anterior à gravidez. Além disso, promovi a saúde mental das mesmas, realizando a avaliação do estado emocional por meio da aplicação da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), e esclareci as dúvidas apresentadas pelas puérperas e pelo parceiro sobre o puerpério e os cuidados ao RN (DGS, 2005, 2015b).

Quando os RN's acordavam, realizava a sua avaliação céfalo-caudal, e do seu desenvolvimento. Informei os pais sobre o desenvolvimento do RN, cuidados de higiene, sinais e sintomas de alerta, segurança rodoviária, e a importância da vacinação, promovendo a vinculação entre mãe, pai e RN (DGS, 2013; Mercer & Walker, 2006).

3.4. Cuida a Mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e durante o período do climatério

Na área de saúde da mulher, esta abrange não apenas as necessidades específicas relacionadas às funções reprodutivas, mas também todas as condições de saúde ao longo de sua vida, exigindo uma abordagem holística e interdisciplinar que considere o desenvolvimento biológico, psicossocial e a interação com o ambiente (Henrich, 2009). O EEESMO, presta cuidados à mulher ao longo de todo o seu ciclo de vida, abrangendo diversas áreas de atuação. Entre estas, destacam-se a ginecologia, em que cuida das condições de saúde e doença ginecológica; o climatério, apoiando a transição e adaptação à menopausa; e a atuação na comunidade, oferecendo cuidados à mulher em idade fértil, promovendo a saúde sexual e reprodutiva e prevenindo doenças (OE, 2015).

Durante o estágio, tive a oportunidade de prestar cuidados a mulheres com afeções do aparelho génito-urinário, incluindo aquelas com patologia neoplásica do útero.

Quando prestei cuidados a uma mulher que tinha sido submetida a uma Histerectomia, por patologia neoplásica, na realização dos ensinamentos para a alta, constatei que não existia qualquer norma/guia orientador, para realizar a mesma. Cada enfermeiro, dava as informações que lhe pareciam mais pertinentes.

Com o intuito de melhorar as práticas e garantir a qualidade e continuidade dos cuidados, desenvolvi 3 folhetos informativos sobre os cuidados pós-cirurgia (Apêndice VII) baseados em pesquisa científica, com o objetivo de proporcionar a todos os profissionais

do serviço um recurso atualizado e padronizado, garantindo que as pacientes recebessem as informações adequadas sobre os cuidados pós-cirúrgicos.

Esta iniciativa, permitiu-me atuar como um agente dinamizador da incorporação de novos conhecimentos na prática assistencial, visando a melhoria da saúde das utentes. Além disso, esta ação contribuiu para o desenvolvimento da competência comum dos EEESMO, conforme o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), que valoriza a integração do conhecimento científico no contexto prático, promovendo a qualidade do cuidado e os ganhos em saúde para a população.

Tive ainda oportunidade de ir à Consulta de Enfermagem, onde foi possível desenvolver diversas competências e aprendizagens específicas do EEESMO, particularmente nas áreas de ginecologia, patologias do colo do útero, ginecologia oncológica, uroginecologia, e exames de diagnóstico ginecológico, como a colposcopia e histeroscopia. Nestas consultas, pude informar e orientar as mulheres no tratamento de afecções do aparelho génito-urinário, sempre com base nas diretrizes do Regulamento n.º 391/2019, em que se destaca a Competência 6.3.1. Além disso, procurei realizar um acolhimento eficaz, conhecendo as necessidades, receios e dúvidas da mulher, com o objetivo de promover o seu bem-estar, criando um ambiente de confiança e de esclarecimento das dúvidas.

No trabalho multidisciplinar, participei ativamente na colaboração com médicos e outros profissionais da saúde, proporcionando uma intervenção integrada no diagnóstico e tratamento das afecções do aparelho génito-urinário e/ou mama, conforme a Competência 6.2.4 do Regulamento n.º 391/2019.

Uma experiência de grande relevância, foi a minha participação na Consulta de Enfermagem de Saúde da Mulher, um serviço pioneiro realizado exclusivamente por EEESMO. Essa consulta, foca-se na vigilância e adesão ao rastreio do CCU, em concordância com a Competência 6.1.1 do Regulamento n.º 391/2019), em que o EEESMO concebe, planeia, coordena, supervisiona e avalia programas de rastreio, visando promover a saúde ginecológica das mulheres.

Esta consulta, constitui-se como uma oportunidade valiosa para estabelecer relações de confiança, esclarecer dúvidas e clarificar informações, especialmente em relação ao HPV e às ITS, identificar outras necessidades de saúde da mulher, incluindo questões relacionadas à sexualidade, hábitos de vida saudáveis, contraceção,

planeamento familiar, prevenção do CCU, climatério e menopausa. Desta forma, contribui para melhorar a literacia em saúde e capacitar as mulheres a cuidarem de sua saúde ginecológica e aderirem ao rastreio. O EEESMO tem um papel fundamental na identificação das necessidades em cuidados de enfermagem na saúde sexual e reprodutiva, promovendo estratégias de empoderamento (Competências 7.1.4 e 7.1.7 do Regulamento n.º 391/2019).

A nível global, o CCU continua a ser o quarto tipo de cancro mais comum entre as mulheres. Quando detetado precocemente, pode ser evitado e curado (WHO, 2020). O rastreio é fundamental, já que o CCU é assintomático nos estadios iniciais, e as lesões podem passar despercebidas. O HPV, é o principal agente causador do CCU, e é transmitido sexualmente, com mais de 100 tipos identificados. Estudos como os de Casanova et al. (2018) e Pedro et al. (2023) demonstram que o teste de HPV tem uma sensibilidade maior do que a citologia cervical para detetar lesões pré-malignas, sendo, portanto, mais eficaz na prevenção do CCU.

Atualmente, a classificação histológica das lesões do colo do útero é baseada na terminologia LAST (Lower Anogenital Squamous Terminology). Esta classificação distingue entre diferentes tipos de lesões, como: LSIL (Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion) - Refere-se a lesões de baixo grau, associadas a uma infeção por HPV de baixo risco. Essas lesões têm um risco reduzido de evolução para cancro, sendo consideradas, geralmente, de carácter benigno (Casanova et al., 2018); e HSIL (High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion) - Trata-se de lesões de alto grau, que são consideradas pré-cancerígenas. Essas lesões possuem uma alta probabilidade de evoluir para um CCU se não tratadas adequadamente (Casanova et al., 2018).

Durante a consulta, adaptada às necessidades individuais da mulher, realizava-se uma anamnese detalhada, com o objetivo de esclarecer eventuais dúvidas. Paralelamente, realizava-se uma avaliação física, incluindo a inspeção da vagina, vulva e as características do colo uterino, garantindo sempre o mínimo de desconforto possível durante o exame físico e a citologia. Caso fosse identificada qualquer alteração, a mulher era referenciada e encaminhada para cuidados adicionais. O EEESMO tem como competência, diagnosticar e monitorizar potenciais riscos para afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama, e quando necessário, encaminhar para outros profissionais

quando as situações estejam além da sua área de atuação, conforme estipulado nas Competências 6.2.1 e 6.2.2 do Regulamento n.º 391/2019.

Quando uma mulher relata, a ausência de menstruação por um período inferior a um ano, é fundamental realizar o despiste de possíveis sintomas associados ao climatério, promovendo a saúde da mulher e apoiando o processo de transição para a menopausa. Este acompanhamento, visa diagnosticar precocemente e prevenir complicações de saúde durante esta fase (Competências 5.1 e 5.2 do Regulamento n.º 391/2019).

O climatério, representa a transição da fase reprodutiva para o término do ciclo menstrual. Durante este período, as mulheres podem experienciar sintomas devido à diminuição das hormonas, tais como afrontamentos, alterações do sono, sintomas emocionais, alterações na pele, síndrome geniturinária, e a longo prazo, complicações cardiovasculares, osteoporose e problemas neurocognitivos (Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG], 2016).

Assim, ao realizar EPS, a mulheres que estejam a vivenciar este período, estou envolvida no apoio ao processo de adaptação à menopausa (Competência 5.3 do Regulamento n.º 391/2019), monitorizando e avaliando o estado de saúde da utente durante o climatério e referenciando-a para cuidados adicionais quando necessário (Competência 5.2.2 do Regulamento n.º 391/2019).

Além das consultas previamente mencionadas, tive a oportunidade de participar ativamente nas histeroscopias. A histeroscopia é um procedimento ambulatorial de baixo risco, que permite a visualização da cavidade uterina, a avaliação do endométrio e a anatomia do cérvix (Moreira et al., 2020, p. 86206). Durante este procedimento, atuei no acolhimento da utente, otimização do seu posicionamento, e na promoção do conforto e da privacidade, durante e após a realização do procedimento, em colaboração com o médico responsável. Esta atuação está alinhada com a Competência 6.3.5 do Regulamento n.º 391/2019, que destaca a cooperação do EEESMO com outros profissionais no tratamento de mulheres com afeções do aparelho génito-urinário.

Em algumas situações, a realização deste exame resultou na deteção e diagnóstico de carcinomas, circunstância em que prestei apoio emocional às utentes, esclarecendo todo o processo de encaminhamento e fornecendo cuidados adequados. Este apoio contribuiu para a adaptação da mulher ao diagnóstico e ao seguimento clínico, conforme

a Competência 6.3 do Regulamento n.º 391/2019, que descreve a atuação do EEESMO no cuidado das mulheres com doenças do aparelho génito-urinário e/ou mama.

Durante o meu ER, desenvolvi competências essenciais na área da saúde ginecológica, tanto no internamento como através da participação em diversas consultas e procedimentos, com o objetivo de promover a compreensão das mulheres sobre o seu papel ativo na gestão da sua saúde ginecológica. O EEESMO é o profissional indicado para o cuidado da mulher, tanto no contexto familiar como comunitário, abrangendo os processos de saúde e doença ginecológica, e atendendo as necessidades do grupo-alvo, nomeadamente as mulheres em idade fértil, inseridas na comunidade (Competências 6 e 7 do Regulamento n.º 391/2019).

3.5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no processo de separação precoce da díade mãe bebé, para a promoção de um Pós-natal positivo

O EEESMO, desempenha um papel crucial no apoio à mãe e à família, incentivando a expressão de emoções e preocupações e facilitando a transição para a parentalidade. Esse apoio, visa minimizar os fatores de stress que emergem, em situação de separação precoce da díade mãe-bebé, respeitando e valorizando as crenças culturais e individuais das famílias. Ao proporcionar EPS, e uma comunicação eficaz, o EEESMO capacita a mãe e o pai, na aquisição de competências parentais adequadas à situação clínica do RN com necessidades especiais, promovendo assim, uma interação e vinculação positivas entre a mãe, a família e o bebé (ICM, 2019; Mercer, 2006; Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2019; Rosa et al., 2022; Sousa & Curado, 2021; WHO, 2022, 2023).

Para o desenvolvimento desta competência, foi essencial na primeira fase da investigação a realização de uma RS que fundamentou a segunda fase, tendo-se realizado o estudo descritivo de natureza predominantemente quantitativa, com os objetivos específicos de: identificar as necessidades de apoio, emoções e sentimentos da puérpera que sofreu separação precoce da díade Mãe-Bebé, descrever a intervenção do EEESMO na Separação Precoce da Díade Mãe-Bebé e reconhecer os fatores facilitadores e dificultadores na intervenção do EEESMO.

Este subcapítulo inicia-se com a caracterização da amostra, seguindo-se a apresentação dos resultados obtidos na análise dos dados quantitativos e qualitativos, empregando como estrutura norteadora os objetivos do estudo de investigação. O relatório completo de análise dos dados encontra-se disponível no Apêndice IV. Posteriormente apresenta-se a discussão dos resultados e por fim, as principais conclusões, as limitações do estudo assim como as implicações para a prática.

3.5.1. Caracterização socio demográfica e profissional da amostra

A média de idade dos participantes situou-se nos 38.1 anos (DP=7.59), sendo o máximo observado de 54 anos e o mínimo de 24 anos. Constatou-se que 94% (N=47) dos participantes são do género feminino e 6% (N=3) do género masculino, em termos de formação académica 22% (N=11) são Licenciados, 58% (N=29) têm Curso de Pós-Licenciatura e Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e 20% (N=10) são Mestres. Quanto à experiência profissional a média de anos de experiência é de 14,42 anos (DP=7.61, Máx. de 33 anos e Mín. 1 ano), sendo a média de experiência em ESMO de 7.62 anos (DP= 6.43, Máx. de 26 anos e Mín. menos de 1 ano).

3.5.2. Necessidades de apoio, emoções e sentimentos da puérpera que sofreu separação precoce da díade Mãe-Bebé

Necessidades de apoio à puérpera

Os resultados obtidos, evidenciam um reconhecimento unânime, por parte dos enfermeiros, da importância do apoio emocional na assistência às puérperas submetidas à separação precoce da díade mãe-bebé (F=100%; N=50). Paralelamente, observa-se uma valorização expressiva do apoio informativo/educacional (F=88%; N=44) e do apoio psicológico (F=80%; N=40), os quais se configuram como elementos essenciais para a mitigação da ansiedade materna, promoção da compreensão da situação clínica e facilitação da adaptação ao contexto vivenciado. Embora o apoio tecnológico tenha sido identificado por menos participantes (F=24%; N=12), a sua referência sugere a crescente relevância de utilização de ferramentas e recursos digitais e analógicos, que possam favorecer o contacto e a vinculação com o RN. Adicionalmente 6%, (N=3) dos enfermeiros identificaram outras necessidades de apoio nomeadamente espiritual, social, económico

e estratégias de gestão do stress, reforçando a pertinência de uma abordagem holística e adaptada às necessidades individuais e contextuais de cada puérpera.

Principais emoções e sentimentos que as puérperas vivenciam quando ocorre separação precoce da díade.

Os enfermeiros identificaram como principais emoções e sentimentos das puérperas: a preocupação (F=96%; N=48), a ansiedade (F=94%; N=47), a separação precoce da díade mãe-bebé, o medo (F=88%;N=44), a angústia (F=74%;N=37), o stress (F=62%;N=31), a insegurança (F=58%; N=29), a culpa (F=48%;N=24), o trauma (F=20%;N=10), o choque (F=20%;N=10) e outros (F=4%;N=2) em que incluíram o sentimento de inutilidade e a frustração.

3.5.3. Intervenção do EEESMO na Separação Precoce da Díade Mãe-Bebé

Os resultados da RS, permitiram mapear as vivências das puérperas em situação de separação precoce da díade mãe-bebé, e as intervenções realizadas pelo EEESMO para suprir as necessidades que essas vivências desencadeiam, tendo-se identificado 4 categorias de intervenções relacionadas com: Apoio físico, emocional e social; Apoio educacional; Comunicação eficaz e terapêutica e Apoio tecnológico. A apresentação dos resultados da investigação primária no que diz respeito à descrição das intervenções específicas do EEESMO será norteadas por esta categorização, acrescida de outras categorias (Suporte Psicológico Especializado; Promoção da Vinculação; Gestão Prática do Cuidado), que emergiram na análise dos dados recolhidos.

Procurou-se averiguar se os enfermeiros prestavam cuidados diferentes às puérperas submetidas a separação precoce da díade mãe-bebé, relativamente às que não experienciaram essa separação. Dos participantes, 76% (N=38) afirmaram prestar cuidados diferentes, justificando as suas respostas, enquanto 24% (N=12) referiram que o seu cuidar era igual.

Constatou-se que uma grande parte dos enfermeiros, adota um modelo de cuidados que visa respeitar a puérpera, o RN e a família. Neste sentido, verificou-se que 76% (N=38) dos participantes destacaram a importância de um cuidado respeitador. Da mesma forma, 76% (N=38) enfatizam a transmissão de calma e segurança nos procedimentos realizados com o recém-nascido, evidenciando o compromisso em reduzir a ansiedade associada a esses momentos críticos.

Em relação ao apoio à puérpera, 90% (N=45) dos enfermeiros identificaram necessidades de apoio e suporte especializado pelo EEESMO. Quanto à integração consistente na prática clínica das intervenções relativas aos diferentes tipos de apoio identificados, constatou-se que grande maioria dos enfermeiros (F=98%; N= 49) integra intervenções de apoio emocional na sua prática assistencial, 82% (N=41) de apoio educacional, 54% (N=27) de apoio psicológico, refletindo uma abordagem multidimensional que visa responder às necessidades emocionais e informativas da puérpera. Embora menos referenciado, também desenvolvem intervenções de apoio tecnológico (F=22%; N=11) e outros tipos de apoio (6%), como o encaminhamento para o serviço social e a gestão de stress, foram igualmente mencionados, indicando uma preocupação em assegurar recursos complementares para a promoção do bem-estar materno.

Intervenções diferenciadas/especializadas no cuidar da puérpera

Para identificar as intervenções diferenciadas no cuidar da puérpera que sofreu separação precoce da díade pelo EEESMO, recorreu-se à técnica de análise de conteúdo de acordo com as orientações de Bardin (2011). Desta análise emergiram 5 categorias de cuidados: Apoio emocional à puérpera com 16 Unidades de Registo (UC); Promoção da vinculação (12UC); Comunicação eficaz (9UC); Organização dos cuidados com (7UC); Suporte psicológico especializado (6UC). Integradas nestas categorias surgiram 11 subcategorias: Atenção à fragilidade emocional (14UC); escuta ativa e empatia (2UC); Facilitação do contacto com o RN (6UC); Incentivo à amamentação / extração de leite (6UC); Esclarecimento de dúvidas (6UC); Informação sobre o estado do bebé (3UC); Coordenação com Neonatologia (4UC); Criação de ambiente acolhedor(1UC); Personalização do cuidado(2UC); Encaminhamento e sinalização(3UC); Reforço do objetivo terapêutico da separação (3UC), conforme plasmado no Quadro 1 Apêndice IV.

➤ Intervenções de Apoio Físico, Emocional e Social

As intervenções de apoio físico e emocional são amplamente implementadas, com 64% (N=32) dos enfermeiros realizando intervenções físicas.

Cerca de 90% (N=45) também se focalizam no apoio emocional, fazendo recurso do toque terapêutico (M=3,96; DP=0,78) e advogando em defesa da puérpera (M=4,50; DP=0,58). Adicionalmente, os enfermeiros identificaram a necessidade do seu cuidado

integrar uma *atenção adicional à fragilidade emocional* destas puérperas porque “está frágil emocionalmente” (R20); “... encontra-se num sofrimento profundo, necessitando de apoio emocional, existe também a preocupação do bem-estar do RN, a ansiedade da separação da díade...” (R9). A *escuta ativa e a empatia* surgem como práticas recorrentes, que visam responder de forma individualizada ao sofrimento emocional materno “Empatia em relação aos sentimentos manifestados pela mãe” (R29); “mais escuta ativa” (R31). A aplicação de escalas para medir o risco de depressão, stress e ansiedade é utilizada por 34% (N=17) dos enfermeiros, sugerindo que, embora esteja presente, existe um espaço para a adoção mais sistemática dessas ferramentas de avaliação. Ressalta-se que 6% referem o desenvolvimento de outras intervenções, como o envolvimento da família alargada e amigos para suporte emocional.

Quanto ao desenvolvimento de intervenções de apoio social, apenas 32% (N=16) dos enfermeiros mencionam a sua realização, tal como a solicitação do apoio de outros profissionais (M=3,86; DP=0,88), indicando que esta tipologia de intervenções carece de desenvolvimento na prática clínica.

➤ **Intervenções de Apoio Educacional**

Os participantes, desenvolvem muito frequentemente (M=4,28; DP=0,70) intervenções de apoio educacional, demonstrando e ensinando estratégias uteis às puérperas para lidarem com a situação que estão a vivenciar. Para esse efeito contribui a utilização de materiais escritos/visuais pertinentes (M=3,20; DP=1,11), para maximizar integração e processamento da mensagem/informação transmitida.

Com relação à informação disponibilizada 84% (N=42) dos enfermeiros esclarecem a puérpera e a família sobre as rotinas da (UCIN), procedimentos e equipamentos, sendo fundamental para o processo de adaptação e compreensão da situação. Além disso, 52% (N=26) fornecem informações sobre a rede de apoio emocional, e 20% (N=10) sobre a rede de apoio social e económico, evidenciando a importância da orientação sobre recursos de suporte, embora a informação sobre apoio social e económico ainda seja limitada.

Adicionalmente 54% (N=27) dos enfermeiros fornecem estratégias educacionais sobre a gestão/redução de stress e ansiedade, o que reforça a promoção do autocuidado e da capacitação da puérpera para lidar com a situação.

➤ **Intervenções Promotoras da Comunicação Eficaz e Terapêutica**

Os enfermeiros consideram, que a comunicação eficaz, assume-se como pilar da sua intervenção, sendo por isso necessário que “a comunicação estabelecida seja realizada de outra forma” (R22), com especial relevância a forma como transmitem a informação prestada à puérpera que deve promover o *esclarecimento de dúvidas* “dar espaço para retirar dúvidas e esclarecimentos” e ser minimizadora do stress emocional “esclarecendo dúvidas e tranquilizando-os” (R19). No entanto, apenas 16% (N=8) dos enfermeiros mencionam o desenvolvimento de materiais como guias de apoio e manuais de acolhimento, para comunicar com os pais e melhorar a sua a experiência na UCIN.

A partilha regular de *Informação sobre o estado do bebé* “informar a mãe sobre o estado do bebé” (R34), com “maior cuidado em dar informações relativamente ao estado do bebé” (R25), é percebida como intervenções que visam contribuir para a comunicação eficaz. Neste sentido a comunicação sobre o estado de saúde do recém-nascido e seus tratamentos é realizada por 70% (N=35) dos enfermeiros, e 58% (N=29) fornecem informações atualizadas e frequentes sobre a evolução clínica do bebé.

Os participantes, consideram que o recurso à comunicação terapêutica é facilitador da sua intervenção (M=4,34; DP=0,59) no apoio à puérpera que sofreu separação precoce da díade. Para esse efeito recorrem a estratégias como: utilização de linguagem verbal adequada (M=4,42; DP=0,58); utilizam expressões faciais adequadas à linguagem verbal (M=4,20; DP=0,67); disponibilizam pausas/silêncios adequados à informação e interação (M=4,26; DP=0,72); empregam escuta ativa e reflexiva (M=4,34; DP=0,77); demonstram empatia (M=4,66; DP=0,52); procuram clarificar dúvidas/questões (M=4,34; DP=0,59).

➤ **Intervenções de Promoção da Vinculação**

A promoção do contacto entre a puérpera e o recém-nascido, seja por meio da visita da mãe ao bebé ou vice-versa, é implementada por 88% (N=44) dos enfermeiros, sempre que as condições clínicas permitam, destacando a relevância da construção do papel maternal e a vinculação entre a díade.

As intervenções de enfermagem, para preservar e estimular a ligação entre mãe e bebé promotoras da vinculação e da construção do papel maternal, incluem a *facilitação do contacto com o recém-nascido* “promover aproximação com neonato na UCIN” (R26); “estimular a sua presença junto ao RN” (R5); “pequenos gestos como fotos” (R12), assim

como o *incentivo à amamentação/ extração de leite*, “Apoiar de forma diferente na amamentação” (R26), mesmo quando esta não pode ocorrer de imediato “Apoio na amamentação, estimulação bomba elétrica” (R5).

➤ **Intervenções de Gestão prática do Cuidado**

A *coordenação com a Neonatologia* em que o enfermeiro “tento agilizar o contato com a neonatologia” (R12); “Gerir visitas neonatologia” (R30), são intervenções facilitadoras da gestão dos cuidados, assim como o *estabelecimento de ambientes acolhedores* “sempre que possível resguardar a puérpera ainda no Bloco de Partos num quarto ou local mais privado” (R12), e a *personalização do cuidado* “confortar a utente e família de forma personalizada, tentando não proteger em demasia nem ser fria” (R10); “é preciso adaptar a conversa e o saber “estar” perante os pais que não tem o rn consigo” (R28).

Além disso, 32% (N=16) dos enfermeiros implementam protocolos e normas de serviço, a fim de garantir uma atuação padronizada e coordenada nestas situações,

➤ **Intervenções de Apoio Tecnológico**

Os participantes embora não muito frequentemente (M=3,38; DP=1,18) na sua prática clínica, desenvolvem intervenções de apoio tecnológico. Cerca 48% (N=24) dos enfermeiros fazem uso de estratégias digitais, como o WhatsApp para videochamadas e envio de fotos, o que reflete a integração progressiva das novas tecnologias na sua prática.

➤ **Suporte Psicológico Especializado**

Alguns enfermeiros identificam a intervenção de necessidade *Encaminhamento e sinalização*, sobretudo nos casos de maior fragilidade emocional “sinalizar para os colegas do internamento para darem apoio ou pedir mais apoio” (R12); sobretudo “apoio psicológico” (R14); “Tem que existir mais apoio psicológico” (R16). Consideram igualmente importante para o bem-estar psicológico o desenvolvimento da intervenção *Reforço do objetivo terapêutico da separação*, em que “o foco da separação “terapêutica” deve ser mantido, numa perspetiva positiva sempre com o enfoque na melhoria” (R10); com “mais atenção ao psicológico” (R24) e “realizada de outra forma e com outro sentido terapêutico” (R22).

3.5.4. Fatores Facilitadores e Dificultadoras na Intervenção do EEESMO no cuidado à mulher que vivencia a separação precoce da díade mãe-bebê

Para conhecer os fatores que facilitam e os que dificultam a atuação do EEESMO neste enquadramento, efetuou-se, análise de conteúdo das respostas às questões abertas. A análise foi conduzida à luz da metodologia proposta por Bardin (2011), que permite a sistematização e interpretação das categorias emergentes a partir do discurso dos participantes, contribuindo para uma compreensão aprofundada dos elementos que influenciam a prática profissional.

A análise desenvolvida permitiu identificar duas categorias temáticas centrais (Fatores dificultadores e Fatores facilitadores) e seis subcategorias (Recursos Humanos; Estrutura e Organização; Organização dos Cuidados; Comunicação e Formação; Vinculação Mãe-bebê; Recursos Tecnológicos e Analógicos), que refletem as principais dificuldades e facilidades ao cuidar do EEESMO à puérpera em contexto de separação precoce da díade mãe-bebê (Quadro 2 Apêndice IV).

Fatores Dificultadores

➤ Recursos Humanos

Uma das áreas mais expressivamente mencionadas, diz respeito à insuficiência de recursos humanos, evidenciada pela menção à necessidade de “melhores rácios dos serviços” (R5), com destaque para os rácios enfermeiro-cliente inadequados, como reforçado por “não ter rácios adequados” (R17). Essa limitação compromete a disponibilidade de tempo para uma atuação mais próxima e centrada na puérpera, impactando negativamente a promoção do vínculo mãe-bebê, conforme ilustra a expressão “mais tempo disponível para estar com o casal” (R27); “Disponibilizar mais tempo para prestar apoio emocional que na maioria das vezes não é possível por falta de recursos do serviço.” (R47).

➤ Estrutura e Organização

As condições físicas pouco adequadas ao contexto de cuidado humanizado, constituem-se como outro dificultador da intervenção do EEESMO, expressas pela necessidade de “espaço físico adequado para estas situações, recobro separado” (R37). A fragmentação dos serviços também foi destacada como um entrave à continuidade e à integralidade do cuidado, sendo evidenciada pela ausência de articulação entre os

serviços envolvidos na assistência à díade mãe-bebê, como exemplifica a resposta “ter maior coordenação com a equipa de neonatologia” (R33). Esses elementos de estrutura e organização surgem, assim, como barreiras significativas à prestação de cuidados integrados, individualizados e humanizados.

Fatores Facilitadores

➤ Organização do Cuidado

Os enfermeiros, destacaram como facilitador da sua intervenção “Ter um cuidado mais personalizado” (R35), “Facilitando a permanência da puérpera/casal junto do RN internado para cuidados especializados neonatais (R40), adequado às necessidades individuais de cada puérpera, ancorados em normas e protocolos específicos para contextos de separação da díade, conforme evidenciado por “implementar normas no serviço” (R21). Essas propostas refletem a busca por soluções práticas, eficazes e padronizáveis, capazes de uniformizar e humanizar os cuidados prestados, favorecendo a segurança emocional das mães e a consistência das práticas assistenciais.

➤ Comunicação e Formação

A comunicação com a puérpera, foi identificada como um facilitador da intervenção do EEESMO, sendo enunciadas como estratégias promotoras desta comunicação, a escuta ativa, a empatia, “Mais empatia” (R19), bem como a demonstração de “atenção e dedicação” (R30), associadas à disponibilidade para acolher e validar emoções maternas. Destacaram igualmente, a adequação da linguagem utilizada, com atenção ao nível de compreensão da cliente: “A comunicação dos profissionais de saúde deve ser clara e adequada ao nível de conhecimento da cliente” (R42), assim como a “Transmissão de informação acerca do RN” (R15). Estes aspetos revelam-se fundamentais para a promoção da saúde emocional da mãe, sobretudo em momentos marcados pela incerteza e vulnerabilidade. Neste sentido, destaca-se o papel pedagógico do enfermeiro como mediador do saber clínico, contribuindo para a desmistificação da situação clínica e para o fortalecimento da confiança materna: “Desmistificar toda a situação com a equipa multidisciplinar” (R28).

Adicionalmente, os participantes ressaltaram a importância da formação contínua dos profissionais de enfermagem, tanto em “Aprendizagem de estratégias de comunicação” (R4), quanto em conhecimentos técnicos relacionados com os cuidados

neonatais, conforme expresso nas expressões “Mais formação em serviço” (R9) e “Ter mais conhecimento dos procedimentos de neonatologia” (R44).

➤ **Vinculação Mãe-Bebé**

A manutenção e o fortalecimento do vínculo mãe-bebê, mesmo em contextos de separação precoce, foram amplamente valorizados pelos profissionais de saúde como facilitadores da sua intervenção. A “promoção da vinculação” (R15) foi apontada como uma dimensão essencial do cuidado, especialmente considerando os efeitos emocionais adversos que a separação pode gerar na puérpera. Nesse sentido, foram destacadas estratégias como “melhorar a articulação entre equipas dos 2 serviços envolvidos” (R40) incrementando o estímulo ao contato visual e físico precoce com o recém-nascido, “contacto visual e físico com o bebê mais precoce” (R16), e a promoção da presença contínua da mãe junto ao RN internado na UCIN, conforme exemplificado em “Promover mais tempo da mãe com o RN” (R10).

➤ **Recursos Tecnológicos e Analógicos**

Os enfermeiros, também evidenciaram o “utilizar estratégias tecnológicas” (R21) como recurso facilitador. Estratégias como “a videochamada” (R37) foram apontadas como formas eficazes de reduzir a distância simbólica e emocional entre a mãe e o RN, permitindo a manutenção do vínculo mesmo em contextos de restrição de contato físico. O uso de fotografias “fotografia RN” (R23) e outras ferramentas digitais foram igualmente mencionados.

Além disso, emergiu recursos analógicos para desenvolver e disponibilizar materiais informativos acessíveis e culturalmente adequados, como “folhetos informativos” (R11) e “instrumentos com imagens, e traduzidos em várias línguas” (R29), que auxiliem na compreensão da situação clínica e promovam o empoderamento materno no processo de cuidado.

3.5.5. Discussão de Resultados

As necessidades maternas resultantes da separação precoce da díade mãe-bebê, e as intervenções de enfermagem que lhes dão resposta, em conjunto, potenciam a reflexão e discussão para que o cuidado prestado seja holístico, personalizado e tecnicamente estruturado, que responda aos desafios emocionais, informacionais, relacionais e práticos que a puérpera enfrenta neste contexto.

A vivência da separação precoce da díade, é consistentemente descrita na literatura como uma experiência profundamente desestabilizadora para a mulher, marcada por sentimentos de medo, ansiedade, insegurança, angústia (Manzo et al., 2018), trauma, stress, choque, preocupação (Yilmaz, G. & Alemdar, D. K., 2021) e culpa (Alinejad-Naeini et al., 2021). Estudos como os de, Manzo et al. (2018), Ong et al. (2019), Nazari et al. (2020) e Alinejad-Naeini et al. (2021) reforçam que estes sentimentos, são intensificados pela imprevisibilidade do estado clínico do RN, pela hospitalização prolongada em UCIN, e pela ausência de contacto físico e afetivo imediato com o bebé. Esta realidade, é confirmada pelos resultados obtidos neste estudo, em que os enfermeiros identificam as emoções mais frequentemente experienciadas pelas puérperas como a preocupação (96%), a ansiedade (94%), o medo (88%), a angústia (74%), o stress (62%) e a culpa (48%).

Diante destas vivências, torna-se evidente a necessidade de intervenções de enfermagem direcionadas e diferenciadas. Tanto os resultados da RS como do estudo empírico convergem na identificação de quatro áreas fundamentais de intervenção: apoio emocional/psicológico, apoio educacional, comunicação terapêutica e apoio tecnológico.

O apoio emocional, surge como a intervenção mais destacada, quer na literatura, quer na prática clínica. Estudos como os de Yilmaz & Alemdar (2021) e Im & Oh (2021) comprovam que para concretizar este apoio, são importantes a escuta ativa, a empatia, o toque terapêutico e a validação dos sentimentos, pois promovem a redução do stress materno e o fortalecimento da sua resiliência emocional. Neste estudo, 100% dos enfermeiros reconhecem a importância deste apoio e 98% referem integrá-lo na sua prática assistencial, sendo também concordante o recurso a estratégias mencionadas.

No que respeita ao apoio educacional, a RS destaca a sua importância para o empoderamento materno e para a adaptação à nova realidade e construção do papel maternal. As mães relatam que, a informação prestada sobre a patologia do bebé, os procedimentos da UCIN e os recursos disponíveis atenua a ansiedade e promove maior envolvimento nos cuidados (Akkoyun & Arslan, 2019; Ong et al., 2019). Estes resultados, são semelhantes ao percebido pelos participantes do estudo, tendo 84% dos enfermeiros referido fornecer informação à puérpera e à família, e 82% integram este tipo de apoio de forma sistemática. Além disso, 54% fornecem estratégias de gestão do

stress e ansiedade e 42% utilizam materiais escritos e visuais, embora a média de utilização destes materiais ($M=3,2$; $DP=1,11$) indique ainda margem para maior aplicabilidade desta prática.

A comunicação terapêutica, é outra categoria de intervenção assumida como um pilar do cuidado de enfermagem tanto na investigação secundário como na primária. Para as mães, uma comunicação clara, empática e contínua é essencial para compreender a situação clínica do seu filho e sentir-se incluída no processo de cuidado (Nazari et al., 2020). Na prática clínica, os enfermeiros demonstram competências elevadas nesta área, utilizando linguagem verbal clara ($M=4,42$), escuta ativa e reflexiva ($M=4,34$), sendo empáticos ($M=4,66$) e fazendo uso adequado de pausas e expressões faciais ($M=4,26$ e $M=4,20$). Além disso, 70% dos enfermeiros referem fornecer informação regular sobre o estado do bebé, reforçando o seu papel como mediadores da comunicação entre a equipa de saúde e a puérpera.

A promoção da vinculação mãe-bebé, mesmo em contexto de separação física, é outra área que requer a intervenção dos enfermeiros. A literatura evidencia que, a facilitação do contacto, mesmo que mediado por tecnologias ou gestos simbólicos (como o envio de fotos), é fundamental para a construção do papel maternal e da vinculação (Yilmaz & Alemdar, 2021; Im & Oh, 2021). Neste estudo, 88% dos enfermeiros desenvolvem intervenções com estes objetivos, através de visitas à UCIN, estimulação da amamentação ou extração de leite, envio de imagens do bebé ou outras estratégias que promovam a ligação afetiva.

O apoio tecnológico, embora ainda emergente, mostra-se como uma intervenção promissora, tal como destacam Ong et al., 2019, que neste alinhamento mencionam a utilização de videochamadas, mensagens e aplicações móveis como recursos eficazes para mitigar a ausência física e promover o envolvimento emocional. No estudo desenvolvido, 48% dos enfermeiros referem utilizar estas estratégias, sendo mencionados recursos como o WhatsApp, fotografia digital e folhetos informativos digitais ou multilinguísticos. A média de uso ($M=3,38$; $DP=1,18$) revela uma prática em desenvolvimento, que deverá ser incentivada como complemento valioso aos cuidados presenciais.

Contudo, a implementação das intervenções de enfermagem, dirigidas à puérpera em contexto de separação precoce da díade, de acordo com a perceção dos participantes,

é dificultada por barreiras organizacionais, nomeadamente a escassez de recursos humanos, a inadequação das estruturas físicas e a frágil articulação entre os serviços de Obstetrícia e UCIN. Estes fatores, instigam o desapoio emocional e informacional, refletindo limitações de disponibilidade dos profissionais (Manzo et al., 2018; Im & Oh, 2021; Yilmaz & Alemdar, 2021). A vivência de choque na primeira visita ao recém-nascido, e a percepção de exclusão do cuidado (Alinejad-Naeini et al., 2021; Nazari et al., 2020) sugerem ainda que o ambiente físico e a falta de privacidade contribuem para o agravamento do sofrimento materno. Por sua vez, sentimentos de desorganização emocional e insegurança apontados pelas puérperas (Akkoyun & Arslan, 2019; Ong et al., 2019) podem estar relacionados com falhas na continuidade do cuidado, revelando a importância de uma abordagem integrada e humanizada por parte da equipa de enfermagem. Em contrapartida, os enfermeiros apontam como facilitadores à sua intervenção, a existência de protocolos organizacionais específicos para este contexto, que orientam e padronizam a atuação clínica; a formação contínua em comunicação terapêutica e cuidados neonatais, que fortalece a capacitação técnica e relacional dos profissionais; a criação de ambientes acolhedores e humanizados, e, não menos relevante, a possibilidade de garantir a presença prolongada da mãe junto ao seu bebé, medida reconhecida como promotora da vinculação e do bem-estar emocional materno, bem como a utilização de tecnologias existentes ao seu dispor (fotos). Estes elementos facilitadores constituem pilares fundamentais para a construção de uma prática de enfermagem mais sensível, eficaz e centrada nas necessidades da mulher e da díade (Manzo et al., 2018; Im & Oh, 2021).

3.5.6. Principais conclusões, implicações para a prática e limitações

A análise conjunta da RS e do estudo empírico, evidenciou forte convergência quanto às necessidades emocionais da puérpera em contexto de separação precoce da díade mãe-bebé, destacando a relevância do apoio emocional, informativo e comunicacional por parte do EEESMO. No entanto, o estudo empírico trouxe três achados diferenciadores não identificados na RS: a promoção da vinculação mãe-bebé, o suporte psicológico especializado e a gestão prática do cuidado, reforçando a importância de intervenções dirigidas ao fortalecimento do vínculo e ao apoio à saúde mental.

Apesar do alinhamento, entre os resultados deste estudo e a evidência científica publicada, persistem algumas limitações na prática clínica, nomeadamente ao nível da escassez de recursos humanos, dificuldades organizacionais e fraca integração de algumas tecnologias. Estes resultados sublinham a necessidade de reforçar a formação dos profissionais, adaptar os contextos institucionais e consolidar práticas baseadas na evidência para garantir cuidados especializados, sensíveis e humanizados.

Os resultados obtidos, apresentam importantes implicações para a prática do EEESMO, destacando a necessidade de reforçar a sua intervenção na promoção do vínculo mãe-bebé em situações de separação precoce. A adoção de estratégias individualizadas de apoio emocional, psicológico e comunicacional revela-se essencial para mitigar o impacto negativo dessa vivência na saúde materna. Além disso, a incorporação de recursos tecnológicos, como videochamadas e suporte visual, constitui uma ferramenta facilitadora do contato entre mãe e recém-nascido, especialmente em unidades de cuidados intensivos neonatais.

Torna-se igualmente premente, investir na formação contínua dos profissionais, com enfoque na comunicação terapêutica e no apoio à saúde mental perinatal, de modo a capacitar os enfermeiros para uma resposta mais adequada e humanizada. A melhoria da articulação entre os serviços de obstetrícia e neonatologia, bem como a revisão das condições organizacionais, nomeadamente os rácios enfermeiro-cliente e o tempo disponível para o cuidado individualizado, são fatores críticos para garantir a continuidade e a eficácia da intervenção especializada.

Contudo, este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação e generalização dos resultados. A amostra foi obtida por redes sociais, sendo composta por participantes voluntários recrutados online, o que pode introduzir viés de seleção e comprometer a representatividade dos dados. A utilização de um questionário de autopreenchimento, pode igualmente limitar a profundidade das respostas, especialmente na componente qualitativa, que foi restrita a duas perguntas abertas. Acresce ainda o facto de a investigação centrar-se exclusivamente na perspetiva dos enfermeiros, não incorporando a perceção das puérperas, o que representa uma limitação significativa na compreensão global da experiência materna em contexto de separação precoce da díade.

3.5.7. Disseminação da temática e dos resultados do estudo

Ao longo deste percurso formativo, procurou-se sensibilizar os profissionais de enfermagem para a problemática da separação precoce da díade mãe-bebé, promovendo a divulgação da temática e dos principais achados da RS, tanto em momentos formais como informais. Verificou-se que, algumas intervenções de enfermagem já se encontravam parcialmente implementadas, enquanto outras foram acolhidas com interesse, evidenciando o seu potencial para melhorar os cuidados prestados.

No contexto clínico de MMF, foram desenvolvidas intervenções de EPS dirigidas a grávidas e suas famílias, fundamentadas nas estratégias identificadas na revisão de literatura. A sua aplicação, em articulação com a orientadora de estágio, revelou-se eficaz na preparação das mulheres para uma eventual separação precoce da díade, traduzindo-se numa maior tranquilidade e capacidade de tomada de decisão informada.

A pertinência da temática, foi amplamente reconhecida pelas equipas de enfermagem, sendo este reconhecimento facilitado, em parte, pela existência prévia de materiais formativos e portfólios em desenvolvimento sobre o tema. Nesse âmbito, foram promovidas três sessões de formação nos serviços de MMF, Puerpério e BP, direcionadas a 29, 17 e 6 enfermeiros, respetivamente. As sessões decorreram em formato híbrido (presencial e online), acompanhadas por planos de sessão, apresentações em *PowerPoint* e questionários de avaliação (Apêndice VIII). Embora a participação tenha sido limitada em algumas sessões, os contributos recolhidos revelaram-se relevantes, permitindo o aprimoramento de futuras intervenções formativas e reforçando o compromisso com a qualificação contínua dos profissionais.

No contexto clínico de Puerpério, foram desenvolvidas intervenções de EPS junto de duas puérperas, demonstraram impacto positivo na gestão emocional durante a separação precoce. Em ambos os casos, verificou-se uma evolução do estado emocional pós intervenções. Adicionalmente, identificaram-se boas práticas já implementadas no serviço, como o contacto prévio com o serviço de Neonatologia, apoio na primeira visita, acompanhamento psicológico e material informativo analógico.

No BP, apesar das limitações organizacionais que impediram a divulgação alargada da temática e dos resultados da RS, foi possível realizar uma sessão formativa, com avaliação final.

4. Conclusão

O presente relatório de estágio, desenvolvido no âmbito do MESMO, constituiu uma oportunidade ímpar para o desenvolvimento de competências especializadas e a consolidação de um perfil profissional reflexivo, crítico e fundamentado na evidência científica. A temática investigada “A Intervenção do EEESMO na Separação Precoce da Díade Mãe-Bebé”, revelou-se de elevada relevância clínica, ética e emocional, com implicações diretas para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados em contextos obstétricos e neonatais.

A investigação foi conduzida em duas fases complementares: uma RS e um estudo descritivo. A RS, permitiu mapear a evidência científica recente sobre as vivências das puérperas em situação de separação precoce da díade mãe-bebé, bem como as intervenções de enfermagem eficazes para responder às suas necessidades. Foram identificadas emoções marcantes como medo, culpa, tristeza, impotência e stress, com impacto significativo na construção do papel maternal e no processo de vinculação com o recém-nascido. Neste sentido, destacaram-se como intervenções fundamentais o apoio emocional e psicológico, a comunicação terapêutica, o fornecimento de informação clara e o uso de tecnologias para manter o contacto com o bebé.

A fase empírica confirmou-se que os enfermeiros reconhecem a importância das intervenções identificadas na revisão scoping. No entanto, emergiram também fatores dificultadores, como a escassez de recursos humanos, o tempo limitado para prestar cuidados personalizados e a débil articulação entre os serviços de obstetrícia e neonatologia, que comprometem a resposta assistencial adequada em contextos de separação precoce.

Deste modo, pode concluir-se que os objetivos delineados foram plenamente alcançados. Identificaram-se as principais emoções vivenciadas pelas puérperas, descreveram-se intervenções promotoras de apoio emocional, psicológico, comunicacional, tecnológico, e analisaram-se os fatores que facilitam ou dificultam a prática do EEESMO neste contexto específico. Esta investigação permitiu, assim, aprofundar e produzir conhecimento sobre um fenómeno pouco explorado, promovendo uma reflexão fundamentada sobre práticas de cuidado que respeitam a vulnerabilidade e os direitos da mulher-mãe. Uma limitação do estudo foi a amostra de enfermeiros obtida por conveniência, o que pode restringir a generalização dos

resultados. Ainda assim, os dados reforçam o papel da Enfermagem na humanização dos cuidados, ao evidenciar a importância do cuidado centrado na mulher, da escuta ativa e da comunicação empática como pilares éticos que promovem a segurança emocional da puérpera, o vínculo materno-infantil e a continuidade do cuidado em contextos vulneráveis. Recomenda-se aprofundar esta temática com estudos que explorem a percepção das puérperas, bem como o desenvolvimento de estudos longitudinais, que avaliem o impacto das intervenções de enfermagem na adaptação materna e na vinculação a médio e longo prazo. Seria ainda pertinente, a criação e validação de protocolos baseados em evidência e com abordagem multidisciplinar.

Ao longo da prática clínica em diferentes contextos, MMF, Puerpério e BP, foi possível aplicar, testar e adaptar estratégias identificadas na RS, mediante intervenções de EPS dirigidas a grávidas e puérperas, constatando-se que a aplicação dessas estratégias contribuiu para uma maior tranquilidade, compreensão e participação ativa das mulheres em situação de separação da díade, evidenciando-se a aplicabilidade e pertinência dos resultados obtidos.

A realização de sessões formativas com profissionais de enfermagem reforçou a disseminação da evidência científica, estimulando a reflexão crítica sobre práticas existentes, fomentando a adoção de cuidados mais humanizados, individualizados e centrados na puérpera que sofre separação precoce do seu RN.

Durante o percurso formativo, conciliar o estudo autónomo com a exigente carga horária do ER, os compromissos laborais e a vida familiar, revelou-se um desafio significativo, agravado por tarefas académicas adicionais, o que resultou na necessidade de um maior investimento no aprofundamento teórico individual. Concluo este percurso, consciente da elevada complexidade e exigência das múltiplas áreas de intervenção do EEESMO, reconhecendo que, embora tenha construído bases sólidas para o exercício de funções, o processo de desenvolvimento profissional é contínuo. Comprometo-me, assim, a manter uma postura de aprendizagem permanente, orientada por práticas baseadas na evidência, pela atualização científica e pelo rigor ético, assumindo a responsabilidade pelas decisões clínicas no âmbito da minha competência e contribuindo ativamente para a promoção e valorização da profissão.

Referências Bibliográficas

- Aaserud, T. G., Tveiten, S., & Gjerlaug, A. K. (2017). Home visits by midwives in the early postnatal period. *Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning*, 1–12.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=ccm&AN=121734506&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Ahmadinezhad, M., Vizesfar, F., & Pakniat, A. (2022). Mothers' perceptions of the quality of postnatal care provided in health centers and the associated factors: A cross sectional study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 10(2), 110-119. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2021.90057.1663>
- Akkoyun, S., & Tas Arslan, F. (2019). Investigação do estresse e do suporte de enfermagem em mães de prematuros internados em unidades de terapia intensiva neonatal. *Revista escandinava de ciências do cuidado*, 33(2), 351–358.
<https://doi.org/10.1111/scs.12630>
- Alinejad-Naeini, M., Peyrovi, H., & Shoghi, M. (2021). Emotional disorganization: The prominent experience of Iranian mothers with preterm neonate: A qualitative study. *Health care for women international*, 42(4-6), 815–835.
<https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1797040>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstetrics and Gynecology*, 131(5), 140-150.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002633>
- Amorim, M. H. C., Oliveira, S. M. J. V., & Santos, R. (2023). Incidência e fatores associados ao trauma perineal em parturientes. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 45(2), 120–127. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1760940>
- Ayres-de-Campos, D., Spong, C. & Chandrachan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International journal of gynecology and obstetrics*, 131(1), 13–24.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (Ed. rev. e atual.). Edições 70.
C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1a, pp. 216–227).

- Campos, D., & Carvalho, C. (2022). Hipóxia Fetal e Tocólise Aguda. In D. Campos & L. Pinto (Eds.), *Protocolos de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (1a)*. Lidel – Edições Técnicas Lda.
- Canavarro, M. C. & Pedrosa, A. (2005). Transição para a parentalidade. Compreensão segundo diferentes perspetivas teóricas. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Fim de Século.
- Casanova, R., Chuang, A., Goepfert, A., Hueppchen, N., & Weiss, P. (2018). Beckmann and Ling's Obstetrics and Gynecology. American College of Obstetricians and Gynecologists. Kluwer W, 8(7). [https://dl.cafepezeshki.ir/book/beckmann-and-ling-obstetrics-and-gynecology-eighth-2019\(CafePezeshki.IR\).pdf](https://dl.cafepezeshki.ir/book/beckmann-and-ling-obstetrics-and-gynecology-eighth-2019(CafePezeshki.IR).pdf)
- Centeno, M. (2017). Puerpério e Lactação. In L. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal (5a)*, pp. 372–380). LIDEL.
- Costa, A., & Neves, J. (2019). Rastreio do Cancro do Colo do Útero. In J. Neves (Ed.), *Ginecologia Fundamental (1a)*, pp. 51–53). LIDEL – Edições Técnicas, Lda.
- Decreto de lei nº 74/2006 de 24 de Maio. (2006). Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República, n.º 60/2006. Série I-A,8-9.
- Direção Geral da Saúde. (2005). Promoção da saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância – Manual de orientação para profissionais de saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2006). Circular Informativa Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar.
- Direção Geral da Saúde. (2008). Saúde reprodutiva/Planeamento familiar. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. ISBN 978-972-675-182 3.
- Direção Geral da Saúde. (2012). Orientação no 024/2012. In *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/14ecessidade-e-circulares-informativas/14ecessidad-n-0242012-de-18122012.png.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2013). Norma 010/2013 – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Norma e orientações sobre aspetos técnicos relacionados com a cesariana: Indução do trabalho de parto (Orientação n.º 002/2015 de*

- 19/01/2015). Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas.
https://omcentro.com/ficheiros/docs/induc_traba_parto.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Direção-Geral da Saúde. nocs.pt/wp-content/uploads/2016/01/Programa-Nacional-Vigilancia-Gravidez-Baixo-Risco-2015.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2020). Cursos de preparação para o parto e parentalidade – CPPP e Cursos de recuperação pós-parto – CRPP. Equidade na transição para a maternidade e paternidade. In Direção-Geral da <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/sr-cursos-parto-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2023). Orientação 002/2023 Cuidados de saúde durante o trabalho de parto.
- Erfina, E., Widyawati, W., McKenna, L., Reisenhofer, S., & Ismail, D. (2019). Exploring Indonesian adolescent women's healthcare needs as they transition to motherhood: A qualitative study. *Women and Birth*, 32(6), e544–e551.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.02.007>
- Exequiel, N., Milbrath, V., Gabatz, R., Vaz, J., Hirschmann, B., & Hirschmann, R. (2019). Family experiences of the neonate hospitalized in a intensive therapy unit. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 89(27). <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.89-n.27-art.466>
- Farrales, L. L., Cacciatore, J., Jonas-Simpson, C., Dharamsi, S., Ascher, J., & Klein, M. C. (2020). What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: A community-based participatory study. *BMC Psychology*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0385-x>
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In M. Nené & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed., pp. 308–320). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Fernandes, N. & Silva, E. (2015). Vivência dos pais durante a hospitalização do recém nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 107-115.
<http://dx.doi.org/10.12707/RIV14032>

- Finlayson, K., Crossland, N., Bonet, M., & Downe, S. (2020). What matters to women in the postnatal period: A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS ONE*, 15(4), e0231415. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231415>
- Fortin, M. F. (2016). *O processo de investigação: da concepção à realização* (5.^a ed.). Lusodidacta.
- Graça, L., & Machado, M. (2017). *Medicina Materno-fetal* (5th ed.). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Guerra, A. (2016). Analgesia e Anestesia em Obstetrícia. In M. Nené & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed., pp. 425–431). Lidel – Edições técnicas, Lda.
- Henrich, J. (2009). Introduction to women's health: the primary care of women. *ACP Medicine*, 1-8.
- Im, M., & Oh, J. (2021). Suporte de enfermagem percebido por mães de prematuros em uma unidade de terapia intensiva neonatal na Coreia do Sul. *Pesquisa em enfermagem em saúde infantil*, 27(2), 146–159. <https://doi.org/10.4094/chnr.2021.27.2.146>
- International Confederation of Midwives. (2019). Essential Competencies for Midwifery Practice. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/generalfiles/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019_final_18-oct_5db05248843e8.pdf
- Kettle, C., Dowswell, T., & Ismail, K. M. (2012). Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000947.pub3>
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. (7^a ed.). Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1.
- Manzo, B. F., Costa, A. C. L., Silva, M. D., Jardim, D. M. B., Costa, L. O. da (2018). Separação inevitável do binómio mãe-bebé no pós-parto imediato na perspetiva materna. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, 18 (3): 509-515 jul-set., 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000300004>
- Meighan, M.M., Bee, A. M., Legge, D., Oetting, S. (2002). Ramona Mercer, Consecução do Papel Maternal. In Tomey, A. M., Alligood, M. R. (Eds). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5^a edição). (pp.521-541) Lusociência.

- Mercer, R. T. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing Research*, 30(2), 73–77.
- Mercer, R. T. (1985). The process of maternal role attainment over the first year. *Nursing Research*, 34(4), 198–204. <https://doi.org/10.1097/00006199-198507000-00002>
- Mercer, R. T. (1995). *Becoming a Mother: Research on Maternal role identity since Rubin*. New York: Springer .
- Mercer, R. T. (2004). Clinical Scholarship *Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment*.
- Mercer, R. T. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *JOGNN – Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(5), 649–651. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00086.x>
- Mercer, R. T. (September/October de 1981). The Nurse and Maternal Tasks of Early Postpartum. *American Journal of Maternal Child Nursing* , pp. 341-345.
- Mercer, R. T., & Walker, L. O. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. In *JOGNN – Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* (Vol. 35, Issue 5, pp. 568–582). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00080.x>
- Miranda, A. & Zangão, M. (2020). Mothers' experiences of fetal death. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(3), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20037>
- Miranda, A., Miranda, L., & Vermelho, M. (2016). Hemorragias na Gravidez. In M. Nené & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1a, pp. 216–227). Lidel.
- Moreira, J., Sousa, C., Ferreira, K, Xerez, N., & Lopes, T. (2020). Assistência de enfermagem perioperatória à paciente submetida à histeroscopia diagnóstica mais sling. *Brazilian Journal of Development*, 6(11), 86203-86210. DOI:10.34117/bjdv6n11-152
- National Bereavement Care Pathway. (2020). Stillbirth. www.nbcpathway.org.uk
- National Bereavement Care Pathway. (2022). Termination of Pregnancy due to Fetal Anomaly (TOPFA). www.nbcpscotland.org.uk.
- Nazari, R., Moradi Koosha, F., Rezaie, S., Akbari, N., Qolizadeh, A., & Sabzi, Z. (2020). Experiences of mothers of babies admitted to a neonatal intensive care unit (NICU). *Journal of neonatal-perinatal medicine*, 13(4), 571–579. <https://doi.org/10.3233/NPM-190205>

- Néné, M., Marques, R. & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel (1ªed.). ISBN 978-989-752-146-1.
- Nunes, L. (2020). *CONSIDERAÇÕES ÉTICAS a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS|IPS.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Ong, S. L., Abdullah, K. L., Danaee, M., Soh, K. L., Soh, K. G., Lee, D. S. K., & Hussin, E. O. D. (2019). Effectiveness of a structured nursing intervention program on stress and maternal ability of mothers of premature infants in a neonatal intensive care unit. *Revista de enfermagem clínica*, 28(3-4), 641–649.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14659>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Parecer N.º 2 / 2012: Recomendações para a preparação para o Nascimento. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Parecer n.º 20/2012 – Curso de especialização em ecografia do abdómen, pelve, obstétrica e mama*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_20_2012_Curso_de_especializacao_em_ecografia_do_abdomen_pelve_obstetrica_e_mama.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Parecer N.º 04/2016: Sessão e Tempos de Duração dos Cursos de Preparação para o Nascimento e Curso de Recuperação Pós-Natal. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República. 2ª Série (nº26). 4744- 4750.

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 391/2019 de 3 de maio. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República. 2ª Série (nº 85). 13560–13565.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.
- Orfão, A. (2016). Determinação do risco Materno-fetal. In M. Nené & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª, pp. 108–116). Lidel.
- Pacheco, P. A., Rosa Costa, A., Lanhoso, A., Teresa, A., Santos, A., Rodrigues, C., Rebelo, C., Capela, E., Águas, F., Gerales, F., Solheiro, H., Martins, I., Santos Silva, I., Neves, J., Marques, P., Palma, F., Sousa, F., Gomes, G., Do, M., ... Ferraz, T. (2020). Consenso sobre Contraceção 2020.
- Pedro, A., Pacheco, A., Sousa, R., Mendinhos, G., Miranda, M., Urzal, C., Monteiro, V., Fraga, T., Silva, D., Paula, T., Oliveira, I., Cabral, J. & Moutinho, J. (2023). Orientações de consenso para a abordagem dos resultados alterados nos testes de rastreio do cancro do colo do útero pela SPCPTGI. *Acta Médica Portuguesa*, 36(4), 285-295.
- Public Health Agency of Canada. (2020). Family-centred maternity and newborn care: National guidelines Chapter 7: Loss and Grief. In Family-centred maternity and newborn care: National guidelines. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/maternity-newborn-care-guidelines/chapter-7.html>
- Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Caldeira, S., & Nunes, E. (2022). Nursing interventions concerning the bonding of hospitalized newborns – scoping review. *Enfermeria Global*, 21, 625–637. <https://doi.org/10.6018/eglobal.479291>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª Série (N.º 26 de 6 de fevereiro <https://dre.pt/application/file/a/119189160> de 2019), 4744-4750, ELI: <https://dre.pt/application/file/a/119189160>
- Regulamento n.º 391/2019 (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde materna e Obstétrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: 2.ª Série (N.º 85 de 3 de maio de 2019), 13560 13565. ELI: <https://dre.pt/application/20eccessid/122216892>

- Rosa, N. R. P. S., Curado, M. A. Dos S., & Henriques, M. A. P. (2022). Percepção dos pais sobre as práticas de educação em saúde na Unidade Neonatal. Escola Anna Nery, 26. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0040>
- Santos, M., & Baptista, M. (2016). Necessidades em cuidados de enfermagem da puérpera e recém-nascido. In M. Nené & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1a, pp. 455–472). Lidel – edições técnicas, Lda.
- Sequeira, A., Sobral, M., Prata, A., Correia, T., Monteiro, M., & Henriques, C. (2020). Rotura artificial de membranas (amniotomia). In *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed., pp. 79–83). Lidel – Edições técnicas, Lda.
- Silva, M. (2018). INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO HOSPITALAR FACILITADORAS DO PROCESSO DE LUTO APÓS A PERDA GESTACIONAL [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Silveira, S., & Trapani, J. (2018). Monitorização fetal intraparto. São Paulo: Federação Brasileira: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).
- Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC) (2020). Consenso Sobre a Contraceção 2020. Sociedade Portuguesa da Contraceção.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2016). Consenso Nacional sobre Menopausa. Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 1-174.
https://www.spGINECOLOGIA.pt/uploads/Consenso_Menopausa_2016.pdf
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia, & Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2013). Consenso Clínico “Hipoglicemia neonatal.” In Consenso Clínico Hipoglicemia neonatal. https://www.spNEONATOLOGIA.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013_Hipoglicemia_neonatal.pdf
- Sousa, F., & Curado, M. A. Dos S. (2021). Parental stress scale in the neonatology unit: Statistical validation for the 22necessidad population. *Enfermeria Global*, 20(4), 415–425. <https://doi.org/10.6018/eglobal.459491>
- Sultan, A., Thakar, R., & Fenner, D. (Eds.) (2007). Perineal and anal sphincter trauma. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-84628-503-5_2
- Veronez M, Borghesan NAB, Corrêa DAM, Higarashi IH. Experience of mothers of premature babies from birth to discharge: notes of field journals. *Rev Gaúcha*

Enferm. 2017 jun;38(2):e60911. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.60911>

World Health Organization. (2016). WHO Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. ISBN 978 92 4 154991 2

World Health Organization. (2017). Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: Melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. ISBN 978-92-4-854945-8.

World Health Organization. (2018). WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience. In WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience. (p. 200). World Health Organization.

World Health Organization. (2020). Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336583>

World Health Organization. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. ISBN 978-92-4-00459

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

World Health Organization. (2023). Born too soon Decade of action on preterm birth.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240073890>

Yilmaz, G., & Küçük Alemdar, D. (2021). O Efeito de Intervenções de Enfermagem de Suporte na Redução dos Níveis de Estresse de Mães de Bebês em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Um Ensaio Clínico Randomizado. *Pesquisa em enfermagem clínica*, 31(5), 941–951. <https://doi.org/10.1177/10547738211047359>