



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

Relatório de Estágio

***O papel dos avós na transição para a parentalidade:
desafios para o enfermeiro obstetra***

The Role of Grandparents in the Transition to Parenting: Challenges for the
Obstetric Nurse

Inês Tomé de Sousa

***Lisboa
2025***



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

Relatório de Estágio

***O papel dos avós na transição para a parentalidade:
desafios para o enfermeiro obstetra***

The Role of Grandparents in the Transition to Parenting: Challenges for the
Obstetric Nurse

Inês Tomé de Sousa

Orientadora: Professora Doutora Alexandra Manuela Garcês
Caramelo Tereso

***Lisboa
2025***

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Agradecimentos

À **Professora Alexandra Tereso**, minha orientadora, expresso a minha mais profunda gratidão pelo acompanhamento atento, pela orientação sábia e pelo incentivo constante, sempre acompanhado de boa disposição e palavras de encorajamento.

Um agradecimento especial à **Professora Maria Helena Bértolo**, que esteve presente desde o início deste percurso, tendo sido essencial na definição do projeto e coautora da Revisão Scoping publicada. O seu contributo foi determinante para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus filhos, **Francisco e Afonso**, por me fazerem feliz todos os dias e por serem a minha maior fonte de inspiração.

Ao meu marido, **Diogo**, pelo apoio inabalável, pelo incentivo constante e por estar sempre ao meu lado, em todas as etapas deste percurso. Amo-te!

À minha família, com um carinho especial para a minha mãe, **Isaura**, e para a minha sogra, **Margarida**, pelo apoio incondicional e por terem sido ajudas imprescindíveis ao longo de todo este processo.

Às minhas marias do coração, **Marina e Sara**, por toda a amizade, carinho e palavras de força nos momentos mais desafiantes. E a todas as outras amigas, em especial, à **Rita**.

Às minhas colegas de curso, especialmente à **Rute, Sara, Joana e Filipa**, pelo companheirismo, motivação e espírito de entreajuda que tanto enriqueceram esta jornada.

Aos **enfermeiros orientadores**, que contribuíram de forma significativa para o meu crescimento e para o desenvolvimento das competências no âmbito do EEESMO. São, sem dúvida, excelentes exemplos de profissionalismo e dedicação.

Aos meus **colegas de trabalho**, com um especial agradecimento à **Inês**, pela compreensão, apoio e amizade ao longo deste caminho.

Às **mulheres, famílias e avós**, que tive o privilégio de cuidar ao longo da minha prática, pela confiança, partilha e pela riqueza humana que acrescentaram ao meu percurso profissional.

E por fim, aos **participantes do estudo**, pela sua disponibilidade e generosidade em contribuir para o avanço do conhecimento científico. Sem eles, este trabalho não teria sido possível.

Lista de Acrónimos e Siglas

ACEESMO - Assembleia do Colégio Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ACOG - *American College of Obstetricians and Gynecologists*

AFCF - Auscultação da Frequência Cardíaca Fetal

ANEM - Associação Nacional de Estudantes de Medicina

APA - *American Psychological Association*

APF - Associação para o Planeamento da Família

APPT - Ameaça de Parto Pré-Termo

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

BSG – Boletim Saúde da Grávida

CCEE - Competências Comuns de Enfermeiro Especialista

CCU - Cancro do Colo do Útero

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CIHG - Colestase Intra-Hepática da Gravidez

CPPP - Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade

CSP - Cuidados Saúde Primários

CRPP - Cursos de Recuperação Pós-Parto

CTG - Cardiotocografia

DG - Diabetes Gestacional

DGS - Direção Geral da Saúde

DIU – Dispositivo Intra Uterino

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EE - Enfermeiro Especialista

ER - Estágio com Relatório

HPP – Hemorragia Pós-Parto

HPV - Vírus do Papiloma Humano

HTA – Hipertensão Arterial

ICM - *International Confederation of Midwives*

INE – Instituto Nacional de Estatística

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

ITP - Indução do Trabalho de Parto

JBI - *Joanna Briggs Institute*

LA – Líquido Amniótico

LGBTQ+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, outras identidades e orientações que não estão representadas pelas letras anteriores

M - Média

MCEESMO - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PE - Pré-Eclâmpsia

PF - Planeamento Familiar

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RN - Recém-Nascido

RS - Revisão *Scoping*

RPMPT - Ruptura Prematura de Membranas Pré-Termo

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPC - Sociedade Portuguesa de Contraceção

SPD - Sociedade Portuguesa de Diabetologia

SPG - Sociedade Portuguesa de Ginecologia

SPN - Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SPOMMF - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

STFF - Síndrome de Transfusão Feto-Fetal

TA – Tensão Arterial

TP - Trabalho de Parto

UC - Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UR – Unidade de Registo

Resumo

O presente documento visa descrever e analisar o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), assim como das competências requeridas para a obtenção do grau de Mestre, alicerçado na Teoria das Transições de Afaf Meleis.

A transição para a parentalidade é um processo complexo que envolve alterações fisiológicas, psicoemocionais, sociais e culturais, sendo influenciado por estratégias cognitivas, relacionais e operacionais. Nesse contexto, os avós podem desempenhar um papel fundamental. Uma vez que os cuidados especializados do EEESMO visam atender às necessidades da mulher e da sua família durante esta fase, este trabalho destaca a importância de envolver os avós no processo de transição para a parentalidade, com o objetivo de melhorar a qualidade dos mesmos e promover uma abordagem holística e integrada à família.

Numa primeira fase, foi elaborada uma Revisão Scoping (RS), segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute* (JBI), com o objetivo de mapear a evidência científica existente sobre o papel dos avós na transição para a parentalidade. Numa segunda fase foi desenvolvido um estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa, com o objetivo de analisar as experiências dos progenitores com os seus pais na transição para a parentalidade. Este estudo contou com 6 participantes, tendo sido a entrevista o instrumento de recolha de dados eleito. Foi realizada análise de conteúdo segundo as etapas defendidas por Bardin (2018).

Seis temas emergiram: caracterização da relação dos progenitores com os seus pais; as experiências dos progenitores na relação com os seus pais durante a gravidez; as experiências dos progenitores na relação com os seus pais durante o trabalho de parto; as experiências dos progenitores na relação com os seus pais no pós-parto; a influência da relação com os pais e pais do (a) companheiro(a) no papel como mãe/pai; as experiências dos progenitores no envolvimento dos seus pais e pais do(a) companheiro(a) nos cuidados de saúde. As implicações para a prática de cuidados ressaltam a importância de capacitar os EEESMOs para lidar com a diversidade das necessidades familiares, destacando a relevância da inclusão dos avós no processo de cuidados.

Palavras-chave: *Avós, Cuidado transicional, Parentalidade, Enfermeiros Obstétricos.*

Abstract

The purpose of this document is to describe and analyse the development of common competences to the Specialist Nurse (EE), specific to the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing (EEESMO), as well as the competences required to obtain a Master's degree, based on Afaf Meleis' Transitions Theory.

The transition to parenting is a complex process that involves physiological, psycho-emotional, social and cultural changes and is influenced by cognitive, relational and operational strategies. In this context, grandparents can play a fundamental role. Since the EEESMO's specialised care aims to meet the needs of women and their families during this phase, this document highlights the importance of involving grandparents in the process of transition to parenting, with the aim of improving the quality of care and promoting a holistic and integrated approach to the family.

In the first phase, a Scoping Review (RS) was carried out, following the guidelines of the Joanna Briggs Institute (JBI), with the aim of mapping the existing scientific evidence on the role of grandparents in the transition to parenting. In a second phase, an exploratory and descriptive study of a qualitative nature was carried out, with the aim of analysing the experiences of new parents with their own parents in the transition to parenting. This study involved six participants, with interview being the chosen data collection tool. Content was analysed according to the stages advocated by Bardin (2018).

Six themes emerged: characterisation of the new parents' relationship with their parents; the new parents' experiences of their relationship with their parents during pregnancy; the new parents' experiences of their relationship with their parents during labour; the new parents' experiences of their relationship with their parents in the postpartum period; the influence of their relationship with their parents and their partner's parents on their role as mother/father; the new parents' experiences of involving their parents and their partner's parents in healthcare. The implications for care practice emphasise the importance of training EEESMOs to deal with the diversity of family needs, highlighting the relevance of including grandparents in the care process.

Keywords: Grandparents, Transitional care, Parenting, Obstetric nurses.

Índice

INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	13
1.1. A Família.....	13
1.2. A Parentalidade.....	14
1.3. Referencial Teórico de Enfermagem: Teoria das Transições de Afaf Meleis....	15
1.4. A Transição para a Parentalidade e os Avós.....	17
2. DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO.....	19
2.1. Investigação Secundária: Uma Revisão Scoping.....	19
2.2. Investigação Primária: Estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa.....	21
2.2.1. Questão de investigação/objetivos.....	21
2.2.2. Tipo de estudo.....	22
2.2.3. Participantes.....	22
2.2.4. Recolha e análise de dados.....	23
2.2.5. Caracterização dos participantes.....	24
2.2.6. Resultados.....	25
2.2.7. Discussão de resultados.....	28
2.2.8. Principais conclusões, implicações para a prática e limitações.....	32
2.2.9. Procedimentos éticos.....	34
3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	35
3.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional.....	36
3.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal...	39
3.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto...	48
3.4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal...	55
3.5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e durante o período do climatério e menopausa.....	61
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68

ANEXOS

Anexo I – Parecer Comissão de Ética para a Saúde

Anexo II – Síntese de Registo das Atividades Práticas

APÊNDICES

Apêndice I – Revisão Scoping (RS) e Instrumento de Apresentação de Dados

Apêndice II – Guião da Entrevista Semi-Estruturada (versão em português e inglês)

Apêndice III – Codificação dos Dados Qualitativos

Apêndice IV – Consentimento informado, livre e esclarecido (versão em português e inglês)

Apêndice V – Comunicação Oral: “Os avós e a transição para a parentalidade: contributos da investigação secundária”

Apêndice VI – Sessão de divulgação do projeto: “O papel dos avós na transição para a parentalidade: desafios para o enfermeiro obstetra”

Apêndice VII – Folheto de divulgação do projeto: “O papel dos avós na transição para a parentalidade: desafios para o enfermeiro obstetra”

Apêndice VIII – Planeamento da Sessão; Sessão de Formação: “Vamos ser Avós!”

Apêndice IX – Questionário de avaliação da Sessão de Formação: “Vamos ser Avós!”

Apêndice X – Resultados da avaliação da Sessão: “Vamos ser Avós!”

Apêndice XI – Poster: “Cardiotocografia – CTG”

Apêndice XII – Poster: “Prevenção do Cancro do Colo do Útero”

Introdução

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório (ER), pretendendo retratar o desenvolvimento de competências no âmbito do perfil do Enfermeiro Especialista (EE) e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) enunciadas no Regulamento de Competências Comuns do EE (Regulamento nº 140/2019) e no Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (Regulamento nº 391/2019), respetivamente. Paralelamente, pretende retratar o desenvolvimento das competências descritas no *International Confederation of Midwives* (ICM, 2019), bem como o desenvolvimento de competências para obtenção do grau de Mestre, enunciadas no Artigo 15º do Decreto de Lei nº 65/2018.

A transição para a parentalidade é um processo complexo de várias alterações e ajustamentos fisiológicos, psicoemocionais, sociais e culturais. É um processo exigente, caracterizado por uma constante aprendizagem, por um desenvolvimento de competências e relacionamentos e por uma profunda reconstrução identitária (Martins et al., 2017). Os mesmos autores defendem que a experiência parental depende das estratégias e das respostas parentais e que estas incluem componentes cognitivos de aprendizagem e tomada de decisão, componentes relacionais, como o suporte familiar, e componentes operacionais, como a partilha de tarefas, reorganização de rotinas e conciliação de papéis. Ter apoio, seja ele emocional ou físico, pode ser encarado como uma ajuda crucial neste processo, diminuindo a perceção de eventos stressantes, assim como ajuda os pais a lidar com os mesmos mais eficazmente (Burgess, 2015).

Os avós constituem uma das principais fontes de apoio social da família contemporânea, sendo estas figuras de destaque no seio das famílias (Dessen, 2013). Estes, podem ser uma fonte significativa de apoio, tanto emocional, instrumental ou informativo (Burgess, 2015). No entanto, se por um lado podem ser vistos como um suporte essencial, por outro podem ser intrusivos e interferirem com o cuidado dos pais à criança, podendo exercer uma representação negativa nesta vivência (Brazelton, 2018).

Segundo a Direção Geral da Saúde [DGS] (2015a), as mulheres devem ser incentivadas a desenvolver redes de apoio social, por estas serem promotoras de uma interação positiva mãe/bebé e de um sentimento de pertença e segurança. Os profissionais de saúde, devem avaliar a existência de suporte social, sendo este importante para detetar situações de risco. O EEESMO no âmbito das suas competências,

presta cuidados especializados à mulher e à sua família na transição para a parentalidade, desde o período preconcepcional até o pós-natal. A sua missão centra-se na promoção da saúde e de transições saudáveis, especialmente nas áreas da saúde ginecológica, sexual e reprodutiva. Os cuidados prestados pelo EEESMO visam, igualmente, responder às necessidades da mulher e das pessoas significativas para ela, abrangendo aspetos relacionados com a gravidez, a adaptação à parentalidade, o pós-parto e a saúde do recém-nascido (RN) (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [ACEESMO], 2021). Neste sentido, é fundamental o envolvimento das pessoas significativas no processo de cuidados, reconhecendo-as também como sujeitos de cuidados.

No âmbito do acima descrito, considero que os cuidados prestados pelo EEESMO nem sempre englobam as pessoas significativas para a mulher, desconsiderando, por vezes, a sua importância para o seu bem-estar e promoção de comportamentos saudáveis. Deste modo, considero pertinente abordar este tema, com o intuito de promover uma transição para a parentalidade o mais saudável possível.

Assim, defini, igualmente, como objetivos, identificar os papéis dos avós no seio da família na transição para a parentalidade dos filhos, identificar os desafios no cuidado do EEESMO neste âmbito e planear estratégias de envolvimento dos avós na transição para a parentalidade dos seus filhos, quando adequado.

De forma a organizar e estruturar lógica e coerentemente o presente documento, este encontra-se dividido em 4 capítulos. O primeiro capítulo refere-se ao enquadramento concetual e teórico, no qual se abordam os conceitos relevantes ao tema, a evidência científica existente e o referencial teórico de enfermagem selecionado para orientar a prática de cuidados. O segundo capítulo diz respeito ao desenvolvimento do processo de investigação, incluindo a Revisão Scoping (RS), bem como o estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa. O terceiro capítulo destina-se à descrição e análise crítica do percurso de aquisição de competências do EEESMO. Por fim, o quarto capítulo apresenta as considerações finais.

A elaboração deste documento é realizada de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa e normas da *American Psychological Association* (APA), 7ª edição.

1. Enquadramento Concetual e Teórico

1.1. A família

A família representa, ainda nas sociedades contemporâneas, o meio natural para o crescimento e desenvolvimento dos seus membros. Constitui-se como o primeiro e principal sistema no qual um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais são vivenciados pela pessoa nela inserida (Silva, 2008). O termo família, refere-se a um grupo de indivíduos que formam uma unidade social, sendo composta por pessoas ligadas por laços sanguíneos, afetivos ou legais, incluindo aquelas que têm um papel importante na vida dos seus membros (OE, 2011). É na família que os indivíduos nascem, crescem, se desenvolvem, vivem, adoecem e também falecem. Ao longo deste processo, cada um dos seus membros pode experienciar diferentes tipos de transições (saúde/doença, desenvolvimento, situacionais), as quais são influenciadas pelo contexto familiar, mas que, simultaneamente, exercem efeitos tanto a nível individual como coletivo sobre a própria família (Bastos et al., 2022; Meleis, 2010).

Historicamente, as famílias eram predominantemente organizadas de forma nuclear ou alargada, dependendo das condições económicas, sociais e culturais de cada período (Azeredo, 2020). Nas sociedades pré-industriais e nas primeiras fases da industrialização, as famílias eram, frequentemente, estruturadas de forma alargada, compostas por várias gerações que viviam juntas ou em estreita proximidade, com uma clara divisão de tarefas entre os membros. O papel da mulher estava predominantemente restrito ao cuidado doméstico e à procriação, enquanto o homem era visto como o principal provedor da família (Giddens & Sutton, 2021; Pinto & Monteiro, 2018). Contudo, com a revolução industrial e a urbanização, observou-se um processo de transição para a família nuclear, caracterizada por um núcleo familiar reduzido, composto tipicamente por pais e filhos. Essa mudança foi em grande parte resultante da mobilidade geográfica, da especialização do trabalho e da segmentação das funções sociais, que exigiram novas dinâmicas familiares (Lesthaeghe, 2014). No século XX, as transformações sociais e políticas, como o movimento feminista, o aumento da escolaridade e a entrada das mulheres no mercado de trabalho, contribuíram para a redefinição da função da família. As mulheres passaram a ter maior autonomia económica e social, o que possibilitou uma maior diversidade de escolhas e dinâmicas familiares. (Cherlin, 2009).

Nas sociedades contemporâneas, a diversidade das configurações familiares é ainda mais evidente. As famílias monoparentais, muitas vezes resultantes de divórcios ou de decisões pessoais sobre parentalidade, tornaram-se um fenómeno significativo, refletindo as mudanças nas normas sociais acerca do casamento e da reprodução (Sweeney, 2010; Yorks, 2021; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2023). Da mesma forma, as famílias recombinações, formadas por casais que trazem filhos de relações anteriores, têm crescido em número, refletindo a flexibilidade e a adaptabilidade das famílias face às novas realidades sociais (Seltzer, 2019; INE, 2023). Outra transformação importante foi a crescente aceitação das famílias LGBTQ+ e o reconhecimento legal da parentalidade por casais do mesmo sexo. O avanço dos direitos civis em várias partes do mundo contribuiu para a inclusão dessas novas configurações familiares, desafiando os modelos heteronormativos de família (Pentaris, 2019). Em paralelo com os fenómenos descritos, é fundamental considerar os fluxos migratórios recentes, especialmente em Portugal, e o impacto desses movimentos na diversidade das configurações familiares. Nos últimos anos, Portugal tem-se afirmado como um destino de crescente procura por migrantes de diversas origens (Silva & Casemiro, 2023). Particularmente, nas últimas três décadas, o perfil migratório do país tem sido amplamente impulsionado por motivações económicas, com uma forte presença de migrantes em faixas etárias jovens, em idade fértil e laboralmente ativa (Oliveira, 2022; Oliveira & Peixoto, 2022). As migrações podem, no entanto, acentuar as vulnerabilidades das famílias, tanto no plano laboral como social, evidenciando os papéis tradicionais de género e fomentando uma distribuição desigual das responsabilidades familiares (Silva & Casemiro, 2023). Estas novas configurações familiares desafiam as normas tradicionais, exigindo a implementação de políticas públicas que promovam a inclusão social e o respeito pela diversidade familiar e pela multiculturalidade, enquanto consideram as necessidades específicas de cada família.

Embora o conceito de família tenha vindo a modificar-se ao longo dos anos, a sua dinâmica, estrutura e composição tem-se adaptado às mudanças sociais, económicas, culturais, espirituais e geográficas (Sallés & Ger, 2011), mantendo-se como o contexto onde as experiências fundamentais de vida são vividas, particularmente no processo de parentalidade.

1.2 A parentalidade

A parentalidade pode, por um lado, constituir-se como um processo gratificante de continuidade de gerações, mas por outro, pode ser um dos maiores desafios das vidas dos indivíduos. Segundo a Ordem dos Psicólogos (2021), a parentalidade pode ser entendida como um conjunto de laços afetivos, conhecimentos, atitudes e comportamentos das mães e dos pais, que é influenciada por vários fatores, como as experiências anteriores (da sua própria infância), as circunstâncias, as expectativas e as crenças pessoais e socioculturais. É igualmente influenciada pelo sentido de competência pessoal, da relação conjugal ou da relação estabelecida com o outro progenitor, com a rede de apoio (nomeadamente família), com os serviços sociais disponíveis, bem como por outras situações de desigualdade ou vulnerabilidade. O conceito de parentalidade refere-se, portanto, ao conjunto de atividades, atitudes e à forma de interagir nas relações paterna/materna com os filhos (Sallés, Ger, 2011). É considerado um papel familiar complexo, dinâmico, consciente e integrador, dando destaque ao processo de transmissão de saberes, crenças e tradições, promotores do desenvolvimento da criança (Tralhão et al., 2020).

A parentalidade tem acompanhado as profundas transformações sociais das últimas décadas, refletindo mudanças significativas nas estruturas familiares, na inserção da mulher no mercado de trabalho e nas políticas públicas direcionadas à infância (Pinto & Monteiro, 2018). Estas alterações contribuíram para a redefinição dos papéis parentais e para a emergência de novas dinâmicas familiares. Em Portugal, a transição de uma estrutura familiar alargada para o predomínio da família nuclear, aliada às transformações económicas, sociais e legais, influenciou de forma decisiva a forma como a parentalidade é exercida. A promoção da paridade de género nas responsabilidades parentais, o reconhecimento de novos modelos familiares e os desafios associados ao envelhecimento da população são fatores que continuam a moldar o panorama da parentalidade no país (Stacciarini, 2019). Neste contexto em constante mudança, a evolução das políticas públicas de apoio à infância e ao cuidado familiar será fundamental para a consolidação de uma parentalidade mais equitativa, inclusiva e adaptada às necessidades contemporâneas.

1.3. Referencial Teórico de Enfermagem: Teoria das Transições de Afaf Meleis

A perspectiva teórica é uma construção de proposições destinada a estimular o desenvolvimento e a busca constante de problemas pesquisáveis, adicionando a um corpo de conhecimento de enfermagem (Meleis, 2010). Para orientar este documento e a prática de cuidados, foi escolhida a Teoria de Enfermagem de médio alcance de Afaf Meleis, denominada Teoria das Transições, uma escolha justificada pela natureza da temática em questão, que envolve um processo de adaptação e mudança, no qual os indivíduos precisam de integrar novos papéis e redefinir a sua identidade.

Segundo Meleis (2010), a transição é um processo de mudança de estado ou condição, que ocorre ao longo de um período de tempo. Trata-se de um fenómeno pessoal e não estruturado, associado a alterações de papéis e redefinições do *self* e da própria situação. As transições são complexas, multidimensionais e podem ter diferentes níveis de intensidade, dependendo da natureza da mudança vivida e do contexto em que ocorre. Envolvem consciencialização, mudança e um sentido de diferença, com momentos críticos e eventos marcantes. São influenciadas por fatores pessoais (como crenças, atitudes e conhecimentos prévios) e fatores ambientais (como recursos da comunidade, apoio social e profissional). Estes fatores podem ser considerados facilitadores ou inibidores da transição. Entre fatores ambientais inibidores da transição para a parentalidade, destacam-se os recursos insuficientes, tanto financeiros como de ordem social, a informação contraditória ou insuficiente prestada pelos profissionais de saúde e, por outro lado, os conselhos não solicitados ou as críticas.

Assim, as transições podem ser de desenvolvimento, relacionadas com o ciclo de vida; podem ser de saúde-doença, quando ocorre uma mudança de um estado de saúde para um estado de doença; podem ser organizacionais, relacionadas com o ambiente envolvente, mudanças sociais, económicas, políticas; e podem ser situacionais, quando associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis. Meleis (2010), classifica a transição para a parentalidade, como uma transição situacional, uma vez que, compreende mudanças e aquisição de novos papéis, nomeadamente de ser mãe e ser pai. Embora as transições sejam diferentes de situação para situação, até de uma gravidez para outra, pretende-se que estas sejam saudáveis e que respondam a um padrão. Estes padrões de resposta refletem a estrutura psicológica assim como os processos socioculturais do contexto. Uma transição saudável caracteriza-se por indicadores de processo, como a sensação de ligação, confiança e desenvolvimento de estratégias de

coping. Os resultados esperados incluem a mestria nas novas habilidades necessárias para a transição e o desenvolvimento de uma identidade integrativa. O papel da enfermagem na mediação dessas transições envolve a suplementação de papéis, onde o enfermeiro identifica insuficiências no papel e implementa estratégias para minimizar ou prevenir essas deficiências. As intervenções de enfermagem, como a clarificação e assimilação do papel parental, são fundamentais para ajudar os pais a entenderem e assimilarem o novo papel. Programas educativos, como os de preparação para o parto e adaptação à parentalidade, utilizando estratégias como a disponibilização de informação e o treino de competências, são recomendados, sendo mais eficazes quando realizados em grupo.

1.4. A Transição para a Parentalidade e os Avós

A transição para a parentalidade é amplamente reconhecida como uma das mudanças mais significativas, intensas e exigentes enfrentadas pelas famílias, exigindo uma reorganização e reconfiguração dos papéis familiares (Martins et al., 2017; Meleis, 2010). Este processo, que envolve a adaptação aos novos desafios da parentalidade, não só altera a dinâmica entre os pais, mas também provoca alterações a nível intrapessoal e interpessoal (Martins et al., 2017). O papel de mãe ou pai, por sua vez, é particularmente desafiador, sendo frequentemente moldado pela experiência prévia de cuidados recebidos, especialmente daqueles prestados pela mãe e/ou pai (Brazelton, 2018). Nesse sentido, a transição para a parentalidade não ocorre de forma isolada, sendo intrinsecamente ligada à interação com o restante sistema familiar, o que inclui mudanças nas relações intergeracionais e redefinição das funções familiares (Lau et al., 2020). Neste contexto, a dinâmica conjugal pode ser profundamente afetada, uma vez que o aumento das exigências associadas ao nascimento de uma criança tende a exacerbar as diferenças existentes entre os parceiros, intensificando os conflitos conjugais e intergeracionais (Lau et al., 2020). À medida que os futuros pais exploram os limites e ajustam as suas relações com os avós, ocorre uma redefinição das fronteiras entre os diferentes papéis familiares, o que pode gerar tensões, mas também promover um espaço de aprendizagem e adaptação (Lau et al., 2020).

Paralelamente, a transição para a parentalidade desencadeia também uma transição para a "grã-parentalidade", um processo vivido pelos avós, que envolve a

inserção numa nova etapa do ciclo de vida familiar. Esta nova fase, por ser inesperada e muitas vezes não planeada, pode ser vivida como uma escalada geracional, alterando não só a estrutura da família, mas também a identidade e os papéis dos próprios avós. O nascimento de um neto constitui um marco importante, que provoca mudanças significativas nas dinâmicas familiares e, consequentemente, na estrutura psicológica dos avós, obrigando-os a redefinir os seus próprios papéis dentro da nova configuração familiar (Coelho et al., 2019).

A participação ativa dos avós na transição para a parentalidade pode ter um impacto decisivo na adaptação dos novos pais, contribuindo de forma significativa para o sucesso desta fase transformadora (Dessen, 2013). A experiência e os recursos que os avós oferecem, sejam de natureza emocional, prática ou educativa, são frequentemente fundamentais para aliviar o stress da parentalidade e facilitar a integração dos novos pais no seu papel. Este apoio pode também beneficiar o desenvolvimento da criança, proporcionando um ambiente familiar mais coeso e harmonioso (Oliveira, & Dessen, 2012).

Neste contexto, os enfermeiros, e em particular os EEESMOs, desempenham um papel crucial. Sendo muitas vezes os profissionais de saúde que acompanham e cuidam a mulher/família durante este processo de transição, têm a responsabilidade de promover a adaptação dos indivíduos e de facilitar a aprendizagem das novas competências necessárias (Tralhão et al., 2020). Neste âmbito, as intervenções devem ser cuidadosamente planeadas para compreender as dinâmicas de cuidado intergeracionais, apoiando não só os novos pais, mas também os avós, no processo de transição para a grã-parentalidade. Para tal, é essencial que os EEESMOs reconheçam a importância do cuidado intergeracional e ofereçam apoio às famílias, ajudando-as a enfrentar as mudanças que caracterizam este período transformador (ACEESMO, 2021; Oliveira & Dessen, 2012).

Em suma, a transição para a parentalidade é um processo complexo que envolve a reorganização das dinâmicas familiares, com implicações profundas nas relações intergeracionais. O apoio dos avós, juntamente com a intervenção do EEESMO pode ser fundamental para garantir o sucesso desta adaptação, promovendo um ambiente familiar equilibrado e saudável para toda a família.

2. Desenvolvimento do Processo de Investigação

A investigação em enfermagem desempenha um papel fundamental no desenvolvimento do conhecimento científico, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Permite, assim, criar evidências científicas que sustentem a tomada de decisão e consequentemente intervenções que promovam práticas mais seguras e eficazes (Sequeira & Nené, 2022).

Neste sentido, e sendo a investigação um dos pilares dos cuidados especializados, o EE desenvolve a sua prática fundamentada em diversos domínios, alicerçado em evidência científica. Atua como formador oportuno no contexto de trabalho, investigando e colaborando em estudos de investigação, interpretando, organizando e divulgando os resultados provenientes da evidência que contribuem para o conhecimento e o desenvolvimento da enfermagem (Regulamento nº 140/2019, p. 4749).

Este capítulo pretende descrever o percurso investigativo no âmbito do desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMO e de Mestre, bem como do desenvolvimento da temática em questão, em resposta aos objetivos traçados. Assim, encontra-se dividido em 2 subcapítulos: o primeiro é relativo ao mapeamento da evidência científica existente sobre o papel dos avós na transição para a parentalidade e o segundo diz respeito ao estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa.

2.1 Investigação secundária: uma revisão *scoping*

A investigação secundária, particularmente a Revisão *Scoping* (RS), desempenha um papel fundamental na identificação, mapeamento e análise de áreas de pesquisa emergentes ou pouco exploradas, permitindo uma visão abrangente sobre o estado atual do conhecimento em determinado campo (Peters et al., 2024). A RS é especialmente útil em áreas onde ainda não há uma síntese consolidada, facilitando a compreensão das tendências e abordagens predominantes. Ao reunir uma vasta gama de evidências, permite obter uma visão holística e orientar futuras pesquisas e práticas baseadas em dados científicos mais robustos (Peters et al., 2024).

Assim, numa primeira fase de investigação foi elaborada uma RS, segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute* (JBI), com o objetivo de mapear a evidência científica disponível sobre o papel dos avós na transição para a parentalidade dos seus filhos. Esta revisão abrangeu o período da gravidez, parto e pós-parto até três anos após o

nascimento, tendo como questão central: Qual o papel dos avós na transição para a parentalidade dos seus filhos? Os critérios de inclusão definidos foram: **População**, a revisão abrangeu estudos que considerassem os avós que vivenciaram diretamente a transição para a parentalidade, bem como outros membros da comunidade que testemunharam essa vivência. No que diz respeito ao **Conceito**, foram incluídos artigos que discutissem especificamente o papel dos avós nesse processo de transição. O **Contexto** abordado pela revisão considerou o período da gravidez, parto e pós-parto até três anos. Em relação às fontes de informação, foram considerados estudos de natureza qualitativa, quantitativa ou mista, bem como artigos de revisão, publicados em português, inglês ou espanhol, que atendiam aos critérios mencionados.

Foi elaborado um protocolo da mesma, publicado na plataforma Open Science Framework (OSF), uma vez que o protocolo permite pré-definir objetivos e métodos, de forma a evidenciar a transparência do processo (Peters et al., 2024).

Seguindo a metodologia definida pelo JBI, a pesquisa foi organizada em três etapas. Na primeira, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados CINAHL complete, MEDLINE complete e Scopus, utilizando palavras-chave extraídas da questão de investigação. De seguida, procedeu-se à análise das palavras presentes nos títulos e resumos, bem como à identificação dos termos indexados de cada base de dados. Numa segunda fase, foi efetuada uma pesquisa recorrendo a todos os termos naturais e termos de indexação identificados, em cada base de dados separadamente. Posteriormente, os termos naturais e indexados foram combinados com o operador booleano **OR**, e de seguida esses resultados foram combinados com o operador booleano **AND**. Por último, numa terceira etapa da estratégia de pesquisa foi realizada uma análise das referências bibliográficas dos artigos selecionados, procurando mais evidência, sobretudo primária. Esta pesquisa foi efetuada entre abril e maio 2022 e atualizada em julho 2023, alargando o seu limite temporal a 2023 e posteriormente, foi novamente atualizada, segundo os mesmos descritores, sem limite temporal, em março 2025.

Foram identificados um total de 63 artigos nas 3 bases de dados. Após serem removidos os duplicados, foram considerados 57 artigos para análise de títulos e resumos de acordo com os critérios de inclusão definidos. Nesta fase, foram excluídos 47 artigos por não corresponderem a um ou mais critérios de inclusão, ficando para análise em full-text 10 artigos, que depois de analisados, foram todos incluídos. Foram,

igualmente, consultadas as referências bibliográficas dos 10 artigos selecionados e foi integrado mais um artigo em full-text, num total de 11 artigos incluídos, conforme retratado no *Prisma Flow Diagram*, que consta na Figura 1 do Apêndice I.

Foi criado um quadro para a extração e apresentação dos resultados, que se encontra retratado no Apêndice I. A partir da análise dos artigos mencionados, emergiram quatro categorias: os avós como fonte de suporte; a influência dos avós na nutrição das famílias e no aleitamento materno exclusivo; a ambivalência de sentimentos; e o papel dos profissionais de saúde.

As principais conclusões revelam que os avós podem-se destacar como figuras-chave na família durante a transição para a parentalidade dos seus filhos, assumindo papéis de suporte instrumental, emocional, informativo e financeiro. Eles podem também exercer influência no aleitamento materno exclusivo e na nutrição familiar. Quando existem divergências nos conceitos e convicções sobre aspetos fundamentais no cuidado às crianças, podem surgir sentimentos ambivalentes, resultando em conflitos intergeracionais. Além disso, identificou-se uma lacuna nos cuidados de saúde no que diz respeito à inclusão de pessoas significativas, como os avós, no acompanhamento do casal e da criança. Foi também apontada a necessidade de mais pesquisa sobre essa temática, especialmente em Portugal, com o objetivo de sensibilizar os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, para a importância da integração da família nos cuidados de saúde. Recomenda-se a realização de futuros estudos primários, para melhor compreender a realidade portuguesa acerca do papel dos avós na sociedade contemporânea. A RS é apresentada mais detalhadamente no Apêndice I.

2.2 Investigação primária: estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa

A investigação primária em enfermagem desempenha um papel fundamental na produção de conhecimento original, contribuindo para a melhoria da prática de cuidados e para o desenvolvimento de intervenções baseadas em evidências científicas (Polit & Beck, 2021).

2.2.1. Questão de investigação/objetivos

Com o propósito de analisar as experiências dos progenitores na relação com os seus pais, no processo de transição para a parentalidade em Portugal, bem como desenvolver competências do EEESMO e competências para obtenção do grau de Mestre, no âmbito da investigação, foi desenvolvido um estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa, com a seguinte questão de investigação: "Quais as experiências dos progenitores na relação com os seus pais e pais do(a) seu(sua) companheiro(a) na transição para a parentalidade?"

2.2.2. Tipo de estudo

A escolha deste objeto de estudo baseia-se na sua pertinência e atualidade, bem como na necessidade de explorar um fenómeno complexo e de descrever, em detalhe, as diversas experiências e interações dos progenitores com os seus pais no processo de transição para a parentalidade. Adotar uma abordagem qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, permite não só identificar padrões e questões relevantes, mas também obter uma compreensão mais profunda dos significados que as famílias atribuem a essas experiências. Esta abordagem oferece, assim, uma base sólida para investigações futuras, permitindo um aprofundamento do conhecimento sobre as dinâmicas familiares neste contexto (Gómez, 2021).

2.2.3. Participantes

Os critérios de inclusão deste estudo foram progenitores com mais de 18 anos de idade, que vivenciaram a transição para a parentalidade há menos de 1 ano, que mantiveram contacto regular com os seus pais ou os pais do(a) seu/sua companheiro(a), desde a gravidez até ao momento atual e que comunicaram em língua portuguesa ou inglesa.

O grupo de participantes foi selecionado de forma intencional, numa Unidade Cuidados na Comunidade (UCC) na qual realizei o contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP) do ER, atendendo estes aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e após obtenção do parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde. A intenção foi garantir uma diversidade de participantes, com o intuito de explorar diferentes perspetivas sobre a temática, privilegiando a heterogeneidade dos mesmos. Foi enviado e-mail a explicar o estudo e a convidar as pessoas a participar, juntamente

com o consentimento informado, livre e esclarecido. Posteriormente, com as pessoas que manifestaram interesse em participar, foi agendada entrevista em data oportuna. 6 pessoas participaram no estudo.

2.2.4. Recolha e análise de dados

A recolha de dados foi prevista ser realizada até à saturação dos mesmos. De acordo com Nascimento et al. (2018), a saturação garante que se obtiveram informações suficientes para alcançar uma compreensão aprofundada do fenómeno em estudo.

A recolha de dados foi desenvolvida em contexto de ensino clínico numa UCC, recorrendo à enfermeira orientadora clínica como elo de ligação entre mim e os participantes. Como instrumento de colheita de dados, foi selecionada a entrevista semi-estruturada, uma vez que alia a flexibilidade e a profundidade, a uma compreensão mais detalhada das experiências e opiniões dos participantes (Magalhães & Paul, 2021). As entrevistas foram realizadas individualmente, recorrendo à gravação áudio que foi guardada num computador, ao qual só a investigadora e a docente orientadora tinham acesso, através de palavra-passe. Foram elaboradas 2 versões do instrumento de colheita de dados referido, uma em português e outra em inglês, que se encontram em apêndice (Apêndice II).

A análise de dados, foi conduzida de acordo com as diferentes fases defendidas por Bardin (2018). Na primeira fase, as transcrições das entrevistas foram cuidadosamente lidas a fim de garantir uma imersão total nas narrativas dos participantes. Esse processo inicial permitiu uma familiarização com os dados, criando uma base sólida para a identificação das unidades de registo (UR) relevantes. Em seguida, procedeu-se à codificação das transcrições, atribuindo códigos a segmentos específicos de texto que representavam aspetos centrais das experiências e sentimentos dos progenitores. Os dados foram agrupados em temas, categorias e sub-categorias, representados no apêndice III. Assim, surgiram diversos temas:

- Caracterização da relação dos progenitores com os seus pais
- As experiências dos progenitores na relação com os seus pais durante a gravidez
- As experiências dos progenitores na relação com os seus pais durante o trabalho de parto.
- As experiências dos progenitores na relação com os seus pais no pós-parto.

- A influência da relação com os pais e pais do (a) companheiro(a) no papel como mãe/pai.
- As experiências dos progenitores no envolvimento dos seus pais e pais do(a) companheiro(a) nos cuidados de saúde.

2.2.5. Caracterização dos participantes

Participaram no estudo 6 pessoas com idades compreendidas entre os 31-39 anos, sendo a média (M)=35,66 anos. 4 participantes eram do sexo feminino e 2 do sexo masculino. 5 participantes eram de nacionalidade portuguesa e 1 de nacionalidade brasileira. Relativamente às habilitações literárias 66,6% detinham o título de mestre, 16,6% eram licenciados e 16,6% concluíram o ensino secundário. 100% dos participantes viviam em união de facto e 50% tinha 2 filhos e os outros 50% tinha 1. 100% tinham filhos com idade inferior a 1 ano e mantinham contactos regulares com os seus pais ou pais do(a) seu(sua) companheiro(a), embora 33,3% não considerasse que morava perto dos pais ou pais do seu(sua) companheiro(a).

2.2.6. Resultados

No que diz respeito ao tema caracterização da relação dos progenitores com os seus pais, emergiram 2 categorias, **a relação com os próprios pais e a relação com os pais do(a) companheiro(a)**. Por sua vez a categoria relativa à relação com os próprios pais, foi dividida em proximidade e distanciamento, sendo que a maioria dos participantes referiu que era “boa e próxima” (E1, E3, E4, E5, E6), assim como consideram os pais “um grande suporte” (E3). Por outro lado, um participante referiu que não tinha uma relação próxima (E2), por ter sido criado pelos avós. Relativamente à relação que consideram ter com os pais do(a) companheiro(a), a maioria dos participantes, também considerou ter uma relação próxima (E1, E2, E3, E4, E5, E6), embora não tão próxima como com os próprios pais (E1).

No que diz respeito ao tema as experiências dos progenitores na relação com os seus pais durante a gravidez, surgiram 3 categorias, **o acompanhamento e a partilha, invasão e apoio**. Na categoria **acompanhamento e partilha**, os participantes referiram que os seus pais e os pais do (a) companheiro(a) “acompanharam a gravidez” (E1) e embora vivessem a gravidez “muito em casal”, foram contando tudo aos pais (E4).

Durante a gravidez a mãe chegou a acompanhar em consultas, quando o companheiro não conseguia ir (E1). Na categoria **invasão**, destaca-se um participante, que refere que a mãe revelava uma atitude percebida como invasiva (E2). A categoria **apoio**, foi subdividida em apoio na preparação para a chegada do(s) bebé(s), nas tarefas domésticas e em apoio emocional. Relativamente à primeira sub-categoria, os participantes referiram que os seus pais ajudaram na preparação do quarto para o bebé (E3), e as suas mães “a nível de roupinhas” (E3, E5). No que diz respeito à segunda sub-categoria, os participantes referiram que a mãe e a mãe do companheiro “foram bastantes vezes lá a casa ajudar a fazer comida e ajudar com as tarefas domésticas” (E3), assim como “ajudar com a outra filha” (E5). Foi, igualmente, evidenciado o apoio emocional por parte dos próprios pais, referindo “acolhimento emocional (...) estava sempre me orientando” (E6).

Relativamente ao tema as experiências dos progenitores na relação com os seus pais durante o trabalho de parto, emergiram 4 categorias: **o acompanhamento telefónico, a necessidade de privacidade, a mãe como conselheira e protetora, e o isolamento clinicamente imposto**. Durante o trabalho de parto, alguns participantes referiram que os pais não estiveram presentes, mas foram contactando pelo telefone (E1, E5). Outros participantes referiram que foi “um momento muito nosso” (E3), sentindo a **necessidade de privacidade** em casal, “simplesmente queremos ter o nosso momento” (E2). A segunda categoria, **a necessidade de privacidade**, foi sub-dividida em 2 sub-categorias, em que essa necessidade foi respeitada, “eles esperavam sempre que fossemos nós a dizer qualquer coisa” (E3), e a insistência por parte dos seus pais para estarem presentes “houve por parte da minha família a insistência para estar presente” (E2). Por outro lado, surgiu, igualmente, a categoria **a mãe como conselheira e protetora**, sendo que alguns participantes destacaram o facto de telefonarem à mãe a pedir conselhos antes da ida para a maternidade (E3, E6). 1 participante salientou que “foi uma cesariana de emergência, de gémeos, pelo que só eu estava presente.” Neste sentido, surgiu a categoria **isolamento clinicamente imposto**.

No que diz respeito ao tema as experiências dos progenitores na relação com os seus pais no pós-parto, emergiram 4 categorias, **a necessidade de isolamento familiar e social, o estatuto especial das mulheres: a mãe, o estatuto especial das mulheres: a sogra** e os **conflitos**. Alguns participantes evidenciaram a **sua necessidade de isolamento familiar e social** durante o puerpério “não quis visitas no puerpério (...) Queria que aquele

momento fosse só para nós (...) porque me queria orientar e queria perceber como é que eu ia me gerir” (E1). “Os bebés estiveram 20 dias internados e não tiveram visitas dos avós. Só foram visitar a mãe enquanto esteve internada, por escolha nossa” (E4). Por outro lado, deram ênfase ao papel feminino na transição para a parentalidade “o homem naturalmente ou não, talvez goste mais da fase do toddler, quando já está a andar, brincar, então é claro que esse início, eu diria que é muito feminino” (E6), “o meu pai está muito presente, mas, digamos que a minha mãe é que é aqui a grande base” (E3), evidenciando um estatuto especial das mulheres nesta fase. Concomitantemente, emergiu a necessidade de separar a própria mãe, da sogra, uma vez que os participantes atribuíram diferentes papéis a cada uma delas, referindo que a sogra “ajudou, mas pronto, na verdade, acabei por me socorrer mais da minha mãe” (E5), ou que “a minha mãe mais na preparação de refeições (...) a minha sogra mais no cuidado com os bebés” (E4). Assim, surgiu a categoria **estatuto especial das mulheres: a mãe**, sendo dividida em 4 sub-categorias: apoio, tarefas domésticas, cuidados à(s) criança(s) e amamentação. Relativamente à sub-categoria apoio, alguns participantes referiram que a mãe foi um suporte significativo “pedi ajuda à minha mãe (...) para mim foi um grande apoio.” (E1), assim como “ela prestou aquele apoio que é muito fundamental” (E6). Outra sub-categoria que emergiu foi a amamentação, em que 1 participante referiu que apesar das dificuldades sentidas no que diz respeito à amamentação “foi importante perceber que a minha mãe e a minha sogra (...) estavam bastante empáticas comigo” (E3). Surgiu, também a categoria **estatuto especial das mulheres: a sogra**, a qual foi dividida nas sub-categorias apoio e cuidados à(s) criança(s). Relativamente ao apoio prestado pela sogra, os participantes referiram que a sogra era um alicerce (E2), bem como “(...) a minha sogra mais no cuidado com os bebés” (E4). Nas suas experiências com os seus pais durante o pós-parto, os participantes referiram, igualmente, que foram surgindo **conflitos**, ora por não respeitarem as suas decisões, ora por proferirem comentários depreciativos. Foi identificada a dificuldade que, por vezes, os avós têm em respeitar as decisões dos filhos, bem como uma atitude invasiva (E1, E2), criando “conflitos, que por vezes são difíceis de gerir” (E2). Na base dos conflitos que surgiram nas relações intergeracionais, também foram identificados os comentários depreciativos, “há sempre um pequeno comentário (...) mas a resposta é simples, o pai sou eu.” (E2). E3 narra que “houve um comentário que (...) o meu pai fez, (...) pois é, essa barriguinha! (...) e eu pensei a sério? Tipo que falta de

noção! Não havia necessidade nenhuma!”. Outro participante menciona que surgiram vários comentários relativos ao cuidado com as crianças, bem como relativos às tarefas domésticas, que foram percebidos como crítica. “A questão do colo aos bebês, também gerou comentários, que se habituavam mal, tanto por parte da minha mãe como por parte da minha sogra, assim como do leite é fraco ou da amamentação até aos 2 anos” (E4).

Relativamente à influência da relação com os pais e pais do (a) companheiro(a) no papel como mãe/pai, 83,33% progenitores identificaram essa influência como **positiva**, e apenas 1 participante identificou-a como **negativa**, referindo “uma coisa que eu quero dar à M. é aquilo que eu não consegui obter para mim próprio (...) nunca tive um pai muito presente e eu não quero que isso aconteça à M.” (E2). A maioria dos participantes considerou que os pais fizeram um bom trabalho (E1, E3, E4, E5, E6), sendo um exemplo a seguir (E5), no entanto moldam a sua parentalidade com as suas próprias perspetivas de cuidado (E4, E5, E6).

No que diz respeito ao tema as experiências dos progenitores no envolvimento dos seus pais e pais do(a) companheiro(a) nos cuidados de saúde, surgiram 2 categorias: **os enfermeiros como facilitadores do envolvimento dos avós** e **os enfermeiros como dificultadores do envolvimento dos avós**. A maioria dos participantes identificaram **os enfermeiros como elementos facilitadores do envolvimento dos avós nos cuidados de saúde**, referindo que sentiram “essa receptividade” (E1), ou que “durante o parto, queríamos que fosse um momento só nosso, mas no puerpério, houve bastante abertura para envolver os avós” (E3). Apesar de os avós nem sempre participarem ativamente nos cuidados de saúde no período pós-parto, os participantes constataram que havia abertura por parte dos profissionais de saúde para a inclusão dos mesmos (E5, E6), “porque no fundo a família não é só a família nuclear. É bom termos uma rede de apoio. É bom estarmos todos envolvidos nisso” (E5). Apenas um participante referiu que “os enfermeiros (...) estão tão focados nas suas tarefas que acabam por não conseguir dar muita importância ou muita atenção ao resto da família. (...) Pelo que eu percebi as regras no bloco são muito bem definidas porque eles não querem mesmo lá ninguém a não ser os progenitores. Então, eles acabam por não dar abertura para a inclusão de mais ninguém.” (E4)

2.2.7. Discussão de resultados

A maioria dos participantes descreveu uma relação próxima com os seus próprios pais, destacando-os como um suporte significativo. A proximidade com os pais dos/as companheiros/as também foi frequentemente mencionada, embora considerada menos próxima, o que sugere uma diferença na forma como os progenitores percebem os pais do(a) seu (sua) companheiro(a) em comparação com os próprios pais. Por outro lado, o distanciamento é ilustrado por um participante que menciona a falta de proximidade com os seus pais referindo ter sido criado pelos seus avós. Estes relatos evidenciam a complexidade das dinâmicas familiares, onde a história familiar e as relações anteriores influenciam a forma como os avós e progenitores se envolvem na transição para a parentalidade, conforme destacado na RS. Burgess (2015), defende que a distância geográfica, a cultura, a relação materna e paterna com os pais e sogros, bem como a idade dos avós podem alterar o papel que os avós desempenham e, posteriormente, alterar a influência que exercem sobre a parentalidade dos seus filhos. Desta forma, a harmonia familiar depende do tipo de relações intergeracionais e muito embora funcione como sistema de apoio mútuo, pode-se constituir igualmente, como espaço de confronto, de conflito e de ambiguidade de sentimentos (Ramos, 2012, Xiao & Loke, 2020).

As categorias que emergiram no estudo, relacionadas com as experiências dos progenitores na relação com os seus pais durante a gravidez incluem o acompanhamento e partilha, a invasão e o apoio. Todas elas refletem diferentes formas de envolvimento dos avós. A maioria dos participantes sentiu que os avós estavam envolvidos, nomeadamente através do acompanhamento e apoio emocional, no que diz respeito a tarefas domésticas ou na preparação do quarto do bebé, bem como no acompanhamento a consultas de vigilância de saúde. Estas experiências refletem a ideia da RS de que os avós desempenham papéis de apoio ativo e são frequentemente vistos como participantes chave nas tarefas que envolvem o cuidado do bebé, como na preparação para a chegada do mesmo. Por outro lado, a categoria de invasão mencionada por um participante, que relata o comportamento invasivo por parte de um dos seus progenitores, destacando uma possível tensão intergeracional que pode ocorrer quando os avós ultrapassam os limites estabelecidos pelos pais, como defende Zartler et al. (2021). Apesar do apoio, uma atitude invasiva pode constituir-se como uma fonte de

tensão familiar, assim como quando as opiniões dos avós são percebidas como tentativas de imposição (Xiao & Loke, 2022).

No que diz respeito às experiências dos progenitores na relação com os seus pais durante o trabalho de parto, emergiram 4 categorias: o acompanhamento telefónico, a necessidade de privacidade, a mãe como conselheira e protetora, e o isolamento clinicamente imposto. Durante o trabalho de parto foram expressas diversas atitudes em relação ao envolvimento dos avós, com alguns participantes a revelar o seu desejo de privacidade, referindo o acompanhamento por telefone. A categoria de necessidade de privacidade foi expressa por alguns progenitores, com o desejo de que o momento do parto fosse íntimo, uma forma de viver o momento com maior autonomia. Esse desejo de privacidade é relevante para entender que os progenitores, apesar de apreciarem o apoio dos avós, também priorizam a intimidade na experiência do parto.

O fato de alguns participantes também procurarem conselhos da mãe, como evidenciado na categoria mãe como conselheira e protetora, reflete o papel tradicional que os avós assumem como figuras de referência em momentos de incerteza. Como defende Gupta et al. (2015), as avós evidenciam-se como fontes de segurança, informação, orientação e apoio emocional durante momentos críticos da transição para a parentalidade.

Durante o período pós-parto, a necessidade de isolamento familiar e social foi um tema comum entre os participantes, com alguns a relatar a escolha de evitar visitas no puerpério. A necessidade de se orientarem e ajustarem à nova rotina foi destacada, constituindo-se um momento intimamente ligado à reconstrução do espaço familiar e à adaptação ao novo papel. Este desejo de isolamento, embora respeitado por alguns familiares, nem sempre foi bem aceite, o que sugere que este comportamento pode ser visto com estranheza ou até incompreensão por parte de alguns avós. Neste sentido, este facto pode traduzir-se numa tensão intergeracional, entre a necessidade de espaço e a vontade das famílias mais alargadas de se envolverem no processo, o que pode resultar, igualmente, em conflitos. Assim como defende Zatler et al. (2021), estes conflitos podem estar relacionados com questões de poder e limites, especialmente quando os avós não respeitam os limites impostos pelos pais.

Emergiu, igualmente, uma questão de diferença de género no envolvimento das figuras parentais, sendo o estatuto das mulheres, tanto da mãe como da sogra,

evidenciado em diferentes dimensões. Segundo Rodrigues (2013), a questão de género tem por base raízes culturais profundas, em especial na dissociação dos papéis do homem e da mulher. As mulheres revelam uma tendência a envolverem-se em aspetos emocionais, atividades de cuidado à criança, práticas educativas quotidianas, bem como cuidados de saúde (Ramos, 2012). De acordo com os participantes, a própria mãe e sogra, assumem um papel central de apoio e cuidado, tanto físico como emocional, especialmente nas primeiras fases de vida da criança. O testemunho de E6, evidencia esse facto, dando ênfase ao papel predominantemente feminino nesta fase, diferenciando-o do masculino. Enquanto as avós estão mais envolvidas no cuidado às crianças desde o seu nascimento, as figuras masculinas tendem a demorar mais tempo a envolver-se no papel e a extrair significado do seu novo *status* na família (Condesso, 2021). Este facto pode dever-se à convencional diferenciação de papéis de género, em que as mulheres são vistas como as principais responsáveis pelo cuidado da família (Condesso, 2021). As narrativas dos participantes sobre a experiência na relação com os seus pais nesta fase, revelam, então, uma dinâmica de género mais desigual, com os homens muitas vezes mais afastados das primeiras fases da parentalidade, corroborado pelo testemunho de E6, que sugere que os homens "gostam mais da fase do *toddler*".

Os participantes evidenciaram, igualmente, o papel distinto da mãe e da sogra na dinâmica familiar, o que resulta numa clara diferenciação de papéis e expectativas. Enquanto a mãe parece assumir um papel fundamental associado ao apoio emocional, ao cuidado à criança e ao próprio filho, a sogra parece assumir um papel mais ligado ao apoio prático e às tarefas domésticas. Esta ideia é ilustrada pelo relato de E5, que, embora reconheça a ajuda da sogra, destaca que o apoio da própria mãe foi mais determinante nesse processo. É igualmente reforçado pelo testemunho de E6, que considera fundamental o apoio materno, ressaltando a necessidade de a mãe lhe proporcionar não apenas cuidados práticos, mas também o conforto emocional associado ao vínculo afetivo, como, por exemplo, a preparação das suas refeições favoritas. Condesso (2021) defende que as mães tendem a procurar mais apoio das próprias mães, podendo esse facto estar relacionado com as ligações de género intergeracionais. A relação mãe-filha torna-se mais significativa na transição para a parentalidade, aumentando a frequência de contacto entre ambas (Tanskanen, 2017). Por outro lado, E2 descreve a sogra como um "alicerce", sugerindo que, embora o apoio da mãe seja importante, a sogra também

desempenha um papel significativo na adaptação do casal à transição para a parentalidade.

Ainda, relativamente às experiências dos progenitores na relação com os seus pais nesta fase da transição para a parentalidade, foi referido por um participante que foi importante para ele perceber que tanto a mãe como a sogra estavam empáticas com as suas dificuldades no processo de amamentação. Como defende Alianmoghaddam et al. (2018), a cultura da amamentação numa família desempenha um papel significativo no apoio às novas mães para amamentar exclusivamente, não se limitando às intenções ou ações da díade mãe-bebé. As avós têm a capacidade de influenciar o aleitamento materno exclusivo, sendo que a sua opinião positiva sobre aleitamento materno tem o potencial de influenciar uma mãe até 12% a iniciar a amamentação (Negin et al., 2016; Wagner et al., 2019).

Segundo Zartler et al. (2021), surgem sentimentos ambivalentes quando o envolvimento dos avós num ou mais domínios, sejam eles afetivo, cognitivo ou comportamental, não corresponde aos desejos e expectativas dos pais. Esta ambivalência é evidenciada, igualmente, quando há visões divergentes de pais e avós em relação a conceitos e convicções sobre a gravidez, educação, cuidados infantis, nutrição, ou outros aspetos relativos às crianças. Desta forma, este foi um tema que surgiu, igualmente no estudo, com alguns participantes a mencionar que os comentários críticos ou a falta de respeito pelas suas decisões parentais geraram atritos com os avós. É referido, também, por um participante que falaram claramente sobre as atitudes que os incomodaram, e apesar de não mudar as suas convicções, abstiveram-se de comentários depreciativos. A RS salienta, igualmente, a importância de uma comunicação clara entre pais e avós para garantir que os limites sejam respeitados e que as experiências de parentalidade sejam empoderadoras e não desafiadas por críticas externas.

A maioria dos participantes referiu que a relação com os seus próprios pais ou os pais do(a) companheiro(a) teve uma influência positiva no seu papel como pai/mãe, traduzindo uma continuidade de valores e práticas educacionais que consideram eficazes e benéficas para o desenvolvimento dos seus filhos. Assim como defende Xiao & Loke (2022) o papel dos avós envolve a transmissão intergeracional de papéis, em que as mães aprendem seja por observação, conselhos ou imitação dos cuidados. Reflete, assim, a importância de um modelo positivo no desenvolvimento dos estilos de parentalidade. Por

outro lado, outros participantes evidenciaram um processo ativo de adaptação e personalização da experiência parental, referindo que seguem aquilo que consideram exemplos positivos, embora façam ajustes conforme as suas próprias percepções e convicções, evidenciando uma forma de parentalidade que é tanto reflexiva como flexível. Apenas um participante revelou uma influência negativa, relatando uma experiência pessoal de ausência afetiva, o que levou a um esforço consciente para proporcionar uma relação diferente com o(a) filho(a), no intuito de preencher lacunas da sua própria infância.

Muitos progenitores consideraram os enfermeiros facilitadores no processo de envolvimento dos seus pais e pais do(a) companheiro(a) nos cuidados de saúde, promovendo a participação ativa dos mesmos nas consultas de saúde e noutras atividades de preparação para o nascimento e recuperação pós-parto. No entanto, um participante mencionou que, por vezes, os enfermeiros estavam muito focados nas suas tarefas e não garantiam a abertura suficiente para os avós, um tema que também foi desenvolvido na RS, que discute a necessidade de uma abordagem mais inclusiva (Gupta et al., 2015).

2.2.8. Principais conclusões, implicações para a prática e limitações

O presente estudo evidencia as experiências dos progenitores na relação com os seus pais na transição para a parentalidade. Os participantes, em geral, relataram uma relação próxima com os seus pais, evidenciando o papel fundamental dos avós, como fontes de segurança, informação, orientação e apoio emocional durante momentos críticos da transição para a parentalidade. A análise de diferentes fases da transição para a parentalidade destacou, igualmente, que, embora a proximidade emocional fosse valorizada, também existiam momentos em que os progenitores desejavam maior privacidade, nomeadamente durante o trabalho de parto e o período pós-parto. Emergiu, também, uma questão de diferença de género no papel dos avós, destacando as mulheres-avós, como figuras centrais de apoio e cuidado, tanto físico como emocional, especialmente nas primeiras fases de vida da criança. Por conseguinte, foi igualmente identificado o papel distinto da mãe e da sogra na dinâmica familiar, embora ambas desempenhem um papel significativo na adaptação do casal à transição para a parentalidade.

Outro aspeto mencionado prendeu-se com tensões familiares relacionadas com comentários críticos, a falta de respeito pelas decisões parentais ou o desrespeito pelos limites impostos, que tentaram resolver através da comunicação clara e assertiva. Adicionalmente, a influência intergeracional emergiu como uma característica central no processo de adaptação à parentalidade. A maioria dos participantes referiu que seguiu exemplos positivos dos seus pais, enquanto outros adaptaram essas influências de acordo com as suas próprias convicções e necessidades, criando um modelo de parentalidade reflexivo e flexível.

Os cuidados especializados do EEESMO perspetivam uma resposta às necessidades da mulher e pessoas significativas para si, sendo que a relação interpessoal estabelecida entre os mesmos, constitui o cerne do exercício profissional (ACEESMO, 2021). Neste sentido, e com o intuito de compreender e prestar cuidados na transição para a parentalidade, é fundamental conhecer a estrutura e as funções da rede de apoio das famílias, uma vez que estas variam de acordo com o contexto sociocultural, com o tempo e o estadio de vida do indivíduo e da própria família enquanto grupo (Oliveira & Dessen, 2012). A inclusão dos avós nos cuidados de saúde, como facilitadores do cuidado e no apoio emocional, pode constituir-se como uma prática benéfica para os progenitores, permitindo uma maior partilha de responsabilidades e fortalecimento das relações familiares. O EEESMO pode, assim, desempenhar um papel crucial na promoção de um ambiente de apoio, tanto para os pais como para os avós, assegurando que estes se sintam incluídos e valorizados na experiência parental. No entanto, é importante que estejam atentos às dinâmicas familiares. A ambiguidade entre o apoio prestado e a necessidade de espaço e privacidade dos progenitores é uma questão relevante e deve ser cuidadosamente avaliada, respeitando os limites estabelecidos pelas famílias.

Embora este estudo tenha oferecido importantes *insights* sobre a relação dos progenitores com os seus pais durante a transição para a parentalidade, participaram 6 pessoas no estudo, o que pode não refletir a diversidade de contextos familiares noutras regiões ou grupos populacionais. Sugere-se, portanto, um estudo mais abrangente, com um maior número e diversidade de participantes.

2.2.9. Procedimentos éticos

A ética em investigação não se restringe apenas ao cumprimento das normas legais, mas envolve também uma reflexão contínua sobre os direitos e o bem-estar dos indivíduos envolvidos, garantindo que a pesquisa seja conduzida de maneira responsável e transparente (Nunes, 2020). O respeito pela autonomia dos participantes, a minimização de danos, a maximização dos benefícios, a equidade no tratamento e a garantia de confidencialidade são aspetos que devem ser integrados em cada fase da pesquisa (Nunes, 2020). Deste modo, importa referir que em todas as fases do ER, desde a elaboração do projeto até à sua implementação, foi garantido o respeito pelos princípios éticos. Este, foi formalizado pela elaboração, apresentação e preenchimento do consentimento informado, livre e esclarecido, que foi disponibilizado a todos os participantes e preenchido em duplicado. Encontra-se em Apêndice (IV).

Uma vez que os participantes foram recrutados numa unidade de saúde, impôs-se a necessidade de autorização da comissão de ética para a realização do estudo. Neste sentido, foi elaborado um pedido de apreciação do mesmo à Comissão de Ética para a Saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo, tendo sido o seu parecer favorável. Este, encontra-se registado como 123/CES/INV/2023 e em anexo (Anexo I).

3. Percurso de Aquisição de Competências

O presente capítulo compreende a análise crítica do percurso de desenvolvimento de competências do grau de Mestre (Decreto de Lei nº65/2018, de 16 de agosto, artigo 15º), competências comuns do EE (Regulamento nº 140/2019), bem como competências específicas do EEESMO (Regulamento nº 391/2019), ancorados no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados do EEESMO (ACEESMO, 2021), no *Essential Competencies for Midwifery Practice* (ICM, 2019), assim como na Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010). Assim, este capítulo representa uma continuidade do anterior, no qual se detalha o percurso complementar necessário para o desenvolvimento das competências mencionadas.

O grau de mestre é concedido àqueles que demonstrem desenvolver conhecimento original, em contexto de investigação, bem como àqueles que sejam “capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (Decreto de Lei nº65/2018, de 16 de agosto, artigo 15º, p. 4150).

Por sua vez, o EE desenvolve a sua prática assente em vários domínios, nomeadamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, exercendo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e deontológicos da profissão, e garantindo práticas de cuidados que respeitem e defendam os direitos humanos fundamentais (Regulamento nº 140/2019; ICM, 2019), bem como “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”, atuando “como formador oportuno em contexto de trabalho”, investigando e colaborando “em estudos de investigação”, interpretando, organizando e divulgando “resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem” (Regulamento nº 140/2019, p. 4749). Neste sentido, ao longo do meu percurso de aprendizagem, considero que agi, sempre, respeitando o quadro ético e deontológico, utilizando o pensamento crítico na análise e resolução de problemas e fundamentando a minha prática em evidência científica atual e pertinente.

Com o intuito de desenvolver competências de mestre, bem como competências comuns do EE, desenvolvi atividades que me permitiram atualizar e aprofundar

conhecimentos, bem como disseminar conhecimento adquirido ao longo deste processo formativo. Assim, tive a oportunidade de:

- Publicar o artigo de revisão “O papel dos avós na transição para a parentalidade: uma scoping review” na revista científica *Pensar Enfermagem*, em nov. 2023, com o DOI: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.277> (Apêndice I)
- Participar nas Jornadas Científicas da Saúde da Lusofonia 2023, organizadas pela Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia, com a apresentação da comunicação oral intitulada: “Os avós e a transição para a parentalidade: contributos da investigação secundária”, com o objetivo de divulgação dos resultados da RS. (Apêndice V)
- Publicar o resumo da comunicação oral acima mencionada na Revista Científica Internacional da RACS, com o DOI: <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5iSupii>
- Realizar sessões de divulgação do projeto nos serviços onde realizei o ER, dirigidas aos diversos enfermeiros e profissionais de saúde do departamento, com os objetivos de divulgar os resultados da RS e refletir sobre a inclusão dos avós nos cuidados, quando apropriado. (Apêndice VI)
- Elaborar um folheto informativo para distribuição no bloco de partos da instituição onde realizei ER, com o objetivo de divulgação dos resultados da RS. (Apêndice VII)

Ao longo do ER, pude também desenvolver competências específicas do EEESMO, as quais pretendo evidenciar neste capítulo. Neste sentido, subdividi-o em 6 subcapítulos, consoante as grandes áreas de competências.

3.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional

A sexualidade constitui uma dimensão intrínseca do ser humano, manifestando-se de forma diferenciada ao longo das várias etapas do ciclo vital. Paralelamente, a saúde sexual é conceptualizada como um estado de bem-estar físico, emocional, psicológico e social no domínio da sexualidade. Esta implica uma perspetiva positiva e respeitosa das vivências sexuais e das relações interpessoais, promovendo experiências satisfatórias, seguras e isentas de coerção, discriminação ou violência (Associação Nacional de Estudantes de Medicina [ANEM] & Associação para o Planeamento da Família [APF], 2021).

A educação para a sexualidade, por sua vez, configura-se como um processo contínuo de capacitação individual, que visa o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, favorecendo a construção de projetos de vida pautados por decisões autónomas, informadas e responsáveis (Direção-Geral da Educação, Direção-Geral da Saúde & Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2016). Este processo educativo assenta no respeito pelos direitos sexuais universais, nomeadamente o direito ao acesso e partilha de informação científica, atual e credível. Neste sentido, a integração da educação sexual na educação para a saúde assume um papel fundamental na promoção de vivências sexuais conscientes, gratificantes, responsáveis e baseadas na autonomia individual (ANEM & APF, 2021).

Segundo o Regulamento nº 391/2019, o EEESMO tem como competência ***promover a saúde no âmbito da saúde sexual, concebendo, planeando e implementando programas, projetos e intervenções de educação sexual***, bem como ***informando e orientando sobre recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar***. Neste sentido, foram desenvolvidas, em articulação com a senhora enfermeira orientadora, ações de promoção da saúde sexual e prevenção das infeções sexualmente transmissíveis (IST), através da dinamização de duas sessões de educação para a saúde, realizadas numa escola do ensino básico em Lisboa. As atividades foram dirigidas a estudantes do 8.º ano, com idades entre os 13 e os 15 anos, e incidiram sobre temáticas fundamentais como os conceitos basilares de sexualidade, direitos sexuais, fisiologia do corpo humano, métodos contraceptivos e IST. As sessões foram caracterizadas por um ambiente de diálogo aberto e participativo, promovendo o envolvimento ativo dos jovens, nomeadamente através da partilha de experiências e da formulação de questões. Foi dada especial relevância à importância do planeamento familiar, bem como ao papel central das consultas de saúde na promoção de comportamentos sexuais saudáveis e informados.

As consultas de planeamento familiar assumem-se como uma estratégia estruturada no âmbito dos CSP, orientada por objetivos específicos que visam fomentar uma vivência da sexualidade pautada pela segurança, saúde e responsabilidade. Entre os seus propósitos incluem-se a regulação da fecundidade, a preparação para uma maternidade e paternidade conscientes, a redução da incidência das ISTs e das suas repercussões, bem como a promoção do bem-estar global dos indivíduos (DGS, 2008).

Neste contexto, durante o ER, participei ativamente na realização de consultas de planeamento familiar, nas quais um dos principais motivos de procura esteve associado à intenção ou necessidade de iniciar um método contraceutivo. De acordo com o Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2023a), a contraceção constitui um instrumento essencial de gestão da fertilidade, proporcionando opções acessíveis e seguras, com impacto direto na prevenção da gravidez não planeada e na redução do número de interrupções voluntárias da gravidez (Sociedade Portuguesa da Contracepção [SPC] et al., 2020). O principal objetivo da minha intervenção foi **garantir escolhas informadas** (ACEESMO, 2021; ICM, 2019) e promover a adesão ao método contraceutivo selecionado (DGS, 2008), tendo em consideração a sua eficácia, benefícios e potenciais efeitos adversos (SPC et al., 2020).

De acordo com a SPC et al. (2020), as consultas de planeamento familiar configuram-se, igualmente, como momentos privilegiados para a abordagem de outros determinantes de saúde, nomeadamente a prevenção da obesidade, do consumo de tabaco e outros comportamentos aditivos, bem como para a promoção de estilos de vida saudáveis. Estas consultas possibilitam ainda o reforço da adesão ao Plano Nacional de Vacinação (PNV), com particular destaque para a vacinação contra o vírus do papiloma humano (HPV). Neste enquadramento, procurei direcionar parte da minha intervenção para estas dimensões preventivas, integrando-as na consulta sempre que pertinente. Paralelamente, aproveitei a oportunidade para reforçar a importância da prevenção das ISTs, sublinhando que a maioria dos métodos contraceutivos adotados protege exclusivamente contra a gravidez não desejada, sendo por isso fundamental adotar medidas complementares de proteção.

Na unidade de saúde em que decorreu o ER, o EEESMO exerce a sua prática com um elevado grau de autonomia, estando legal e tecnicamente habilitado, no âmbito das suas competências, para a colocação e remoção de métodos contraceutivos de longa duração, nomeadamente implantes subcutâneos e dispositivos intrauterinos (DIU). Embora, durante o período de ER, não tenha sido possível participar ativamente em procedimentos de inserção ou remoção destes dispositivos, foi possível abordar com a senhora enfermeira orientadora, os cuidados e considerações técnicas inerentes.

No que diz respeito aos cuidados preconcepcionais, estes integram uma abordagem antecipatória e contínua no âmbito da saúde reprodutiva, que visa otimizar

as condições para uma gravidez saudável. Estes cuidados têm como principais objetivos a identificação precoce de fatores de risco modificáveis, promovendo a sua correção, a avaliação do risco de ocorrência de anomalias congénitas e de patologias de base genética, com eventual referenciação para aconselhamento especializado, e a sistematização e comunicação eficaz de recomendações clínicas relevantes (DGS, 2015a). Esta estratégia contribui de forma significativa para a diminuição da mortalidade e morbilidade materna, neonatal e infantil, assumindo-se como um componente essencial de uma política de saúde pública centrada na promoção da saúde (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2012). Assim, **planeei e implementei intervenções de promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade** bem como **identifiquei e monitorizei o potencial de risco preconcecional e obstétrico, referenciando as situações que estão para além da área de atuação** (Regulamento nº 391/2019). Neste âmbito, realizei a colheita sistematizada da história clínica, bem como a observação física e, sempre que indicado, a realização de exame ginecológico. Para além disso, procedi à orientação de mulheres e casais para a realização de análises laboratoriais complementares, com o intuito de avaliar o estado de saúde geral e reprodutiva. Paralelamente, prestei aconselhamento relativamente à suplementação com ácido fólico e iodo, enfatizando a importância do seu início mesmo antes de suspender a contraceção, de forma a reduzir o risco de defeitos do tubo neural e a garantir uma adequada função tiroideia materna, em conformidade com as orientações da DGS (2015a).

Embora as consultas de planeamento familiar estejam sujeitas a intervalos temporais reduzidos, procurei otimizar os mesmos, priorizando os aspectos mais relevantes para cada utente, de modo a promover a saúde sexual e reprodutiva da mulher e do casal.

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

A gravidez é um período de transição que compreende profundas modificações, tanto a nível físico, para dar resposta às solicitações metabólicas desencadeadas pelo desenvolvimento fetal (Lavaredas & Tomás, 2016), como alterações psico-socio-emocionais, uma vez que o impacto da notícia da gravidez desencadeia uma desordem emocional e exige uma redefinição da identidade e de papéis (Meleis, 2010).

A vigilância pré-natal constitui uma estratégia essencial de promoção e proteção da saúde materna e fetal, associando-se a uma melhoria significativa dos desfechos obstétricos e neonatais (DGS, 2015a; Paulo et al., 2024), bem como a experiências mais positivas no parto, puerpério e processo de amamentação. Simultaneamente, a gravidez é reconhecida como uma janela de oportunidade para a adoção de estilos de vida saudáveis, funcionando como um contexto facilitador da mudança comportamental (DGS, 2015a). Neste sentido, as consultas pré-natais assumem um papel determinante na avaliação contínua do bem-estar materno e fetal, na deteção precoce de alterações que possam comprometer o curso normal da gestação, na identificação de fatores de risco, na promoção da literacia em saúde, e na preparação física, emocional e social para o parto e a parentalidade. Estas consultas integram ainda a transmissão de informação relevante sobre os direitos e deveres parentais, promovendo uma vivência informada e consciente da gravidez (DGS, 2015a).

No âmbito das competências do EEESMO, ***promovi a saúde da mulher durante o período pré-natal, diagnostiquei e monitorizei a gravidez, informei e orientei sobre estilos de vida saudáveis na gravidez*** bem como ***sinais e sintomas de risco. Promovi a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade***, assim como ***identifiquei e monitorizei a saúde materno-fetal*** (Regulamento nº 391/2019). Desta forma, e mais concretamente, participei de forma ativa na assistência pré-natal a grávidas, casais e suas famílias, ao longo dos diferentes trimestres da gestação, tanto em contexto de UCC, como em Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), assim como no internamento de grávidas e no bloco de partos. Durante as consultas de vigilância da gravidez, realizei a avaliação inicial, procurando recolher dados sobre os antecedentes de saúde pessoais e familiares, sempre que tal informação não tivesse sido previamente obtida. Procedi à avaliação da adaptação psicoemocional da gestante à gravidez, tendo em conta as suas respostas emocionais e psicológicas ao processo. Acompanhei ainda a avaliação física e obstétrica, monitorizando o estado geral da gestante. Avaliei também o consumo de substâncias potencialmente prejudiciais, como o tabaco e o álcool, e discuti as suas consequências para a saúde materno-fetal. Durante todas as consultas, reforcei a importância da adoção de um estilo de vida saudável, com ênfase numa alimentação equilibrada, segura e variada, bem como na prática regular de exercício físico, quando

cl clinicamente indicado. Para além disso, realizei a avaliação contínua do risco da gravidez, utilizando a escala de Goodwin modificada, como preconizado pela DGS (2015a). Centrei-me, igualmente, em **informar e orientar sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez**, propondo estratégias para prevenir ou diminuir os mesmos e em **detetar precocemente o aparecimento de eventuais patologias potenciadas ou agravadas por estas modificações** (Regulamento nº 391/2019).

A transição para o 2º trimestre de gravidez é habitualmente acompanhada pela diminuição dos desconfortos típicos do primeiro trimestre e pelo início da perceção dos movimentos fetais, momento que, segundo Rocha et al. (2020), marca simbolicamente o início do processo de vinculação entre a grávida e o feto. Neste sentido, durante as consultas referentes a este período gestacional, para além da continuidade do aconselhamento anteriormente iniciado, prestei informações específicas sobre a monitorização subjetiva dos movimentos fetais ativos, sensibilizando a gestante para a sua importância como indicador de bem-estar fetal. Paralelamente, abordei temáticas fundamentais como os desafios da parentalidade, a fisiologia do trabalho de parto e parto, a amamentação e os cuidados neonatais, em conformidade com as orientações da DGS (2015a), que recomenda a introdução precoce destes conteúdos, com vista a uma melhor preparação das grávidas e famílias para o nascimento e transição para a parentalidade.

Segundo Regulamento nº 391/2019, p.13562 o EEESMO **“identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”** e segundo o ICM 2019, p.12, a parteira **“recognise abnormalities and complications and institute appropriate treatment and referral”**. Em duas situações distintas, identifiquei alterações sugestivas de desvio à gravidez fisiológica, com base na análise e interpretação crítica de parâmetros laboratoriais, nomeadamente no que respeita à glicemia e à função tiroideia. Perante estes achados, procedi à devida referência para avaliação médica especializada. As disfunções da tiroide representam a segunda causa mais prevalente de alterações endócrinas durante a gravidez, sendo apenas superadas pela diabetes gestacional (DG), e encontram-se associadas a um aumento do risco de complicações obstétricas e perinatais adversas (Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal [SPOMMF], 2022). Por sua vez, a DG constitui uma das complicações metabólicas mais frequentes do período gestacional,

estando relacionada com um risco acrescido de desfechos negativos tanto para a mãe como para o feto e RN (Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD] et al., 2017). Assim, a deteção precoce e adequada destes desvios da normalidade revela-se essencial para a implementação atempada de medidas preventivas e terapêuticas que minimizem o impacto das potenciais complicações materno-fetais.

A maioria das consultas de vigilância da gravidez de baixo risco decorreram durante o 3º trimestre, no contexto dos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP), concebidos, planeados, coordenados, implementados e dinamizados pela senhora enfermeira orientadora, em conformidade com as orientações da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MCEESMO] (2019). Estas consultas têm como objetivo assegurar a continuidade dos cuidados pré-natais, funcionando, simultaneamente, como uma plataforma privilegiada para a promoção da saúde materno-fetal. De acordo com a ACEESMO (2021), a preparação para o parto integra diversas dimensões, incluindo a consciencialização da grávida relativamente à sua capacidade fisiológica para vivenciar um parto eutócico, o treino de estratégias de autocontrolo para a gestão do trabalho de parto e a capacitação do acompanhante para prestar apoio eficaz à parturiente. Estes programas abrangem ainda o ensino de exercícios músculo-articulares que favorecem a mobilidade, a postura e o posicionamento fetal, bem como técnicas respiratórias e métodos de relaxamento que contribuem para o conforto e bem-estar da grávida. Para além da preparação para o parto, estas sessões constituem-se como intervenções estruturadas de apoio à transição para a parentalidade, respondendo às necessidades individuais, promovendo a autonomia, a confiança e o respeito pelas escolhas informadas da mulher e da família ao longo de todo o processo gravídico-puerperal (MCEESMO, 2019). Conforme o Regulamento nº 391/2019, compete ao EEESMO o empoderamento dos casais através da **conceção, planeamento, coordenação, implementação e avaliação de programas completos de preparação para o parto e parentalidade responsável**. Uma das necessidades mais frequentemente manifestadas pelas mulheres e casais diz respeito à elaboração do plano de parto. Este constitui-se como um documento escrito no qual a grávida, individualmente ou em conjunto com o seu parceiro, expressa de forma antecipada as suas expectativas, preferências e desejos relativamente ao trabalho de parto e parto, tendo em consideração os seus valores, contexto cultural e necessidades

individuais (MCEESMO, 2012; Medeiros et al., 2019). Enquanto ferramenta de empoderamento, o plano de parto visa promover a autonomia da mulher ao longo do processo de parto e nascimento, incentivando a comunicação assertiva com os profissionais de saúde, a tomada de decisões informadas e a sua participação ativa na construção de uma experiência de parto positiva e personalizada (Silva & Lopes, 2020). Neste sentido, o EEESMO tem como competência ***promover o plano de parto, aconselhar e apoiar a mulher na decisão*** (Regulamento nº 391/2019), ***assistindo a mulher e a sua família na escolha de um local de nascimento apropriado, discutindo opções, preferências e planos de contingência, respeitando a decisão da mulher e da pessoa significativa*** (ICM, 2019). Assim, tive a oportunidade de aconselhar e orientar vários casais nos seus planos de parto.

Ainda relativamente aos CSP e concretamente à preparação para o parto e parentalidade, elaborei uma sessão de educação para a saúde integrada no CPPP intitulada “Vamos ser avós!”, dirigida às grávidas/casais e respetivos pais. Os objetivos foram aumentar a literacia em saúde dos mesmos, bem como convergir as visões divergentes em relação a conceitos e convicções relativos à gravidez, educação, cuidados infantis, nutrição, ou outros aspetos fundamentais na criação das crianças, abordando temas como o conceito de “transição para a parentalidade”, o papel dos avós na transição para a parentalidade, o 4^a trimestre de gravidez, características do RN, o choro, o sono, a amamentação e os cuidados de higiene do RN. Esta sessão encontra-se em apêndice VIII, bem como o questionário de avaliação da mesma (apêndice IX), e os resultados da avaliação da respetiva sessão (apêndice X)

A educação para a saúde assume-se como uma das intervenções fundamentais no âmbito da assistência pré-natal, uma vez que contribui significativamente para o *empowerment* da grávida e da sua família, promovendo a tomada de decisões informadas e facilitando a adaptação ao processo transicional inerente à gravidez e à parentalidade. No entanto, apesar da sua relevância, esta intervenção não é, por si só, suficiente para garantir a ausência de complicações durante a gestação ou para assegurar a saúde materno-fetal. Em determinadas situações, podem verificar-se condições clínicas que aumentam a probabilidade de evolução desfavorável para a mãe e/ou para o feto (Vieira et al., 2019). Nestes casos, é imprescindível uma vigilância mais diferenciada, com

cuidados especializados e individualizados, orientados para a obtenção de resultados perinatais positivos e para a minimização de riscos (Rodrigues et al., 2017).

Neste sentido, é, igualmente, competência do EEESMO, **a concepção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez, à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez**, bem como a **cooperação com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante** (Regulamento nº391/2019). Nesta perspetiva, o EEESMO é responsável pela vigilância do bem-estar materno-fetal, adequando os seus cuidados ao tipo de patologia, assim como à individualidade de cada mulher/família. Este domínio de saberes e habilidades permitiu-me intervir de forma fundamentada, **baseada na mais recente evidência científica**, de acordo com o preconizado pelo ICM (2019) e ACEESMO (2021).

As patologias mais frequentemente observadas no contexto da vigilância e assistência à gravidez de risco foram a ameaça de parto pré-termo (APPT), a rotura prematura de membranas pré-termo (RPMPT), as hemorragias do terceiro trimestre, a restrição de crescimento fetal (RCF), a colestase intra-hepática da gravidez (CIHG), a DG com controlo glicémico inadequado, a pré-eclâmpsia (PE) e as alterações do líquido amniótico (LA), designadamente oligoâmnios e hidrâmnios. Tive contacto direto com diversas situações clínicas que implicaram a tomada de decisão para a indução do parto pré-termo. Entre estas, destaco um caso de RPMPT com quadro infeccioso às 32 semanas de gestação; uma gravidez trigemelar às 28 semanas + 5 dias, em que a decisão foi motivada por RCF severa do primeiro feto; e uma gravidez gemelar monocoriónica/biamniótica às 30 semanas + 2 dias, na qual foi diagnosticada síndrome de transfusão feto-fetal (STFF).

De acordo com Filho et al. (2022), a STFF resulta de um desequilíbrio hemodinâmico entre os dois fetos, provocado pela presença de anastomoses arteriovenosas placentárias anómalas. Esta síndrome caracteriza-se por uma acentuada discrepância no volume de LA entre os fetos, verificando-se que o feto recetor se apresenta hiperperfundido, com hipervolémia e policitémia, enquanto o feto dador manifesta hipoperfusão, hipovolémia, anemia, diminuição do crescimento intrauterino e oligúria, o que culmina em oligoâmnios (Graça, 2017a). Esta experiência foi particularmente marcante, não apenas pela raridade da condição, mas também pelo

facto de me ser, até então, desconhecida. Tal levou-me a realizar uma revisão aprofundada da evidência científica mais recente, com o intuito de compreender a abordagem clínica adotada e os cuidados de enfermagem específicos inerentes a esta situação complexa.

A hospitalização, no decurso da gravidez, pode constituir um evento profundamente impactante na vida da mulher, potenciando sentimentos de medo, ansiedade e insegurança, além de provocar perturbações significativas nas rotinas familiares e sociais (Antoniazzi et al., 2019). Neste contexto, a oferta de apoio emocional adquire particular relevância, sendo esta uma das competências fundamentais do EEESMO, o qual é responsável pela **conceção, planeamento, coordenação, implementação, supervisão e avaliação de programas, projetos e intervenções que promovam a saúde mental da mulher ao longo da gravidez** (Regulamento n.º 391/2019). De acordo com Antoniazzi et al. (2019), a presença de suporte social, emocional e prático, sobretudo proveniente do/a parceiro/a, dos profissionais de saúde e de elementos da rede familiar, como as avós maternas, funciona como um importante fator protetor face ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva durante a gestação. Consciente desta realidade, procurei assumir um papel ativo enquanto fonte de suporte emocional, promovendo a criação de uma relação terapêutica empática e incentivando, sempre que possível, a presença das figuras significativas para cada grávida hospitalizada.

Ao longo do ER, tive, igualmente, a oportunidade de prestar cuidados especializados a grávidas em situação de alto risco, cujo quadro clínico exigia uma monitorização materno-fetal intensiva e cuidados diferenciados, com necessidade de internamento em bloco de partos. Confrontei-me com diversos casos de PE com critérios de gravidade, nos quais foi necessária a administração de sulfato de magnésio como medida profilática para prevenção de crises convulsivas. A PE é uma patologia gestacional de natureza multissistémica e evolução progressiva, caracterizada pela presença de hipertensão arterial (HTA) após as 20 semanas de gestação, associada a sinais de lesão de órgão-alvo (Santos, 2023). As situações observadas apresentavam-se com quadros de HTA grave, definidos por valores de tensão arterial (TA) sistólica ≥ 160 mmHg e TA diastólica ≥ 90 mmHg, rácio proteinúria/creatinina superior a 0,3 mg/dL em amostra ocasional de urina, presença de cefaleias persistentes e dor no hipocôndrio direito. Nestes contextos, a vigilância materna incluía avaliação da TA a cada 15 minutos até

estabilização, monitorização contínua do bem-estar fetal através de cardiotocografia (CTG), controlo rigoroso da diurese mediante algaliação, bem como a instalação de pelo menos dois acessos venosos periféricos de grande calibre. Procedeu-se ainda à administração cautelosa de fluidoterapia, respeitando os limites para evitar sobrecarga hídrica, vigilância clínica de sinais de comprometimento de órgão-alvo e colheita laboratorial com periodicidade de 6/6h ou 12/12h, conforme a estabilidade da grávida.

Paralelamente, a avaliação fetal integral, para além da monitorização contínua, a consideração da necessidade de indução de maturação pulmonar fetal, consoante a idade gestacional e gravidade do quadro clínico. Toda a abordagem terapêutica visa a prevenção da eclâmpsia, o controlo efetivo da TA e a programação do parto, sendo este o único tratamento definitivo da doença (Monteiro & Leite, 2016). Para além da vertente técnico-científica, desempenhei um papel ativo no apoio emocional e informativo à grávida e acompanhante, esclarecendo dúvidas, explicando cada procedimento com clareza e alertando para potenciais complicações, como edema agudo do pulmão, enfarte agudo do miocárdio ou síndrome de dificuldade respiratória.

Um dos procedimentos frequentemente utilizados no âmbito da vigilância materno-fetal, já anteriormente referido, é a avaliação do bem-estar fetal através da auscultação da frequência cardíaca fetal (AFCF) com recurso a doppler e pela monitorização eletrónica via cardiotocografia (CTG). Embora o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2021) não recomende a utilização sistemática da CTG em grávidas de alto risco, esta prática está instituída em meio hospitalar, sendo realizada uma vez por turno em grávidas internadas no serviço de medicina materno-fetal, por um período mínimo de 20 minutos, a partir das 32 semanas de gestação, ou sempre que clinicamente indicado. Em contexto de bloco de partos, a CTG é, na maioria das situações, utilizada de forma contínua. Estas intervenções permitem avaliar de forma sistemática o estado fetal, sendo, simultaneamente, momentos de grande importância simbólica para as grávidas e respetivas famílias, contribuindo para o fortalecimento do vínculo afetivo entre a família e o feto (Sequeira, Henriques, Seabra, Pousa, Sousa & Sobral, 2020). Neste sentido, tive oportunidade de aprofundar e desenvolver competências técnico-científicas no domínio da avaliação e monitorização do bem-estar materno-fetal, nomeadamente através da interpretação da CTG. Paralelamente, e com a conivência da senhora enfermeira-chefe do serviço, elaborei um cartaz informativo

intitulado “*Cardiotocografia (CTG)*”, tendo como finalidade principal promover a literacia em saúde das mulheres grávidas e das suas famílias, através da disponibilização de informação acessível e esclarecedora sobre este exame de vigilância fetal (Apêndice XI)

De acordo com o disposto no Regulamento n.º 391/2019, uma das competências do EEESMO é a ***identificação e monitorização do trabalho de abortamento***, assim como ***a conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções dirigidas ao apoio da mulher e das pessoas significativas, durante o processo de perda gestacional e respetivo período de luto***. Neste sentido, tive oportunidade de prestar cuidados a uma mulher em situação de aborto espontâneo, acompanhando o trabalho de abortamento e assegurando a sua monitorização. A abordagem a estas situações deve seguir uma política de cuidados abrangente e humanizada, que contemple a disponibilização de informação clara, o acompanhamento da evolução clínica e a atenção às necessidades emocionais decorrentes da perda (OMS, 2022). Assim, optei por uma conduta expectante e centrada na mulher, privilegiando a escuta ativa, a presença empática e a resposta às manifestações físicas e emocionais. Procedi à vigilância da perda hemática, bem como à gestão da dor, mediante administração de analgesia prescrita. A perda gestacional, mesmo em fases iniciais da gravidez, pode representar uma vivência emocionalmente intensa e singular, que afeta de forma distinta cada mulher e exige a validação e acompanhamento do seu processo de luto (Sotto-Mayor, 2016). Neste sentido, procurei compreender os desejos e necessidades da mulher, oferecendo um apoio sensível, ajustado à sua resposta emocional, respeitando o seu tempo e expressão da dor.

Ao longo do ER, tive igualmente a oportunidade de prestar cuidados a mulheres internadas para indução do trabalho de parto (ITP). De acordo com a DGS (2015b), a ITP encontra-se indicada quando os benefícios associados à antecipação do parto ultrapassam os potenciais riscos do procedimento e da continuação da gravidez, sendo igualmente recomendada em gravidezes de baixo risco que atinjam as 41 semanas completas. O sucesso da maturação cervical depende de múltiplos fatores clínicos e individuais, variando de caso para caso. A diversidade de possíveis complicações associadas à ITP, como a ocorrência de hemorragias, taquissistolia uterina, prolapso do cordão umbilical ou alterações na CTG, quer suspeitas, quer francamente patológicas, exige do EEESMO um conhecimento aprofundado do procedimento, bem como das suas

potenciais implicações, assegurando a capacidade de intervir de forma rápida e adequada perante qualquer intercorrência.

Ao longo deste período, fui consolidando competências e aprofundando o conhecimento referente à ITP. Participei ativamente na vigilância das mulheres durante o processo, intervindo sempre que necessário em situações de risco e ***assegurando as transferências das mulheres***, sempre que adequado (Regulamento nº 391/2019), contribuindo, desta forma para a continuidade e a segurança dos cuidados prestados.

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

O trabalho de parto (TP) corresponde a um conjunto de mecanismos fisiológicos que culminam na expulsão do feto, das membranas, do cordão umbilical e da placenta (Fatia & Tinoco, 2016; Varela et al., 2020). Independentemente da sua origem, espontânea ou induzida, este processo envolve a extinção cervical, a dilatação progressiva do colo do útero, a descida e rotação fetal através do canal de parto, até à sua expulsão (Fatia & Tinoco, 2016; Machado & Graça, 2017). O início do TP estabelece-se clinicamente com a presença de contrações uterinas regulares e dolorosas, acompanhadas de alterações cervicais progressivas, nomeadamente a extinção e o início da dilatação do colo (Fatia & Tinoco, 2016). Organiza-se em quatro estádios distintos. O primeiro estádio tem início com as contrações uterinas e termina quando se atinge a dilatação cervical completa, sendo ele próprio subdividido em duas fases: a fase latente e a fase ativa (Machado & Graça, 2017). A transição entre estas fases é, contudo, variável consoante as diferentes abordagens teóricas. Segundo Machado e Graça (2017), a fase latente decorre até o colo atingir cerca de 3 cm de dilatação, enquanto outros autores defendem este limite nos 4 cm (Fatia & Tinoco, 2016) ou mesmo nos 5 cm (ACOG, 2014; OMS, 2018). Uma vez alcançada esta dilatação, inicia-se a fase ativa do TP, a qual se prolonga até à dilatação completa do colo uterino, sendo caracterizada pela descida e rotação progressivas do feto através da pelve materna (Machado & Graça, 2017).

Para além do seu carácter fisiológico, o TP e o parto são eventos profundamente simbólicos, envolvendo dimensões emocionais, sociais e culturais, assumindo-se como experiências significativas e transformadoras na vida da mulher e da sua família (Rodrigues, 2016). Trata-se de um momento determinante no estabelecimento do vínculo

afetivo da díade mãe-bebé, ou da tríade, bem como um marco crucial no processo de transição para a parentalidade. Neste contexto, a atuação do EEESMO é essencial, cabendo-lhe, enquanto competência própria, facilitar e promover uma vivência segura, positiva e empoderada desta transição (Meleis, 2010).

Aquando da admissão da parturiente no bloco de partos, realizava o acolhimento inicial, apresentando-me formalmente e realizando uma breve orientação quanto ao espaço físico e recursos disponíveis. De seguida, procedia à consulta do Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e à recolha sistematizada de dados através da anamnese, com o objetivo de obter informação relativa aos antecedentes pessoais, história ginecológica e obstétrica, tipagem sanguínea, alergias, vigilância pré-natal, bem como resultados de exames laboratoriais e ecográficos realizados durante a gestação. Paralelamente, procurava identificar as expectativas e preferências da gestante relativamente ao TP e parto, com vista à personalização dos cuidados e à sua participação ativa no processo, assegurando intervenções baseadas na evidência, seguras e centradas na mulher e família. Apesar da maioria das utentes não apresentar um plano de parto formalizado por escrito, promovia o diálogo sobre as suas preferências, nomeadamente quanto à escolha do acompanhante, estratégias de controlo da dor, posições a adotar durante o TP, corte do cordão umbilical, contacto pele-a-pele e amamentação, garantindo suporte informativo e emocional para a tomada de decisões informadas.

De acordo com o Regulamento n.º 391/2019, integra-se no âmbito de competências do EEESMO, a **identificação e monitorização do TP**, a garantia de um **ambiente seguro durante o processo de TP e parto**, bem como o **planeamento, implementação e avaliação de intervenções orientadas para a promoção do conforto e bem-estar da mulher e dos seus conviventes significativos**. A maioria das mulheres admitidas na unidade encontrava-se no primeiro estágio do TP, mais concretamente na fase ativa, sendo, por conseguinte, imperativa a realização da observação obstétrica por meio do exame vaginal. Este procedimento permite avaliar parâmetros essenciais como as características do colo do útero, a integridade das membranas, a estática e altura da apresentação fetal, bem como as particularidades do assolhado pélvico e da bacia materna (Sequeira, Henriques, Seabra, Pousa, Sousa & Sobral, 2020). Durante a minha prática clínica, procurei respeitar a fisiologia do TP, realizando o exame vaginal apenas

quando clinicamente indicado, tendo por base as queixas expressas e o comportamento da parturiente.

Segundo Pedro e Oliveira (2016), uma das características fundamentais do TP fisiológico é o seu carácter rítmico e a sua adaptação à individualidade de cada mulher. A dor, fenómeno complexo e subjetivo, assume um papel central neste processo, sendo frequentemente associada a receios relacionados com a vivência da parentalidade (Travancas & Vargens, 2020). Quando intensa, a dor pode-se repercutir negativamente tanto na parturiente como no bem-estar fetal, podendo comprometer a progressão fisiológica do TP (Pedro & Oliveira, 2016). Todavia, pode igualmente, ser interpretada como um mecanismo orientador e protetor, ao induzir alterações posicionais espontâneas por parte da mulher, promovendo o alívio sintomático e prevenindo possíveis lesões a nível da bacia e tecidos moles envolvidos (Pedro & Oliveira, 2016). Neste contexto, a capacidade de adaptação a diferentes posições e movimentos corporais configura-se como uma das respostas fisiológicas mais eficazes ao estímulo doloroso. Tendo em consideração que compete ao EEESMO ***conceber, planear, implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do TP*** (ICM, 2019; Regulamento n.º 391/2019), orientei a minha prática para a gestão da dor, privilegiando estratégias não farmacológicas, complementadas com opções farmacológicas, conforme as preferências e decisões informadas das parturientes. De acordo com o ICM (2019), a parteira ***“offer and support woman to use strategies for coping with labour pain”*** (p.17). Assim, prestei informação detalhada sobre os métodos disponíveis no serviço, incluindo os seus benefícios e limitações, promovendo a autonomia da mulher na tomada de decisão. As estratégias não farmacológicas mais frequentemente adotadas incluíram a utilização da bola de pilates e a realização de exercícios sobre a mesma, a deambulação no quarto, bem como a adoção de posições ortostáticas. Recorreu-se igualmente à hidroterapia, através do duche com água quente, à cromoterapia, com recurso a projetores de luz ambiente, ao uso da música, mediante escolha da parturiente, e à dança como forma de expressão corporal e relaxamento. Ainda assim, a maioria das mulheres optou por recorrer, de forma complementar, à analgesia por via do neuroeixo. Esta representa o método farmacológico mais eficaz e seguro de alívio da dor associada ao TP e parto, podendo incluir técnicas de bloqueio epidural, sequencial ou subaracnoideu (Manso & Silva, 2023). Oferece, igualmente a oportunidade de a parturiente realizar o seu TP, de

uma forma mais tranquila e relaxada, uma vez que não exige bloqueio motor (Sequeira, Freitas, Correia, Henriques, & Monteiro, 2020). Outra ferramenta disponibilizada no serviço é a bola amendoim, cuja utilização foi por mim frequentemente sugerida às parturientes que, por motivos clínicos, se encontravam confinadas ao leito, particularmente após a administração de doses suplementares de analgesia por técnica do neuroeixo. A recomendação da sua utilização visa, sobretudo, a promoção do parto eutócico, respeitando a fisiologia do processo. A evidência científica atual reconhece múltiplos benefícios associados ao uso da bola amendoim, nomeadamente o aumento dos diâmetros pélvicos, a facilitação da rotação fetal progressiva e da descida do feto pelo canal de parto, contribuindo para a diminuição da duração do TP e para a redução das taxas de cesarianas (Hickey & Savage, 2019; Tussey et al., 2015)

O segundo estágio do TP, designado por período expulsivo, tem início com a dilatação cervical completa e termina com a expulsão do feto (Machado & Graça, 2017). Este estágio divide-se em duas fases distintas: a fase não expulsiva, durante a qual a parturiente ainda não manifesta reflexo de expulsão; e a fase expulsiva propriamente dita, caracterizada pela presença de uma vontade involuntária e intensa de realizar esforços expulsivos (Pacheco & Néné, 2020). Durante esta etapa, procurei promover a adoção de posições que favorecessem o conforto da parturiente, sugerindo diferentes alternativas posturais adaptadas às suas preferências, tolerância e condições clínicas.

As posições verticalizadas demonstram benefícios consideráveis na descida fetal até ao períneo, contribuindo para a otimização da dinâmica do TP (Balaskas, 2017). No entanto, é evidenciado, igualmente, potenciais desvantagens associadas a estas posições, nomeadamente o aumento da incidência de lacerações perineais de 1.º e 2.º grau, bem como a maior probabilidade de edema vulvar (Cardoso et al., 2020). Durante o ER, observei que a maioria das parturientes optou espontaneamente por posições semi-Fowler com apoio dos pés, ou pela posição lateralizada, privilegiando o conforto e a eficiência dos esforços expulsivos. Nas situações em que foram adotadas posições verticalizadas, foi frequentemente relatado um aumento da fadiga, o que motivou, na maioria dos casos, a mudança para posições mais confortáveis e sustentáveis. Durante este estágio, centrei-me igualmente na interpretação da CTG, com o intuito de monitorizar o bem-estar fetal intraparto, **identificando e monitorizando o risco materno-fetal**, bem como os **desvios ao padrão normal de evolução do TP e referenciando** sempre,

as situações que estejam para além da área de atuação do EEESMO (Regulamento nº 391/2019).

O feto em apresentação de vértice, à medida que progride no canal de parto realiza vários movimentos, que permitem esta mesma progressão. Após a expulsão da cabeça fetal, procedi sistematicamente à avaliação da presença de circulares cervicais. Na maioria das situações, a circular cervical pode ser resolvida com a mobilização do cordão sobre a cabeça do RN. No entanto, quando tal não é exequível, pode ser necessário recorrer à manobra de *Somersault* ou, em último recurso, ao corte prematuro do cordão (Oppenheimer & Black, 2014). No decurso da minha prática, durante a assistência a 47 partos, confrontei-me com diversas situações de circulares cervicais, tendo optado, consoante a circunstância, pela mobilização do cordão ou pela execução da manobra de *Somersault*. Esta técnica implica manter a cabeça do RN fletida, orientando-a cuidadosamente para cima ou lateralmente, em direção ao púbis ou à coxa materna, de forma a permitir que o RN execute uma espécie de cambalhota, posicionando as extremidades inferiores em direção aos joelhos maternos, mantendo a cabeça no períneo (Mercer et al., 2010).

Para além das circulares cervicais, fui confrontada com uma situação de distócia de ombros, uma emergência obstétrica rara, de ocorrência imprevisível, caracterizada pela dificuldade de libertação da cintura escapular fetal após a exteriorização da cabeça, resultando num bloqueio da progressão do parto (Graça, 2017b). Apesar de estarem descritos diversos fatores de risco associados à sua ocorrência, o seu valor preditivo revela-se insuficiente para uma prevenção eficaz (Mascarenhas et al., 2020). No caso vivenciado, a parturiente não apresentava fatores de risco identificáveis, sendo o único sinal clínico a retração súbita da cabeça fetal após a expulsão, designada como sinal da tartaruga. De imediato, foi solicitada à parturiente a suspensão dos esforços expulsivos. Estando já presentes na sala de partos a senhora enfermeira orientadora e outra profissional responsável pelos cuidados neonatais imediatos, foi rapidamente acionada a equipa médica obstétrica e contactada a neonatologia.

Enquanto se aguardava a chegada dos profissionais médicos, foi executada a manobra de *McRoberts* pelas enfermeiras presentes, a qual consiste na hiperflexão das coxas da parturiente sobre o abdómen. Esta técnica visa corrigir a curvatura lombossagrada, diminuindo a proclividade do promontório do sacro que impede a

progressão do ombro posterior (Graça, 2017b). Durante a manobra, mantive uma tração cefálica contínua, cuidadosa e controlada, até à libertação sequencial dos ombros fetais. Embora se constitua como um desvio da evolução normal do trabalho de parto, é essencial que o EEESMO desenvolva competências adequadas para intervir de forma eficaz e segura, pois poderá ser necessário atuar prontamente, antes da chegada de outros profissionais.

Após a extração dos ombros, o resto do corpo fetal é expulso rapidamente pela continuidade dos esforços expulsivos maternos, marcando o início da transição para a vida extrauterina. Procedi à **avaliação imediata do RN**, com o intuito de monitorizar a sua adaptação ao meio extrauterino, identificar eventuais anomalias congénitas evidentes e detetar sinais de traumatismos decorrentes do parto (Freitas & Baptista, 2016). Sempre que necessário, implementei **intervenções de suporte à transição e adaptação à vida extrauterina**, nomeadamente estímulos táteis e medidas para a manutenção da normotermia, sem necessidade de recorrer a manobras adicionais. A maioria dos RNs de termo não requer assistência específica durante esta fase, sendo que apenas cerca de 10% necessitam de algum tipo de suporte (Mimoso, 2024). Adicionalmente, promovi, sempre que possível, a laqueação tardia do cordão umbilical, prática que tem vindo a ser recomendada por diversas entidades internacionais e nacionais. Esta intervenção apresenta benefícios reconhecidos, tais como a redução da incidência de deficiência de ferro, anemia neonatal e outras complicações de saúde na infância (ACOG, 2020; OMS, 2013; Silva et al., 2022). Deste modo, aguardei até o cordão parar de pulsar, para realizar o corte do mesmo e procurei perceber as expetativas da parturiente e do acompanhante, incentivando a sua participação no corte, sempre que adequado. Incentivei também o contacto pele-a-pele, explicando os seus benefícios.

O terceiro estágio do trabalho de parto corresponde à fase de dequitação placentária, iniciando-se após a expulsão completa do feto e culminando com a expulsão da placenta e das membranas (Sequeira, Prata, Seabra & Correia, 2020). Este processo decorre de mecanismos fisiológicos mecânicos e hemostáticos, apresentando uma duração variável (Sequeira, Prata, Seabra & Correia, 2020). A condução deste estágio continua a ser alvo de divergência. Por um lado, alguns autores e entidades, preconizam uma abordagem ativa, com tração controlada do cordão umbilical, administração profilática de uterotónicos e realização de massagem uterina (DGS, 2024; Henriques &

Mesquita, 2019; OMS, 2014). Por outro lado, há quem defenda uma atitude expectante, respeitando o decurso fisiológico deste processo (Sequeira, Prata, Seabra, & Correia, 2020). Deste modo, após a expulsão do feto, procurei manter um ambiente tranquilo, promovendo o contacto pele-a-pele entre a puérpera e o RN. Mediante a observação de sinais clínicos indicativos de descolamento placentário, como hemorragia de separação, elevação do fundo uterino 2 a 3 cm acima da cicatriz umbilical, prolongamento do cordão umbilical e presença de contrações uterinas, procedi à realização da Manobra de Brandt-Andrews, respeitando os princípios da tração controlada, utilizando o peso da própria placenta como facilitador da sua expulsão, e monitorizei cuidadosamente as perdas hemáticas associadas (Sequeira, Prata, Seabra, & Correia, 2020).

Concluída a dequitação, verifiquei a presença do globo de segurança de Pinard, assegurando a adequada contração uterina, e procedi à inspeção detalhada das estruturas placentárias e membranas, avaliando o tipo de descolamento ocorrido e as características do cordão umbilical, de forma a garantir a integridade do material dequitado. Em conformidade com o protocolo institucional, administrei posteriormente um uterotónico (20 unidades de ocitocina diluídas em 500 ml de soro fisiológico, por via endovenosa), com o objetivo de promover o tónus uterino e prevenir a hemorragia pós-parto (HPP) (OMS, 2014).

Importa referir que, embora a atonia uterina constitua a causa mais frequente de HPP, outras etiologias devem ser consideradas, nomeadamente traumatismos do canal de parto, como lacerações cervicais e vaginais, rutura uterina, retenção de tecidos placentários ou perturbações da coagulação materna (OMS, 2014).

Uma das competências fundamentais atribuídas ao EEESMO no terceiro estágio do TP, prende-se com a ***avaliação da integridade do canal de parto e a realização das respetivas técnicas de reparação perineal, referenciando, sempre que necessário, situações que ultrapassem o seu âmbito de intervenção*** (Regulamento n.º 391/2019). A reparação perineal visa promover uma recuperação pós-parto adequada, prevenindo complicações de natureza física, psicológica e sexual que possam comprometer a qualidade de vida da puérpera.

O trauma perineal é definido como a perda da continuidade dos tecidos da região genital, resultante de lesão ocorrida durante o parto vaginal (Beleza, 2019). Trata-se de um fenómeno com elevada prevalência, afetando cerca de 90% das mulheres

(Okeahialam et al., 2024). O desenvolvimento de competências nesta área representou um dos maiores desafios durante o meu percurso formativo, exigindo conhecimento anatómico detalhado, destreza técnica e uma abordagem humanizada. Com o decorrer da prática clínica, consegui progredir de forma significativa, adquirindo autonomia na identificação das estruturas anatómicas envolvidas e na execução da técnica de sutura, garantindo simultaneamente o controlo eficaz da dor e o conforto da puérpera. Esta competência revelou-se essencial para a promoção de cuidados de qualidade e seguros.

Por fim, assegurei a prestação de cuidados imediatos de higiene e conforto, promovendo, sempre que indicado, a aplicação de crioterapia local com o objetivo de reduzir o edema e aliviar o desconforto na região perineal. Nesta fase, reconhecendo a importância da educação para a saúde como componente essencial dos cuidados de enfermagem especializados, desenvolvi intervenções educativas dirigidas às necessidades específicas de cada puérpera. Estas incluíram orientações sobre higiene perineal adequada, estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor e desconforto, bem como informação relativa à identificação precoce de sinais e sintomas sugestivos de complicações, promovendo, assim, a autonomia, segurança e bem-estar da mulher.

3.3.4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

O quarto e último estágio do TP corresponde ao puerpério imediato, o qual abrange as primeiras duas horas após o parto (Centeno, 2017). Este período é caracterizado pelo início dos mecanismos fisiológicos maternos de hemóstase e pela adaptação neonatal ao ambiente extrauterino, exigindo uma vigilância rigorosa e contínua da díade (Fatia & Tinoco, 2016). Neste período e ainda no bloco de partos, procurei ***identificar e monitorizar o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido***, assim como ***conceber planejar, implementar e avaliar intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto*** (Regulamento nº 391/2019). Deste forma, realizei uma avaliação sistemática e integral da puérpera, seguindo uma abordagem cefalo-caudal. Procedi à monitorização do estado neurológico, aparência geral, postura e eventuais queixas. Monitorizei os sinais vitais, de 15 em 15 minutos na primeira hora e de 30 em 30 minutos na segunda hora (DGS, 2024; Santos et al., 2020), avaliei as

características da pele, mamas e mamilos, avaliei a posição e tônus uterino, confirmando a formação do globo de segurança de Pinard, avaliei o períneo e vigiei as perdas hemáticas vaginais, bem como a eliminação vesical. Paralelamente, promovi o contacto pele-a-pele, pelos seus múltiplos benefícios fisiológicos, emocionais e imunológicos. Incentivei, sempre que manifestado pela puérpera, a amamentação precoce, contribuindo para o estabelecimento do vínculo afetivo e para a promoção da amamentação exclusiva.

Uma vez que a instituição hospitalar é creditada como Hospital Amigo dos Bebés, é dever do EEESMO, sendo igualmente uma competência sua, adotar políticas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, nomeadamente a prática do alojamento conjunto 24h por dia, ou o apoio à amamentação durante o internamento e em consultas pós-alta. Assim, neste âmbito ***concebi, planeei, implementei e avaliei intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno***, cumprindo as diretrizes preconizadas (Regulamento nº 391/2019, ICM, 2019). Promovi a adaptação do RN à mama, avaliando os sinais de prontidão, como o movimento de procura e o reflexo de sucção, bem como a presença de uma pega eficaz, com posicionamento correto do RN. Paralelamente, desenvolvi intervenções de educação para a saúde direcionadas à puérpera, com foco na autovigilância, no autocuidado e na promoção de práticas de amamentação seguras e informadas.

A OMS (2023) recomenda o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade, sendo este posteriormente complementado com alimentos adequados até, pelo menos, aos 24 meses. Os benefícios são múltiplos e amplamente documentados, tanto para a saúde materna como para a saúde infantil, incluindo a redução do risco de infeções, o fortalecimento do vínculo da díade e a promoção do desenvolvimento imunológico e neurológico da criança (OMS, 2023). A promoção e apoio ao aleitamento materno constituem, assim, um eixo prioritário da saúde pública e uma componente essencial dos cuidados no pós-parto imediato, sendo a sua implementação precoce determinante para o sucesso e continuidade da amamentação.

Nas primeiras duas horas após o parto, a mulher permanece em vigilância no recobro do bloco de partos. Findo este período, e mediante disponibilidade de vaga, bem como critérios clínicos obstétricos e neonatais, a puérpera e o RN são transferidos em

alojamento conjunto para o serviço de obstetrícia, onde permanecem até à alta hospitalar.

Segundo Centeno (2017), as principais complicações obstétricas no período pós-parto incluem hemorragias, infecções puerperais, mastites, eventos tromboembólicos e alterações do foro psiquiátrico. Durante o internamento hospitalar, procedi à monitorização contínua do estado de saúde materno, através de uma avaliação sistemática, tendo implementado intervenções preventivas dirigidas à minimização do risco destas complicações. Paralelamente, promovi ações de educação para a saúde, orientadas para o desenvolvimento de competências de autocuidado materno e cuidados ao RN, tendo em vista uma preparação adequada para a alta.

O puerpério constitui-se como um período de intensas transformações, marcado por alterações emocionais, físicas e nas dinâmicas relacionais, tanto a nível intrapessoal como familiar, podendo desencadear sentimentos ambivalentes (Gomes & Santos, 2017). É frequente que, nos dias subsequentes ao parto, algumas mulheres experienciem alterações emocionais transitórias e autolimitadas, designadas por *blues* pós-parto (Retnosari & Fatimah, 2022). Estas manifestações incluem, entre outros sintomas, tristeza, episódios de choro, fadiga, irritabilidade, ansiedade, distúrbios do sono, dificuldade de concentração e labilidade emocional (Leitão, 2016; Retnosari & Fatimah, 2022). Neste sentido, torna-se fundamental intervir junto da puérpera e da sua família, promovendo a literacia em saúde mental, através da diferenciação entre sintomas expectáveis e alterações patológicas, como a depressão ou a psicose puerperal. A clarificação destes aspetos é essencial para a deteção precoce de perturbações emocionais, as quais podem comprometer significativamente a saúde mental materna, o processo de vinculação da díade e as relações conjugais e familiares alargadas (Leitão, 2016). Assim, importa promover a saúde mental, ***identificando e monitorizando as alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, bem como implementar medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera e família*** (Regulamento nº 391/2019).

Concomitantemente à avaliação puerperal, efetuei a avaliação dos RNs, uma vez que é preconizado que o EEESMO ***identifique e monitorize o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação e coopere com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neonatal*** (Regulamento nº 391/2019). Esta avaliação

compreende a observação do aspeto geral e do comportamento do RN, seguindo-se um exame físico para detetar variações à normalidade ou achados anormais. O conhecimento dos resultados normais esperados durante cada avaliação ajuda o EEESMO a reconhecer alterações que possam interferir com o normal desenvolvimento do RN no início do período pós-natal (Wheeler, 2014), permitindo atuar atempadamente, e em caso de necessidade, referenciar. Os cuidados de higiene, nomeadamente o banho são importantes oportunidades para realizar essa avaliação. Segundo Santos et al. (2020), estes continuam a ser alvo de alguma controvérsia, dada a ausência de consenso relativamente aos procedimentos e recomendações a adotar. A OMS (2018) recomenda que o primeiro banho do RN seja adiado por, pelo menos, 24 horas após o nascimento, e, nos casos em que tal não seja viável por motivos culturais, que este não ocorra antes das primeiras 6 horas de vida. No contexto de cuidados em puerpério durante o ER, segui as orientações protocolares da instituição, assegurando o adiamento do primeiro banho até, no mínimo, 24 horas após o parto, em conformidade com as diretrizes da OMS. Este momento foi sempre articulado com a puérpera, sendo o banho realizado ou acompanhado por mim, de acordo com a sua preferência. Destaco, em particular, uma situação que se revelou especialmente significativa no âmbito dos objetivos do meu tema, nomeadamente a promoção da inclusão familiar nos cuidados de saúde, com especial enfoque na participação dos avós. No caso em questão, a puérpera, de etnia cigana, expressou que, de acordo com a sua tradição cultural, o primeiro banho do RN deveria ser dado pela sua sogra. Respeitando esta preferência cultural, foi possível organizar os cuidados de forma a garantir a presença da avó aquando do mesmo, assegurando simultaneamente a segurança do RN e a valorização das práticas culturais da família. Esta experiência permitiu-me adaptar os cuidados às reais necessidades da díade e da sua rede de suporte, promovendo uma prestação de cuidados culturalmente sensível e centrada na família.

Para além dos cuidados de higiene e da valorização das práticas culturais nos cuidados, durante o ER tive também oportunidade de intervir noutras áreas relevantes da vigilância neonatal, nomeadamente na monitorização e gestão da icterícia neonatal.

Ao longo do ER, identifiquei alguns RNs com icterícia neonatal, apresentando níveis de bilirrubina compatíveis com a indicação para fototerapia simples. Esta condição caracteriza-se pela coloração amarelada da pele e das escleróticas, resultante da

acumulação de bilirrubina (Quintas & Silva, 2013; Ventura, 2016). Quando ocorre entre o 2.º e o 4.º dia de vida, com progressão cefalo-caudal e resolução espontânea no prazo de uma a duas semanas, é considerada fisiológica (Ventura, 2016). No entanto, nalguns casos, torna-se necessário intervir, sendo a decisão terapêutica baseada em múltiplos fatores, como a idade gestacional, as horas de vida, os níveis séricos de bilirrubina e a presença de fatores de risco, nomeadamente a isoimunização (Pereira et al., 2023). A monitorização da icterícia é efetuada por via transcutânea e/ou através de análises laboratoriais, permitindo ajustar precocemente as intervenções às necessidades. Neste âmbito, prestei cuidados a bebés submetidos a fototerapia com os dispositivos *Bilibed*® e *Billicombi*®, este último permitindo irradiar toda a superfície corporal, assegurando simultaneamente a proximidade da mãe. As intervenções de enfermagem, orientadas pelos protocolos institucionais, incidiram na validação do conhecimento da puérpera sobre o tratamento, no esclarecimento do funcionamento dos equipamentos e na promoção de boas práticas durante a terapêutica. Estes cuidados incluíram a manutenção do recém-nascido apenas com fralda e com o fato terapêutico colocado, a alternância de decúbito a cada três horas ou após cada mamada, o incentivo ao aumento da frequência das mamadas com o objetivo de promover hidratação adequada, a não aplicação de cremes ou óleos na pele e a vigilância rigorosa das eliminações e do estado geral do RN (Pereira et al., 2023; Quintas & Silva, 2013).

Durante o internamento, é possível realizar a vigilância de saúde e tratamento dos RNs junto das mães, no entanto, em algumas situações, a díade é separada pela necessidade de cuidados mais especializados, sendo os RNs transferidos para unidades de neonatologia.

O ambiente na neonatologia é cuidadosamente adaptado para promover o neurodesenvolvimento, com práticas centradas nas necessidades do RN e da sua família, incluindo a redução de estímulos como som e luminosidade, e a promoção do sono, essencial para o desenvolvimento sináptico e memória (Correia & Lourenço, 2020; Ferraz et al., 2022). A envolvência familiar é também promovida, considerando-a um parceiro essencial nos cuidados ao RN, com práticas como o colo e o método canguru, que trazem benefícios no vínculo, na redução do stress, na estabilização hemodinâmica e no apoio ao aleitamento materno (Alves et al., 2023; OMS, 2023). Além disso, a gestão da dor e do stress durante procedimentos invasivos é realizada, com estratégias como a presença dos

país e a sucção não nutritiva (Ferraz et al., 2022). O posicionamento adequado do RN, com a utilização de materiais como rolos e fraldas, é igualmente importante para o desenvolvimento neuromuscular e postural, bem como para reduzir o stress e a dor (Madlinger-Lewis, 2014). A adaptação emocional das famílias é também um foco importante, sendo fundamental o apoio psicológico e esclarecimento de dúvidas.

Durante o ER, acompanhei um caso de lesão neurológica do plexo braquial devido a complicações no parto, especificamente de distócia de ombros, com o RN a apresentar paralisia Erb-Duchenne à direita e Klumpke à esquerda. Estas lesões, embora pouco frequentes, resultam em défices motores e sensoriais e exigem intervenção precoce, geralmente conservadora, com fisioterapia (Sociedade Portuguesa de Neonatologia [SPN], 2023; Velano & Reis, 2022). A paralisia de Erb-Duchenne tem uma boa resolução espontânea, enquanto a de Klumpke tem um prognóstico mais reservado (Velano & Reis, 2022). Fatores como macrosomia fetal, obesidade materna, diabetes gestacional e anomalias pélvicas maternas aumentam o risco destas lesões (SPN, 2023). Embora estas não possam ser totalmente evitadas, elas compreendem alguns fatores de risco relacionados tanto com o feto como com as condições maternas. Muitos deles podem ser devidamente avaliados pelos profissionais de saúde durante a assistência pré-natal e durante o TP e parto. Neste sentido, o EEESMO assume um papel importante na prevenção deste tipo de lesões, uma vez que, tem como competências o cuidado pré-natal, nomeadamente na educação para a saúde, e competências no cuidado durante o TP e parto, avaliando devidamente as características do colo uterino, a estática fetal e as características do assoalhado pélvico e da bacia (Sequeira, Henriques, Seabra, Pousa, Sousa & Sobral, 2020). Deste modo, os cuidados antecipatórios revelam-se de extrema importância para a prevenção da morbilidade e mortalidade infantil.

O desenvolvimento desta competência foi-se complementando no contexto comunitário. A consulta de puerpério é um momento que implica um conjunto de intervenções que, aliadas a medidas de educação para a saúde, potenciam a recuperação física materna, promovem o aleitamento materno, validam o estado emocional e promovem, igualmente, o início da contraceção (DGS, 2015a). Assim, nestes momentos, realizei o exame físico à puérpera, avaliei o estado emocional e a rede de apoio, avaliei o histórico vacinal e questioneei sobre o retorno à fertilidade.

Para além, de realizar consultas de puerpério, participei em programas de recuperação pós-parto, sendo estes não só um momento de educação para a saúde, mas também um momento de partilha de experiências. A maioria das puérperas considerou este espaço muito importante neste período, o que era comprovado pela sua afluência e participação.

No âmbito das suas competências, o EEESMO, presta cuidados durante o período pós-natal, no sentido de **potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade** e promovendo, deste modo, processos saudáveis (Regulamento nº 391/2019). Assim, procurei ser um elemento mediador e facilitador das transições inerentes a esta fase de vida, prestando cuidados a puérperas, RNs e suas famílias, de forma a potenciar a sua saúde.

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

O climatério pode ser entendido como o período caracterizado pelo declínio progressivo da função ovárica, sendo uma transição entre o período reprodutivo e o seu término (SPG, 2021). Compreende três fases - pré, peri e pós-menopausa - cuja individualização não é linear. Com frequência, está associado a um conjunto de sinais e/ou sintomas, nomeadamente, irregularidades menstruais, afrontamentos, suores noturnos e alterações do humor e do sono, que caracterizam a “síndrome climatérica” (SPG,2021). Deste modo, o climatério constitui-se como uma transição de desenvolvimento, relacionada com o ciclo vital e implica alterações significativas de identidade e adaptação às mesmas (Meleis, 2010). É marcado, portanto, por reajustes de estilos e hábitos de vida, podendo ser desafiante para a mulher aceitar e reconhecer a sua nova realidade pessoal.

Por sua vez, a menopausa acarreta diversos desafios específicos. Para além das alterações hormonais que ocorrem nesta fase e os sintomas associados, que influenciam a qualidade de vida (Campos et al., 2022), podem surgir outras questões de saúde (Orvalho et al., 2024). Com o envelhecimento, aumenta o risco de desenvolvimento de condições de saúde, como cancro do colo do útero, da mama e da região vulvar, bem como, a osteoporose, a incontinência urinária e os distúrbios do pavimento pélvico (Neves et al., 2024). Neste sentido, os rastreios e os exames ginecológicos constituem-se

como elementos essenciais dos cuidados regulares na saúde da mulher e desempenham um papel preponderal na prevenção, deteção precoce e diagnóstico de várias patologias específicas (SNS, 2023b).

Na sociedade contemporânea, evidenciam-se, igualmente, algumas perspetivas sobre o envelhecimento e o declínio do valor da mulher pelo fim da sua vida reprodutiva, o que pode conduzir a que esta se sinta discriminada e sozinha e impedindo-a muitas vezes de expressar os seus sintomas e sentimentos (Lima, 2024). Neste sentido, torna-se fundamental a adoção de programas e intervenções de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças, contribuindo para uma vivência mais positiva e segura desta fase (Neves et al.,2024). O EEESMO, no seu âmbito de competências, desempenha um papel crucial de apoio às mulheres e famílias, durante esta fase, através da educação para a saúde, do suporte emocional, e da gestão de sintomas.

Durante o ER tive oportunidade de prestar cuidados a mulheres e pessoas significativas durante esta transição, nomeadamente no contexto clínico de CSP, bem como no internamento de ginecologia. Com o intuito de ***promover transições saudáveis***, bem como ***diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério***, assim como, ***providenciar cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa***, procurei primeiramente avaliar o processo adaptativo das mulheres a esta fase do seu ciclo vital, através da escuta ativa e incentivo à expressão de sentimentos e dúvidas e posteriormente abordei, quando apropriado, os temas da secura vaginal, dispareunia, atrofia dos grandes e pequenos lábios e a perda de elasticidade da mucosa vaginal, explicando as causas e as medidas para aliviar estes sintomas. Foram abordados, igualmente, temas como as alterações emocionais, alterações do sono e sintomas vasomotores, como os afrontamentos ou os suores noturnos. Desta forma, tive a oportunidade de ***informar e orientar a mulher com alterações associadas ao climatério***, assim como, ***conceber, planear e implementar intervenções de proteção da saúde e prevenção das alterações associadas ao climatério*** (Regulamento nº391/2019).

Tive a oportunidade de colaborar no Programa de Rastreio Oncológico do Cancro do Colo do Útero, atualmente em curso na UCSP. Este programa, de carácter organizado, é promovido pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e dirige-se a todas as mulheres com idades compreendidas entre os 30 e os 65 anos,

inscritas na UCSP, sendo convocadas por via postal, com uma periodicidade quinquenal, desde que o resultado anterior se mantenha dentro dos parâmetros de normalidade (ARSLVT, 2021). Paralelamente, realiza-se o rastreio oportunista, direcionado a mulheres a partir dos 21 anos de idade e após o início da vida sexual, particularmente quando nunca realizaram a colpocitologia ou quando tenham decorrido mais de três anos desde o último exame. Em ambos os contextos, o procedimento é semelhante; contudo, no rastreio organizado procede-se à deteção do genótipo do vírus do papiloma humano (HPV), enquanto no rastreio oportunista é avaliada a presença de alterações citológicas (ARSLVT, 2021). Para além de esclarecer as utentes quanto à relevância do rastreio, os seus objetivos, metodologia e condutas subsequentes, participei ativamente na colheita das amostras citológicas destinadas à análise laboratorial.

No âmbito da promoção da saúde e da prevenção primária e secundária do cancro do colo do útero, elaborei um poster informativo intitulado “Prevenção do Cancro do Colo do Útero”, onde são abordados tópicos como definição da patologia, epidemiologia, fatores de risco, sinais e sintomas e estratégias preventivas. Este material foi exposto na unidade de saúde, com o objetivo de sensibilizar e capacitar a população. Este, encontra-se apresentado no Apêndice XII.

Outro contexto clínico em que pude desenvolver esta competência, foi no internamento de ginecologia, onde se presta cuidados a mulheres com patologias de diferentes áreas de subespecialização, nomeadamente uroginecologia, patologia do trato genital inferior, patologia do trato genital superior, ginecologia oncológica ou senologia. Tive, ainda, oportunidade de presenciar alguns exames ginecológicos, nas consultas externas, nomeadamente histeroscopias.

De acordo com Meleis (2010), o enfermeiro assume um papel central enquanto agente facilitador no processo de transição. Neste contexto, tive oportunidade de cuidar de mulheres que vivenciam diferentes tipologias de transições. Estas podem manifestar-se ao nível da saúde/doença, como no caso de utentes com patologia ginecológica; no âmbito do desenvolvimento, relacionadas com as etapas do ciclo de vida, como ocorre com mulheres em período de climatério ou menopausa; ou ainda em transições situacionais, que envolvem alterações significativas nos papéis e identidades, nomeadamente modificações da imagem corporal e da autoestima.

O cuidado de enfermagem deve estar orientado para a promoção de transições saudáveis, entendidas como aquelas em que o indivíduo alcança uma adaptação funcional e vivencia um sentimento de bem-estar na sua nova identidade. Assim, o EEESMO intervém com base em pressupostos teóricos e numa prática reflexiva, assegurando suporte emocional, educacional e clínico que facilite a integração das mudanças experienciadas pelas utentes. Neste sentido, ***concebi, planeei e implementei intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante ao climatério, bem como medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério, incluindo conviventes significativos*** (Regulamento nº391/2019).

A maioria dos internamentos eram devidos a condições do foro da oncologia. O cancro da mama embora não seja dos mais letais, apresenta uma elevada incidência bem como taxa de mortalidade (Águas et al., 2022). Em Portugal é a segunda causa de cancro entre as mulheres, sendo a abordagem cirúrgica, o tratamento na maioria dos casos (Ribeiro, 2023; OCDE & CE, 2023). Desde o diagnóstico, muitas mulheres experienciam sentimentos de choque, ansiedade e medo, intensificados pela incerteza sobre o prognóstico e as implicações do mesmo (Pimenta, 2024). Das cirurgias mais comuns no internamento, encontra-se a tumorectomia e a biópsia do gânglio sentinela. O enfermeiro acompanha a mulher durante todo o processo de internamento, sendo responsável pela sua admissão no serviço, preparação pré-operatória, transferência para bloco operatório, cuidados pós-operatórios e preparação para a alta.

No período pré-operatório, centrei-me, essencialmente, em esclarecer dúvidas e preocupações, desmistificando aspetos relativos à cirurgia e estando presente sempre que solicitado, uma vez que esta desencadeia medos e ansiedade relacionados não só com os procedimentos cirúrgicos e anestésicos, como também com alterações da imagem corporal e da vida diária (Ribeiro, 2023).

No período pós-operatório, os cuidados de enfermagem centram-se na vigilância hemodinâmica, controlo de perdas hemáticas ou tratamento de feridas cirúrgicas, assim como, no apoio psico-emocional a estas mulheres na adaptação à sua nova condição, minimizando o impacto que a cirurgia possa ter. A perda parcial ou total da mama pode conduzir a sentimentos de inadequação, depressão, e problemas na relação conjugal. Concomitantemente, a sociedade atribui grande valor ao corpo feminino, podendo esta

mudança acarretar perda da sua identidade (Pimenta, 2024). Deste modo, e com o intuito de reduzir o impacto na autoestima e autoimagem, no caso das mastectomias, os enfermeiros são responsáveis pelo fornecimento de próteses externas, primeiramente de espuma e posteriormente de silicone. Paralelamente, educam estas mulheres relativamente aos sutiãs adequados, bem como a fatos de banho e biquínis, reforçando a importância de se manterem ativas na participação em atividades sociais. Embora não tenha tido oportunidade de prestar estes cuidados, uma vez que no período que realizei o ER não houve nenhum caso de mastectomia, apenas tumorectomia sem necessidade de próteses, tive a oportunidade de ver as próteses de espuma e alguns exemplares de silicone e de discutir aspetos significativos relativamente aos cuidados a estas mulheres, com a senhora enfermeira orientadora clínica.

Relativamente às mulheres submetidas a ooforectomias, anexectomias e histerectomias simples ou radicais, pude constatar transições saudáveis, uma vez que estas mulheres encaravam a cirurgia como parte do tratamento, ou prevenção de doença potencialmente fatal. Não obstante, estas cirurgias podem desencadear profundas mudanças na relação conjugal, meio familiar, cultural e social, desencadeando fortes reações emocionais e mudanças na autoestima relacionadas à sua imagem corporal (Rezer et al., 2021).

Em suma, ao desenvolver intervenções baseadas em evidência e centradas na mulher e família, o EEESMO contribui para a melhoria da qualidade de vida, autonomia e autoestima feminina, reforçando a importância de cuidados contínuos, holísticos e humanizados ao longo de todo o ciclo vital.

4.Considerações Finais

O EEESMO é um profissional qualificado para prestar cuidados à mulher e às pessoas significativas, no seio da família e da comunidade, tanto no âmbito do planeamento familiar e período preconcecional, como durante o período pré-natal, o trabalho de parto e pós-parto, assim como ao recém-nascido. Adicionalmente, o EEESMO é responsável por prestar cuidados a mulheres que vivenciam processos de saúde/doença ginecológica, garantindo um ambiente seguro, promovendo a saúde, prevenindo complicações e facilitando as transições nas diversas fases da sua vida (OE, 2015; ACEESMO, 2021).

Os avós desempenham um papel fundamental no processo de transição para a parentalidade, não apenas como fontes de apoio emocional e prático para os pais, mas também como agentes que influenciam as práticas de cuidado e os valores familiares.

Constatou-se que um dos desafios para o EEESMO reside na necessidade de uma abordagem integrada e multidisciplinar, que envolva não apenas a mulher, mas também as pessoas significativas, como os avós, para promover uma adaptação saudável à parentalidade. Os desafios incluem, igualmente a gestão de expectativas, a coordenação entre os diferentes membros da família e a disponibilização de informações adequadas aos avós, muitas vezes carentes de preparação para o novo papel.

Assim, este ER traz importantes contributos para o desenvolvimento do cuidado do EEESMO, nomeadamente no que diz respeito à ampliação do seu papel como mediador e facilitador de relações familiares durante a transição para a parentalidade. As evidências obtidas indicam que a abordagem do EEESMO deve ser adaptativa, flexível e sensível às necessidades tanto dos pais quanto dos avós, promovendo uma colaboração mais eficaz e o fortalecimento das relações intergeracionais. O acompanhamento contínuo e holístico é crucial para garantir que a transição para a parentalidade seja vivida de forma segura e saudável para todos os envolvidos, promovendo o fortalecimento das relações familiares e o desenvolvimento saudável da criança.

A aplicação prática dos resultados obtidos pode ser observada, também, na importância de capacitar os EEESMOs para lidar com a diversidade de necessidades e preocupações familiares, especialmente no que se refere à comunicação e à educação em saúde. A inclusão dos avós nas consultas e nas orientações fornecidas ao casal pode facilitar a adaptação da família à nova realidade, além de reduzir o stresse e as tensões

relacionadas à chegada de um novo membro à família. Neste sentido, poderia ser igualmente relevante desenvolver, no futuro, uma sessão integrada nos programas de preparação para o parto e parentalidade, que incluía os avós ou outras pessoas significativas para a mulher e casal, promovendo uma abordagem mais holística e de apoio familiar durante este período de transição.

Para além das aprendizagens e propostas que emergem deste trabalho, importa também referir os desafios vividos ao longo do seu desenvolvimento. Assim, gostaria de salientar uma significativa dificuldade encontrada durante este percurso, que se prende com a conciliação entre a vida pessoal, profissional e académica. A exigência desta última aliada à exigência profissional, impõe uma gestão rigorosa do tempo, que muitas vezes pode comprometer momentos familiares e sociais.

Apesar destes desafios, considero que, ao longo deste percurso, consegui alcançar os objetivos estabelecidos, uma vez que adquiri e aprofundei conhecimentos científicos essenciais, bem como desenvolvi habilidades fundamentais para a minha prática como futura EEESMO. Para tal, foi crucial não apenas consolidar os conhecimentos prévios, mas desenvolver uma busca constante e ativa, com o intuito de basear toda a minha prática especializada em evidência científica. Paralelamente, mantive sempre a consciência da importância de trabalhar de forma interdisciplinar com a equipa de saúde e em parceria com a mulher e família, integrando, sempre que adequado, os avós.

Referências Bibliográficas

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. (2021). Rastreio do Cancro do Colo do Útero. Disponível em: <https://www.arslvt.min-saude.pt/programas-de-rastreio/rastreio-do-cancro-do-colo-do-uterio>.
- Águas, M., Pereira, P., Soares, S., Anes, E., & Felgueiras, S. (2022). Rastreio do cancro da mama em Portugal: últimos 5 anos. In *I Congresso Internacional-Cuidar em Oncologia: livro de atas* (p. 117).
- Alianmoghammad, N., Phibbs, S. & Benn, C. (2018). The impact of family culture on six months exclusive breastfeeding: A qualitative study in New Zealand. *Breastfeeding Review*: 26(1) 23-36.
- Alves, T., Costa, F., Assis, J., Loretti, E. & Mendes, F. (2023). Benefícios do método canguru para recém-nascidos de baixo peso: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 12(12), 1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i12.43871>
- Alves, J. & Martins, I. (2021). Parentalidade e desenvolvimento socioemocional: uma revisão. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 7(8), 453-465. <https://doi.org/10.51891/rease.v7i8.1967>
- American College of Obstetricians and Gynecologists & Society for Maternal-Fetal Medicine. (2014). Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric Care Consensus No. 1. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstetrics & Gynecology*, 123(3), 693-711
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth: ACOG Committee Opinion, Number 814. *Obstetrics & Gynecology*, 136(6):100-106. | DOI: 10.1097/AOG.0000000000004167
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Antepartum Fetal Surveillance. Practice Bulletin. ACOG.
- Antoniazzi, M., Siqueira, A. & Farias, C. (2019). Aspectos Psicológicos de uma Gestação de Alto Risco em Primigestas Antes e Depois do Parto. *Pensando Famílias*, 23(2), 191-207.
- Assembleia do Colégio Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2021). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Associação Nacional de Estudantes de Medicina & Associação para o Planeamento da

- Família. (2021). Guia prático de educação para a sexualidade. Associação para o Planeamento da Família.
- Azeredo, C. (2020). O conceito de família: origem e evolução. *Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM)*.
- Balaskas, J. (2017). *Parto ativo: guia prático para o parto natural*. S. Pedro do Estoril: 4 Estações Editora Lda.
- Bardin, L. (2018). *Análise de Conteúdo* (4ªed.). Lisboa. Edições 70.
- Beleza, A.C. (2019). O trauma perineal no parto. *Fisioterapia Brasil*, 5(6), 462-466. <https://doi.org/10.33233/fb.v5i6.3190>
- Brazelton, T. (2018). *O grande livro da criança* (14ª edição). Lisboa: Editorial Presença.
- Burgess, A. (2015). Interconnectedness: the grandparents role in childbearing and parenting. *International Journal of Childbirth Education*, 30(1) 68-73.
- Campos, P., Marçal, M., Rocha, L., Carvalho, V. & Silva, J. (2022) Climatério e menopausa: conhecimento e condutas de enfermeiras que atuam na Atenção Primária à Saúde. *Revista enfermagem. UFSM*, 12(41) p. 1–21. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769268637>
- Cardoso, V., Mineiro, A., Carracha, S., Monteiro, M., Santos, M., Carneiro, E., Varela, V., Sequeira, A. & Santos, E. (2020). Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica no trabalho de parto: posicionamento da parturiente no período expulsivo. In. Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C (Eds), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p. 123-130). LIDEL
- Centeno, M. (2017). Puerpério e lactação. In L. M.Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (5th ed, p 280-287). LIDEL
- Cherlin, A. (2009). The marriage go-round: The state of marriage and the family in America today. Knopf Doubleday Publishing Group. EUA.
- Coelho, S., Mendes, I. & Rodrigues, R. (2019). Transição para a Grã-parentalidade no masculino utilizando a Grounded Theory. *Atas CIAIQ2019 – Investigação Qualitativa em Saúde* (2) 329-338.
- Concha, N. & Jovchelocitch, S. (2021). Grandmothers: Central scaffolding sources impacting maternal and infant feeding practices in Colombia. *Maternal & Child Nutrition*: 1-11. DOI: 10.1111/mcn.13162.

- Condesso, S. (2021). Transição para o papel de avó no ano 2020: O impacto da pandemia covid-19 [Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa.
- Correia, A. & Lourenço, M. (2020). Sleep promotion in neonatal intensive care units: scoping review. *Enfermería Global*, 19(1), 561-575. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.19.1.370941>
- Decreto de Lei nº 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16, páginas 4147 – 4182. ELL: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Dessen, M. (2013). Os avós como rede social de apoio das famílias de seus filhos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 1(1) 67-74.
- Direção-Geral da Educação, Direção-Geral da Saúde & Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2016). Referencial de educação para a saúde. Lisboa: Ministério da Educação – Direção-Geral da Educação. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2008). Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (2015b). Número 002/2015. Indução do trabalho de parto. Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2024). *Orientação número 002/2023: Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*. Atualizada a 26.03.2024 Lisboa: DGS.
- Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In. M. Nené, R. Marques, & A. Batista (Eds), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (1st ed, p. 308-323). LIDEL
- Ferraz, L., Fernandes, A. & Gameiro, M. (2022). Developmental care of premature newborns: study on practices in portuguese neonatal units. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 31, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0235en>
- Filho, M., Lima, R. & Gomes, F. (2022). Síndrome de transfusão feto-fetal: revisão de literatura. *Revista Médica de Minas Gerais*, 32, 1-7. DOI: 10.5935/2238-3182.2022e32213

- Freitas, M. & Baptista, M. (2016). Adaptação à vida extrauterina: cuidados imediatos ao recém-nascido. In. M. Nené, R. Marques, & A. Batista (Eds), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (p. 486-491). LIDEL
- Graça, L. (2017a). Ajustamentos fisiológicos do organismo materno à gravidez. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (5th ed, pp. 50-60). LIDEL
- Graça, L. (2017b). Distócia de ombros. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (5th ed, p. 585-589). LIDEL
- Gomes, G. & Santos, A. (2017) Assistência de enfermagem no puerpério. *Revista Enfermagem Contemporanea*, 6, 211-220. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v6i2.1407
- Gómez, E. (2021). Desenhos de investigação qualitativa. In Gonçalves, S.; Gonçalves, J. & Marques, C. (Eds), *Manual de investigação qualitativa*. Pactor. edições de ciências sociais, forenses e da educação.
- Gupta, M.; Aborigo, R.; Adongo, P.; Rominski, S.; Hodgson, A.; Engmann C. & Moyer, C. (2015). Grandmothers as gatekeepers? The role of grandmothers in influencing health-seeking for mothers and newborns in rural northern Ghana. *Global Public Health*: 10 (9) 1078- 1091. <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2014.1002413>.
- Henriques, M. & Mesquita, A. (2019). PT.0140/D.DMUL – *Abordagem do 3º estadio do trabalho de parto*. Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.
- Hickey, L. & Savage, J. (2019). Effect of Peanut Ball and Position Changes in Women Laboring With na Epidural. *Nursing for women's health*, 23(3), 245–252. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2019.04.004>
- Instituto Nacional de Estatística (2023). O que nos dizem os Censos sobre as estruturas familiares. Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- International Confederation of Midwives. (2019). *Essential competencies for midwifery practice*. International Confederation of Midwives
- Lau, Y., Fang, L. & Kwong, H. (2020). Cross-lagged models of marital relationships and intergenerational conflicts during transition to parenthood: effect of patrilineal coresidence. *Family Process*. 2659 (4) 1569-1587. DOI: 10.1111/famp.12524.
- Lavaredas, A. & Tomás, V. (2016). Alterações Fisiológicas na Gravidez. In. M. Nené, R. Marques, & A. Batista (Eds), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (1st ed, p.58-67). LIDEL
- Leitão, M. (2016). Alterações Psicológicas do Puerpério. In M. Nené, R. Marques & M. A.

- Batista (Eds), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 443-454). LÍDEL.
- Lima, M. (2024) Revisão integrativa de literatura sobre assistência de enfermagem à mulher no climatério. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, v.5(1) p.27-34. DOI:10.51161/integrar/remis/4185.
- Machado, M. & Graça, L. (2017). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (5th ed, p. 221-228). LÍDEL
- Madlinger-Lewis, L., Reynolds, L., Zarem, C., Crapnell, T., Índer, T. & Pineda, R. (2014). The effects of alternative positioning on preterm infants in the neonatal intensive care unit: a randomized clinical trial. *Research in developmental disabilities*, 35(2), 490–497. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.11.019>
- Magalhães, J. & Paul, V. (2021). Entrevista. In Gonçalves, S.; Gonçalves, J. & Marques, C. (Eds), *Manual de investigação qualitativa*. Pactor. edições de ciências sociais, forenses e da educação.
- Manso, F. & Silva, K. (2023). PT.0067/T.ANEST – *Analgesia de trabalho de parto por técnicas do neuroeixo*. Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.
- Martins, C., Abreu, W. & Figueiredo, M. (2017). Tornar-se Pai ou Mãe: O desenvolvimento do processo parental. *Journal of Social, Technological and Environmental Science*, 6(4), 146-161. DOI: 10.21664/2238-8869.2017v6i4.p146-161.
- Mascarenhas, C., Lemos, M. & Amaral, C. (2020). Assistência em situação de emergência obstétrica: distócia de ombros. In. Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C. (Eds), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p. 171-177). LÍDEL
- Medeiros, R., Figueiredo, G., Correa, A. & Barbieri, M. (2019) Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, 1-12. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180233
- Meleis, A. (2010). Transitions Theory. *Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer publishing company.
- Mercer, J., Erickson-Owens, D., Graves, B. & Haley, M. (2010). Práticas baseadas em evidências para a transição de feto a recém-nascido. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 4, 173-189.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2012). Parecer N°7/2012. Plano de parto. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2019).

- Livro de bolso: programas de preparação para o parto, adaptação à parentalidade e ao pós-parto. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Mimoso, G. (2024). Reanimação Neonatal: Particularidades e Desafios. *Acta Médica Portuguesa*, 37(5), 317-319.
- Monteiro, F. & Leite, C. (2016). Estados hipertensivos da gravidez. In. M. Nené, R. Marques, & A. Batista (Eds), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (p. 182-199). LIDEL
- Nascimento, L., Souza, T., Oliveira, I., Moraes, J., Aguiar, R. & Silva, L. (2018). Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Revista brasileira de enfermagem* 71(1), p. 228-233.
- Negin, J., Coffman, J., Vizintin, P. & Raynes-Greenow, C. (2016). The influence of grandmothers on breastfeeding rates: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*: 1-10. DOI 10.1186/s12884-016-0880-5.
- Neves, G, Vilarés, S., Galhanas, A. & Frias, A. (2024). Papel do enfermeiro obstetra no cuidar da mulher no climatério. In Frias & Galhanas (Eds) *Saúde da mulher no climatério: Manual para estudantes e profissionais de enfermagem*. Editora Científica Digital. DOI: 10.37885/240717066
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem*. Setúbal: IPS, ESS, Departamento de Enfermagem.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) & Comissão Europeia (CE). (2023). Perfil sobre cancro por país: Portugal 2023. EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/40186a6b-pt>.
- Okeahialam, N., Sultan, A. & Thakar, R. (2024). The prevention of perineal trauma during vaginal birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3), 991-1004. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.021>
- Oliveira, C. R. (2022). Indicadores de Integração de Imigrantes. Relatório Estatístico Anual 2022, Coleção Imigração em Números (C. R. Oliveira, Coord.), Observatório das Migrações, ACM. <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/383402/Relatorio+Estatistico+Anual++Indicadores+de+Integracao+de+Imigrantes+2022.pdf/eccd6a1b58604ac4b0ada391e69c3bed>
- Oliveira, M. & Dessen, M. (2012). Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento de filhos. *Estudos de Psicologia Campinas*. 29(1) 81-88.
- Oliveira, C. & Peixoto, J. (2022). Why choose the inclusionary path? Social policy in a

- recent welfare and immigration country: the case of Portugal. In E. Koning (Ed.), *The Exclusion of Immigrants from Welfare Programs: cross-national analysis and contemporary developments* (pp. 195-225). University of Toronto Press. <https://doi.org/10.3138/9781487544355-012>
- Oppenheimer, L. & Black, A. (2014). Segundo período do trabalho de parto. In G. D. Posner & A. Black (Eds.), *Trabalho de Parto & Parto* (6th ed). AMGH Editora.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). CIPE ® Versão 2 - Classificação internacional para a prática de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de bolso enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Psicólogos. (2021). *Ser mãe, ser pai. Os desafios da parentalidade (durante e após a pandemia)*. Acedido a 17.6.2022: <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/3491>
- Organização Mundial de Saúde. (2012). *Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78067/1/9789241505000_eng.pdf.
- Organização Mundial de Saúde. (2013). *O clameamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil*. Organização Mundial de Saúde. Geneva
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. Organização Mundial de Saúde. Geneva
- Organização Mundial de Saúde. (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Organização Mundial de Saúde. Geneva.
- Organização Mundial de Saúde. (2022). *Abortion care guideline*. Organização Mundial de Saúde. <https://iris.who.int/handle/10665/349316>.
- Organização Mundial de Saúde. (OMS, 2023). *Infant and young child feeding*. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-youngchildfeeding>.
- Orvalho, A., Figueiredo, C., Galhanas, A. & Frias, A. (2024). Vigilância de saúde no climatério. In Frias & Galhanas (Eds), *Saúde da mulher no climatério: Manual para estudantes e profissionais de enfermagem*. Editora Científica Digital. DOI: 10.37885/240717039

- Pacheco, H. & Néné, M. (2020). Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica no trabalho de parto: esforços expulsivos. In. Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C (Eds), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p. 131-136). LIDEL
- Paulo, A., Amo, G. & Frias, A. (2024). Educação para a saúde e adoção de estilos de vida saudáveis. In Frias & Galhanas (Eds), *Manual da Gravidez: Diagnóstico, desenvolvimento e cuidados essenciais*. Editora Científica Digital. DOI: 10.37885/240316101
- Pedro, L. & Oliveira, S. (2016) A Dor no Trabalho de Parto. In. M. Néné, R. Marques, & A. Batista (Eds), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (1st ed, p. 412-415). LIDEL
- Pentaris, P. (2019). A Constructive analysis of the formation of LGBTQ families: Where utopia and reality meet. *International Scholarly and Scientific Research & Innovation* 13(1) 60-65.
- Pereira, M., Geraldo, A., Tobias, Í., Mantas, P. & Beirante, C. (2023). *PR.1397/E.OBST – Cuidados ao Recém-Nascido Submetido a Fototerapia Simples*. Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.
- Peters, J., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. & Khalil, H. (2024) Scoping Reviews. Aromataris, E.; Lockwood, C.; Porritt, K.; Pilla, B.; Jordan, Z. (Eds). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>
- Pimenta, L. (2024). Impacto psicológico e desafios enfrentados por pacientes no diagnóstico do câncer de mama. *Revista foco*, 17(10), e6434-e6434.
- Pinto, A. & Monteiro, A. (2018). As redes sociais de apoio na transição para a parentalidade. *Sociologia online* (17), 113-135. DOI: 10.30553/sociologiaonline.2018.17.5
- Polit, D. & Beck, C. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Eleventh edition. Wolters Kluwer.
- Quintas, C. & Silva, A. (2013). *Icterícia Neonatal – Avaliação e tratamento no recém-nascido de termo e pré-termo*. Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria.

- Ramos, N. (2012). Avós e netos através da(s) imagem(s) e das culturas. In. Natália Ramos et al. *A Voz dos Avós*. Coimbra, Gráfica de Coimbra e Pro-dignitate. P. 33 – 56.
- Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, páginas 4744 – 4750. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº 391/2019 (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República*, II Série (Nº85, de 03-05-2019), 13560-13565. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- Retnosari, E. & Fatimah, S. (2022). Prevalence and factors that contributing of baby blues syndrome on postpartum mothers. *International Journal Scientific and Profesional*, 1(2), 64-70. <https://doi.org/10.56988/chiprof.v1i2.10>.
- Rezer, F., Oliveira, I. S. & Faustino, W. (2021). Qualidade de vida de mulheres após histerectomia radical: Quality of life of women after radical hysterectomy. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, 19(3), 195-203.
- Ribeiro, J. (2022). *A Neonatologia em Portugal* [Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório científico da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/102485>
- Ribeiro, V. (2023). Consulta de enfermagem pré-operatória: promoção do autocuidado à mulher com cancro da mama [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum.
- Riem, M., Bakermans-Kranenburg, M., Cima, M. & Van Ijzendoorn, M. (2023). Grandparental Support and Maternal Postpartum Mental Health: A Review and meta-analysis. *Human nature (Hawthorne, N.Y.)*, 34(1), 25–45. <https://doi.org/10.1007/s12110-023-09440-8>
- Rocha, S., Ferreira, I., Varela V., Maia, A. & Pousa, O. (2020). Consulta de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica Pré-Natal de Baixo Risco. In Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C (Eds), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed, p. 5-29). LIDEL.

- Rodrigues, J. (2013) Os avós na família e sociedade contemporânea: uma abordagem intergeracional e intercultural. [Tese de Doutorado, Universidade Aberta]. Repositório Aberto da Universidade Aberta.
- Rodrigues, S. (2016). Tipos de Parto. In. M. Nené, R. Marques, & A. Batista (Eds), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (1st ed, p. 376-387). LIDEL
- Rodrigues, A., Dantas, S., Pereira, A., Silveira, M. & Rodrigues, D. (2017). Gravidez de alto risco: Análise dos determinantes de saúde. *SANARE*, (16)1, 23-28.
- Sallés, C. & Ger, A. (2011) Las competencias parentales en la familia contemporânea: descripción, promoción y evaluación. *Educación Social*, 49 25-47.
- Santos, I. (2023). PT.0082/D.MUL – *Vigilância da gravidez, parto e puerpério na pré-eclâmpsia e eclâmpsia*. Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.
- Santos, M., Sequeira, A., Freitas, C., Prata, A. & Lopes, S. (2020). Vigilância no puerpério de baixo risco: assistência no puerpério imediato. In. Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C (Eds), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p. 187-191). LIDEL
- Scelza B. & Hinde K. (2019). A biocultural study of grandmothering during the perinatal period. *Human nature* (Hawthorne, N.Y.), 30(4), 371–397. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12110-019-09356-2>
- Seltzer J. (2019). Family change and changing family demography. *Demography*, 56(2), 405–426. <https://doi.org/10.1007/s13524-019-00766-6>
- Sequeira, A., Freitas, C., Correia, T., Henriques, C. & Monteiro, M. (2020). Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica no trabalho de parto: walking epidural. In Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C (Eds), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p. 107-114). LIDEL
- Sequeira, A., Henriques, C., Seabra, A., Pousa, O., Sousa, C. & Sobral, M. (2020). Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica no trabalho de parto: diagnóstico de início de trabalho de parto. In Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C (Eds), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p. 75-83). LIDEL
- Sequeira, C. & Nené, M. (2022). *Investigação em enfermagem: Teoria e prática*. Lidel.
- Sequeira, A., Prata, A., Seabra, A. & Correia, T. (2020). Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica no parto: terceiro estágio do trabalho de parto. In

- Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C (Eds), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p. 162-169). LIDEL
- Serviço Nacional de Saúde. (2023a). *Contraceção*. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-sexual-e-reprodutiva/contracecao/#>
- Serviço Nacional de Saúde (2023b). *Saúde da Mulher*. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-da-mulher/>.
- Silva, E. & Casemiro, C. (2023). Migrações, Famílias e Desigualdades. ISCSP – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Silva, M., Gomes, A., Souza, L., Mariano, D., Sousa, B., Oliveira, D., Pacheco, J. & Junior, D. (2022). A importância do clameamento tardio do cordão umbilical na prevenção da anemia infantil. *Brazilian Journal of Development*, 8(7), 51602-51608. DOI:10.34117/bjdv8n7-192
- Silva, T. & Lopes, M. (2020). A expectativa do casal sobre o plano de parto. *Revista de Enfermagem de Referência*, 5(2), 1-8. DOI: 10.12707/RIV19095
- Silva, N., Nunes, C., Betty, M. & Rios, K. (2008). Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. *Temas em Psicologia*, 16(2), 215-229.
- Sociedade Portuguesa da Contraceção; Sociedade Portuguesa de Ginecologia & Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. (2020). *Consenso sobre contraceção 2020*. Disponível em: https://www.spdc.pt/images/SPDC_Consensos_2020_novo_21julho2021_digital_book_website.pdf
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal, Sociedade Portuguesa de Neonatologia, Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar & Direção Geral de Saúde. (2017). *Consenso "Diabetes Gestacional": Atualização 2017*. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12 (1) 24-38.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2021). *Consenso nacional sobre menopausa*. Acedido a: 18-12-2023. Disponível em: <https://spginecologia.pt/category/menopausa>.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2023). *Consenso clínico: patologia neonatal relacionada com o parto*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/11/Consenso-Patologia-Parto-final-2022.pdf>

- Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. (2022). *Doença tiroideia na gravidez*. Normas de Orientação Clínica. SPOMMF.
- Sotto-Mayor, L. (2016). Gravidez não evolutiva – aborto espontâneo. In M. Nené, R. Marques, & A. Batista (Eds), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (p. 267-275). LIDEL
- Stacciarini, A. (2019). *A evolução do conceito de família: As novas configurações familiares e suas consequências jurídicas e sociais*. [Tese de Mestrado Universidade Autónoma de Lisboa]. Repositório Universidade Autónoma de Lisboa.
- Sweeney, M. M. (2010). Remarriage and stepfamilies: Strategic sites for family scholarship in the 21st century. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 667–684. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00724.x>
- Tanskanen, A. (2017). Intergenerational relations before and after offspring arrive: A within-person investigation. *Social Science Research*, 67, 138–146. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2017.08.001>
- Tralhão, F., Rosado, A., Gil, E., Amendoeira, J., Ferreira, R. & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1) 17-30. <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- Travancas, L. & Vargens, O. (2020). Fatores geradores do medo do parto: revisão integrativa. *Revista Enfermagem. UFSM*, 10, 1-24. DOI: 10.5902/2179769241385
- Tussey, C. M., Botsios, E., Gerkin, R. D., Kelly, L. A., Gamez, J., & Mensik, J. (2015). Reducing Length of Labor and Cesarean Surgery Rate Using a Peanut Ball for Women Laboring With an Epidural. *The Journal of perinatal education*, 24(1), 16–24. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.1.16>
- Varela, V., Amaral, C., Santos, M., Madruga, C., Ferreira, N. & Ferreira, S. (2020). Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica no trabalho de parto: diagnóstico de início de trabalho de parto. In Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C (Eds), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p. 75-83). LIDEL
- Velano, S. & Reis, B. (2022). Tratamento de pacientes pediátricos com paralisia do plexo braquial: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 7, 1-8. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAMed.e10001.2022>

- Ventura, R. (2016). Os primeiros dias do recém-nascido. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 504-508). LÍDEL.
- Vieira, V., Barreto, M., Marquete, V., Souza, R., Fischer, M. & Marcon, S. (2019). Vulnerabilidade da gravidez de alto risco na percepção de gestantes e familiares. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 22, 1-10. DOI: 10.15253/2175-6783.20192040207.
- Wagner, S., Kersuzan, C., Gojard, S., Tichit, C., Nicklaus, S., Thierry, X., Charles, M., Lioret, S. & Lauzon-Guillain, B. (2018). Breastfeeding initiation and duration in France: The importance of intergenerational and previous maternal breastfeeding experiences-results from the nationwide ELFE study. *Midwifery*: 69 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.020>.
- Wheeler, B. (2014). Promoção da Saúde do Recém-Nascido e Família. In M.Hockenberry, & D. Wilson (Eds), *WONG Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9th ed, p. 240-293).
- Xiao, X. & Loke, A. (2020). Experiences of intergenerational co-parenting during the postpartum period in modern China: A qualitative exploratory study. *Nursing Inquiry* 1-15. DOI: 10.1111/nin.12403.
- Xiao, X. & Loke, A. (2022). Intergenerational co-parenting in the postpartum period: A concept analysis. *Midwifery* 107 1-23. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103275>.
- Yorks, J. (2021). *Singled out no longer: The changing narratives and types of single-parent families*. Wiley online Library. <https://doi.org/10.1111/soc4.12951>
- Zartler, U., Schmidt, E., Schalder, C., Rieder, I. & Ricther, R. (2021). “A Blessing and a Curse” couples dealing with ambivalence concerning grandparental involvement during the transition do parenthood – a longitudinal study. *Journal of Family Issue*, 42(5) 958–983. DOI: 10.1177/0192513X20950

